Marc Zaffran

Le patient et le médecin

LIBRE ACCÈS
PDF et ePub
gratuits en ligne

Par l'auteur de
***La maladie de Sachs* et**
Le chœur des femmes
(sous le pseudonyme de Martin Winckler)

LE PATIENT ET LE MÉDECIN

Marc Zaffran

LE PATIENT ET LE MÉDECIN

Les Presses de l'Université de Montréal

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Zaffran, Marc

Le patient et le médecin

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7606-3406-0

1. Relations médecin-patient. 2. Éthique médicale. 1. Titre.

R727.3.Z33 2014 610.69'6 C2014-941948-1

ISBN (PAPIER) 978-2-7606-3406-0
ISBN (PDF) 978-2-7606-3407-7
ISBN (EPUB) 978-2-7606-3408-4

Mise en pages : Folio infographie

Dépôt légal : 3e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
© Les Presses de l'Université de Montréal, 2014

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du livre du Canada pour leurs activités d'édition. Elles remercient également de leur soutien financier le Conseil des arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA

À Nadège D'âmenature,
Andrée Duplantie et Daniel Weinstock

PRÉAMBULE

Lorsque j'étais enfant, on m'a souvent demandé – comme à tous les enfants – ce que je voulais faire quand je serais grand. La réponse me venait sans réfléchir : je voulais être médecin, comme mon père. J'étais un peu étonné de voir que ça suscitait l'admiration : je trouvais ça tout naturel. À mes yeux, mon père était le modèle à suivre. Il était bon, savant, rassurant ; il nous soignait quand nous étions malades, mon frère et moi ; il nous racontait des histoires qui nous faisaient rire ; il nous emmenait au zoo et au cinéma ; il nous protégeait. Et j'avais le sentiment que tout ça – enfin, sauf le zoo, peut-être – il le faisait avec tout le monde. Il était médecin de famille – et, en particulier, de la nôtre. Il était médecin et il faisait du bien.

Je ne réalisais pas, alors, ce qu'être médecin signifiait. Je n'imaginais pas le temps qu'il faut pour le devenir, les responsabilités que cela suppose, le poids que cela représente. J'ignorais qu'être médecin n'est pas un métier de tout repos. Ma vision était simple : un médecin, c'est *quelqu'un qui soigne*. Je le savais, j'en étais sûr et je pensais que tout le monde le savait. Il m'a fallu attendre l'âge de dix-neuf ans pour découvrir que je me fourrais le doigt dans l'œil jusqu'au coude.

Au CHU où j'ai été formé, beaucoup de médecins de premier plan – les Professeurs en chaire, les Agrégés – se

comportaient avant tout comme des « docteurs », sûrs d'eux-mêmes et de leur valeur, non comme des soignants. Ils avaient manifestement beaucoup de plaisir à donner des cours en amphithéâtre, à faire étalage de leur culture et de leur esprit, à parler d'eux-mêmes et de leurs hauts faits d'arme, mais beaucoup n'étaient même pas de bons enseignants : ils ne répondaient pas aux questions ; ils n'étaient pas au courant de ce qui se disait dans la presse scientifique ; ils véhiculaient des idées dépassées, et les examens consistaient à recracher le contenu de leur cours polycopié.

Dans les services, parfois, c'était pire. Certains chefs de service étaient tout sourire avec leurs collègues, mais méprisants avec les autres professionnels de santé, hautains ou brutaux avec les patients – tout cela, sous les yeux des étudiants qu'ils étaient censés éduquer. Lorsque je m'étonnais et me révoltais de semblables attitudes, je m'entendais dire par beaucoup que tout cela était normal ou inévitable.

Certes, dans les hôpitaux où j'ai appris mon métier, dans les campagnes où j'ai exercé, j'ai rencontré des soignants remarquables, qui m'ont inspiré et appris beaucoup, et parmi ces soignants, certains – pas tous – étaient médecins. Mais les qualités de ces soignants, quel que fût leur mode d'exercice, restaient mésestimées par la plupart de leurs collègues ; ils n'étaient pas donnés en exemple aux soignants en formation et on ne faisait pour ainsi dire jamais appel à eux quand il s'agissait de définir la politique de santé d'un service, d'un hôpital ou d'une région.

Plus grave : pendant mes études et bien après, j'ai croisé, entendu, dénoncé et parfois affronté beaucoup de médecins incompétents, peu scrupuleux, indifférents à ceux qu'ils étaient censés soigner – quand ils n'étaient pas carrément malveillants. Quel que soit le bout par lequel je prenais la

question, je ne parvenais pas à comprendre comment on pouvait *prétendre* être un professionnel de santé en faisant aussi peu de cas des premiers intéressés.

J'ai dû me rendre à l'évidence : contrairement à ce que je croyais enfant, *un médecin n'est pas toujours quelqu'un qui soigne.* Autour de moi, parmi les professionnels qui, c'était visible dans leur comportement, faisaient du soin leur priorité, les médecins apparaissaient comme une minorité. La plupart semblaient beaucoup plus soucieux de leur statut et de leur carrière, de leurs ambitions et de leurs querelles, de leur influence et de leur aura, que du bien-être des patients. Et ça commençait très tôt : chaque fois que le centre de transfusion sanguine installait une équipe de prélèvement à la faculté, dans le couloir de la cafétéria, je trouvais toujours, malgré les cours et les stages, une heure pour m'y rendre avec quelques camarades, toujours les mêmes. Chaque fois que je m'y rendais, les infirmières me déclaraient, désabusées, que, de tous les étudiants, les futurs médecins étaient les moins nombreux à donner leur sang. Leurs enseignants, praticiens chevronnés, n'en donnaient jamais.

À mesure que les années passaient, j'ai compris que la faculté de médecine n'avait pas pour vocation de nous apprendre à soigner. Pendant l'enseignement magistral, beaucoup de « maîtres » méprisaient ouvertement les stages hospitaliers et survalorisaient le concours d'internat, sélectif et élitiste ; en stage, beaucoup de praticiens passaient plus de temps à persécuter ou exploiter les étudiants qu'à leur apprendre la clinique, pourtant portée au pinacle dans leurs discours ex cathedra ; la technologie, pourtant bien moins développée qu'aujourd'hui, l'emportait presque constamment sur l'écoute et l'examen attentif du patient ; enfin, face aux malades, l'attitude de beaucoup de médecins mêlait condescendance, mensonges éhontés et mépris.

Tout le monde ne se comportait pas ainsi, cela va sans dire. J'ai eu la chance de rencontrer des médecins et des chirurgiens qui accueillaient les patients avec le sourire, répondaient du mieux qu'ils pouvaient à leurs questions, leur parlaient avec franchise, respectaient leurs craintes et leurs décisions. Mais ils étaient une minorité, et leur existence m'apparaissait comme une exception à la règle : la plupart des médecins ne soignaient pas, car le soin ne les intéressait pas. Ce qui les intéressait, c'était, au mieux, le challenge intellectuel des diagnostics difficiles (les diagnostics simples étaient qualifiés de « médecine vétérinaire ») ; au pire, la quête de pouvoir et de prestige. Pour beaucoup, la médecine aurait été bien plus intéressante s'ils avaient pu se passer des patients.

Parmi les étudiants qui m'entouraient, j'ai identifié – de manière un peu simpliste, mais assez fonctionnelle – trois types de personnalité. La première était celle des individus qui voulaient devenir médecin par idéalisme et par enthousiasme ; ils étaient bardés de certitudes morales parfois un peu trop rigides – c'était mon cas. La seconde était celle des étudiants qui, sans aucune honte, affichaient leur sentiment de supériorité sociale et intellectuelle et ne se cachaient pas de leurs ambitions : ils feraient partie de l'élite. Dans le troisième groupe, le plus vaste, se trouvaient des étudiants qui étaient là pour toutes sortes de raisons, louables ou discutables, mais n'avaient pas les certitudes des membres des deux autres groupes. Ils étaient aussi, souvent, les plus vulnérables aux procédés de harcèlement moral employés par les enseignants : culpabilisation, humiliation, terrorisme.

À mesure que les années passaient, certains idéalistes de la première heure devenaient cyniques, d'autres voyaient leurs idéaux renforcés par l'expérience du soin. Certains « élitistes » ouvraient les yeux et s'humanisaient, d'autres

s'affirmaient dans leur autoritarisme ou leurs comportements pervers. Et parmi les membres du plus grand groupe, certains apprenaient à soigner avec joie, mais d'autres, très nombreux, devenaient de plus en plus phobiques : pris entre les exigences insensées de leurs maîtres et la souffrance des patients, ils avaient peur de mal faire et devenaient tyranniques ou avaient surtout peur de faire mal et devenaient de plus en plus laxistes et détachés.

J'ai vu des crapules sexistes devenir des têtes d'affiche ; j'ai vu des pervers et des escrocs exercer en toute impunité ; j'ai vu des révoltés pétris d'humanité se suicider sans que quiconque leur ait tendu la main.

Et j'ai compris que la formation médicale française, élitiste et paternaliste, n'était pas seulement très éloignée des besoins de la population, mais aussi délétère pour ceux qui y étaient soumis.

En France, beaucoup trop de médecins se comportent en aristocrates détenteurs de vérités qu'ils ne veulent ni partager, ni réévaluer ; non en professionnels de santé soucieux d'œuvrer ensemble au mieux-être commun.

Cette découverte m'a tant scandalisé que je n'ai cessé, depuis mes premiers pamphlets d'étudiant il y a quarante ans puis, au fil de mon itinéraire professionnel, dans des articles, des essais, des romans, de dénoncer ce que je considérais – et considère toujours – comme une escroquerie, un abus de confiance, une trahison morale. À l'issue de mes études, je me sentais extrêmement mal formé dans de nombreux domaines, à commencer par la thérapeutique. Je me sentais également frustré et nié dans toutes les tentatives d'apprentissage relationnel que j'avais ébauchées pendant mon passage à l'hôpital et, devenu médecin de première ligne, je me retrouvais désarmé face à la diversité des demandes et des

situations auxquelles j'étais confronté. Au cours des années 1980, alors que je n'étais encore qu'un tout jeune médecin installé, j'ai eu la chance de m'engager dans trois activités qui ont changé la donne.

En 1983, j'ai commencé à travailler au centre de planification du CH du Mans ; cette activité m'a ouvert aux réalités de l'IVG, de la contraception, de la sexualité et, plus généralement, de la santé des femmes – l'un des motifs de consultation médicale les plus fréquents dans tous les pays du monde.

La même année, je me suis joint à l'équipe rédactionnelle de la revue indépendante *Prescrire* qui est toujours la principale (et l'une des rares) revue indépendante sur le médicament en France. J'y ai appris à rechercher des informations scientifiques, à exercer mon sens critique à l'égard des dogmes médicaux et des discours industriels, mais aussi à partager l'information avec tous ceux qui en ont besoin.

Enfin, en 1986, j'ai co-créé, avec une poignée d'autres praticiens, un groupe Balint.

Psychiatre britannique né en Hongrie, Michael Balint (1896-1970) est l'initiateur de groupes de parole qui rassemblent des professionnels de santé, mais aussi des enseignants ou des travailleurs sociaux. Ces groupes constitués par des participants volontaires se réunissent périodiquement pour partager, sous la supervision d'un « leader » le plus souvent psychanalyste, leurs expériences relationnelles. Dans un groupe Balint, on ne parle pas de technique médicale, on parle d'émotions, de résistances, de dilemmes, de ses interrogations et de ses illuminations. Ce qu'on apprend dans un groupe Balint est l'opposé de ce qu'on apprend en faculté de médecine – en France, mais aussi ailleurs – à savoir : abdiquer ses fantasmes de toute-puissance, écouter et entendre ce que le patient raconte, l'accompagner sans chercher à le contrôler

et se sentir gratifié de le voir prendre sa vie en main. Tout cela, *Le médecin, son malade et la maladie,* ouvrage-phare de Balint, l'illustre parfaitement.

En 1998, le succès public inattendu d'un de mes romans, *La maladie de Sachs,* m'a valu de rencontrer de nombreux professionnels de santé au Québec, aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Belgique, en Suisse et en Espagne. J'ai découvert avec un mélange de surprise et de soulagement que les questions qui m'habitaient – et rencontraient peu d'échos dans les facultés de médecine française – faisaient l'objet, dans d'autres pays, d'une réflexion constante, approfondie et inter-, multi- et transdisciplinaire. Aux antipodes du cloisonnement intellectuel français. C'est au Québec que j'ai entendu des infirmières, des médecins, des philosophes me dire que mes romans parlaient d'éthique de la relation de soin. Avant ça, je pensais que j'écrivais seulement des fictions « engagées ».

En 2009, après avoir exercé pendant vingt-cinq ans la médecine générale et m'être spécialisé par goût et circonstances dans la santé des femmes, j'ai émigré et me suis installé à Montréal avec ma famille. J'avais, entre autres désirs, celui d'approfondir ma réflexion sur le soin, de parfaire mon approche autodidacte de la bioéthique et d'examiner de plus près ce paradoxe lancinant : nous confions nos vies à des professionnels dont les intérêts sont parfois très éloignés des nôtres. C'est vrai dans tous les pays, y compris ceux où la réflexion éthique est très avancée, tels l'Angleterre, les pays scandinaves, les Pays-Bas, la Belgique, le Canada ou les États-Unis ; mais en France, c'est caricatural.

Ce paradoxe entre nos attentes à l'égard des médecins et la réalité de ce qu'ils nous offrent est le sujet de ce livre. Il a pour ambition *limitée, mais considérable* d'en examiner les

mécanismes élémentaires et d'en explorer les prolongements et les conséquences.

Les analyses de ce livre sont personnelles et souvent subjectives. Comment pourraient-elles ne pas l'être ? Il s'agit, après tout, de la manière dont on choisit sa vie, dont on lutte contre la souffrance, dont on fait face à la peur ou à la survenue de la mort. Pour autant, les prémisses sur lesquelles je fonde ma réflexion ne sont pas seulement les miennes : ce sont les lois, les codes de déontologie et les principes d'éthique biomédicale qui font aujourd'hui consensus dans la communauté médicale internationale et qui devraient servir de guide aussi bien aux praticiens de proximité que dans les hôpitaux. Ce sont aussi les expériences multiples qu'il m'a été donné d'observer ailleurs qu'en France ou de connaître à travers les travaux de chercheurs contemporains en anthropologie et en psychologie.

En rédigeant ce texte, mon plus grand souhait est d'ouvrir un débat fécond entre les soignants et les patients. Ils ont beaucoup à apprendre les uns des autres ; les premiers gagnent à partager ce qu'ils ressentent et à ne pas se cacher derrière ce qu'ils croient savoir ; les seconds gagnent à dépasser leur timidité et à interpeller les soignants afin de mieux comprendre comment ils travaillent et afin de les sensibiliser à leurs besoins.

Cela étant, et même si, partout dans le monde, les systèmes de soin laissent à désirer, beaucoup de patients sont tout de même soignés avec professionnalisme et dévouement. L'humanité aura toujours besoin de soins et de soignants. Encore faut-il s'accorder sur ce qu'est le soin, et ce que ça n'est pas, ce qui le compromet, ce qui le favorise et, *last but not least*, sur le rôle que devraient jouer les médecins au sein des populations qui font appel à eux.

|

Des animaux parmi d'autres

Les êtres vivants existant aujourd'hui à la surface de la planète sont tous les descendants des formes de vie primordiales apparues il y a 3,5 à 3,8 milliards d'années. Les différentes espèces – y compris l'espèce humaine – ont acquis leur forme actuelle via ce qu'on nomme l'évolution : les individus dotés de gènes favorables à leur survie et à leur reproduction ont transmis ces gènes à leur descendance, les autres ont disparu.

Dans la perspective évolutionniste, l'espèce humaine est le résultat d'une cascade de hasards, et non d'un « grand plan ». Dans *The Accidental Species,* l'anthropologue britannique Henry Gee rappelle que l'être humain est un animal parmi d'autres et ses mécanismes physiologiques intimes ne sont pas fondamentalement différents de ceux des autres êtres vivants.

Si l'évolution a contribué à modeler le corps d'*Homo sapiens* en sélectionnant la station debout, le pouce opposable et d'autres caractéristiques qui le distinguent des autres primates, *elle a également modelé ses comportements*. Ainsi, les pulsions vitales qui animent toutes les espèces – survivre et se reproduire – animent aussi les humains. Nos gènes contiennent les « programmes » codant pour deux bras, deux

jambes, deux oreilles et un nez ; ces mêmes gènes codent également les mécanismes sur lesquels s'ancrent nos fonctions sensorielles, nos émotions et – même si cette idée est inconfortable – nos aptitudes cognitives et certains traits de comportement élémentaires : la peur nous pousse à nous protéger ; la faim et la soif, à manger et à boire ; la pulsion de reproduction, à avoir des relations sexuelles ; l'empathie et l'altruisme, à réconforter ceux qui souffrent et à nous sentir reconnaissants envers ceux qui nous consolent.

Le cerveau humain n'est pas « vierge » à la naissance : bien des processus cognitifs sont innés. Mais leurs variations sont innombrables et nous sommes des êtres extraordinairement plastiques : chacun de nous adopte un comportement approprié à l'environnement dans lequel il vit – et en adopte un autre s'il est transporté dans un environnement différent. Il n'est donc pas question ici de suggérer que nous sommes entièrement soumis à nos gènes ; si les bases fondamentales de nos comportements sont « programmées », nous sommes aussi dotés de la capacité de nous en affranchir : nous sommes programmés pour avoir deux jambes, pas pour marcher dans une seule direction ; pour apprendre à parler, mais pas pour apprendre une langue unique et figée ; pour nous reproduire, mais nous pouvons choisir de ne pas le faire.

Dans cette perspective, il n'y a pas de conflit entre l'inné (le « biologique ») et l'acquis (le « culturel »). Nous vivons en équilibre plus ou moins stable au gré des interactions constantes que notre bagage génétique entretient avec l'environnement.

Cependant, pour les êtres humains comme pour toutes les espèces animales, vivre n'est pas de tout repos.

Jouir, parfois ; souffrir – souvent !

Le corps humain est une machine biologique sophistiquée équipée d'organes complexes, à commencer par le cerveau et les organes sensoriels. Ces organes sont le fruit de millions d'années d'évolution. L'œil, le nez, l'oreille, les papilles gustatives et les innombrables terminaisons sensitives sensibles à la chaleur, au froid et aux contacts de toute nature perçoivent en permanence ce qui se passe autour de nous et en nous, à fleur de peau et en dessous.

Dès notre naissance, nous éprouvons des sensations intérieures – la faim, la soif, le plaisir, la douleur, la fatigue – et des émotions : la joie, la peur, la tristesse, la colère... À la différence des animaux non humains, passé un certain âge, nous avons *conscience* que ces sensations et émotions existent, nous pouvons prendre du recul et, en particulier, décider de ne pas les écouter : je peux faire la grève de la faim et choisir de ne plus manger – voire, de ne plus vivre ; je peux décider de ne pas avoir d'enfant, aujourd'hui ou jamais et/ou de ne pas avoir de vie sexuelle ; je peux mettre ma colère de côté et ne pas agresser verbalement ou physiquement la personne qui l'a provoquée.

Mais – à moins de mesures radicales, souvent artificielles – je ne peux pas décider du jour au lendemain de *supprimer* la soif, la peur et le désir. Je peux les taire, les ignorer ou les garder sous contrôle mais je ne peux pas choisir *de ne pas les ressentir*.

Raison et sentiments

Nous avons tendance à croire que les sensations naissent dans le corps et les émotions dans le cerveau. En réalité, les choses sont plus complexes. Les sensations perçues par nos terminaisons sensitives sont interprétées par le cerveau et y

déclenchent des émotions ; mais l'émotion modifie en retour la perception des sensations ultérieures. Ainsi, la peur retentit sur la douleur : elle nous fait percevoir comme intenses et pénibles des sensations qui, en d'autres circonstances, nous sembleraient moins intenses et plus faciles à tolérer.

L'inverse est vrai aussi : les émotions peuvent provoquer des sensations physiques : la vision d'un danger peut couper le souffle ; entendre une belle histoire, faire couler des larmes ; l'attente de revoir une personne aimée, faire battre le cœur. Pour les mêmes raisons, l'état émotionnel dans lequel nous nous trouvons teinte irrémédiablement notre perception des événements et nous pousse à nous comporter d'une manière plutôt que d'une autre. De nombreuses expérimentations de psychologie clinique ont montré que si l'on expose des volontaires à des visages souriants, ceux-ci donnent plus volontiers de l'argent au sans-abri qui les aborde dans la rue que s'ils ont été exposés à des visages tristes ou fermés. Nos comportements sont directement influencés par notre état émotionnel.

De plus, notre mémoire enregistre les souvenirs en les associant aux sensations et émotions que nous avons ressenties au moment de l'expérience. Le souvenir d'un événement agréable – évoqué spontanément ou en regardant une photo – nous fait sourire ou rire. L'évocation d'un deuil, même ancien, peut nous plonger dans un sentiment de profonde tristesse.

L'important ici est de souligner que l'émotion ressentie à l'évocation d'un événement est *la même* que celle éprouvée au moment où nous l'avons vécu. L'intensité est différente et bien sûr la durée, mais le phénomène est identique.

C'est pour cela que nous avons parfois le sentiment, en revivant certaines émotions, de nous retrouver ramenés dans le passé, et même dans l'enfance : c'est pendant nos premières années de vie que notre « profil émotionnel » s'est mis en

place ; lorsque d'autres émotions, sensations et perceptions sont apparues à l'adolescence, ce profil s'est reconfiguré. Il n'a d'ailleurs jamais cessé de se modifier.

Autant dire que perceptions et émotions sont constamment entremêlées et que nous ne distinguons pas toujours les causes des effets. Nous avons l'illusion de vivre et d'agir le plus souvent de manière « raisonnée ». Mais en réalité, c'est l'inverse qui se produit. Dans le cerveau humain, comme l'explique dans son livre *Thinking Fast and Slow* Daniel Kahnemann, psychologue et lauréat du prix Nobel, les émotions précèdent toujours la pensée « rationnelle » ; nos pensées conscientes sont toujours une rationalisation *a posteriori*.

Est-ce à dire que nous sommes incapables d'agir de manière rationnelle ou raisonnable ? Sans doute pas – car nous ne sommes pas toujours dans un état émotionnel intense ; mais cela invite à faire preuve d'humilité lorsqu'il s'agit de définir le caractère « dépassionné » d'une perception, d'une parole ou d'un acte. C'est particulièrement vrai dans la situation de maladie ; et c'est tout aussi vrai pour les soignants que pour les patients, dont les interactions ne sont jamais dépassionnées.

Déplaisant mais utile

Souffrir – ou, plus simplement, ressentir de la douleur – est une réalité physiologique commune à un très grand nombre d'êtres vivants, depuis les organismes dotés d'un système nerveux rudimentaire comme les méduses, jusqu'aux mammifères les plus évolués.

Lorsque notre corps est agressé ou lorsqu'un de nos organes ne fonctionne pas correctement, nous éprouvons des sensations désagréables : la douleur est la plus commune de ces sensations, la plus fréquente, la plus familière, mais elle

n'est pas la seule. On peut aussi « se sentir mal », avoir faim ou soif ou au contraire avoir l'appétit coupé, somnoler, ressentir nausées ou vertiges, être épuisé.

Ces symptômes pénibles ou désagréables ont une fonction précise : ils sont un signal d'alerte ou de défense. La sensation de chaleur intense me fait retirer la main des flammes. La sensation de froid m'incite à m'abriter et à me couvrir. La soif m'incite à boire. Le sentiment de fatigue m'oblige à me mettre au repos. La souffrance est une alerte utile : si nos ancêtres n'avaient jamais souffert, ils auraient laissé leurs mains brûler dans le feu ou auraient gelé dans le blizzard. S'ils n'avaient pas eu faim et soif, ils n'auraient pas parcouru la planète à la recherche de zones propices à la vie. Ils n'auraient pas survécu, et nous ne serions pas ici.

Certains « signaux désagréables » familiers ont une fonction directement protectrice. Ainsi, la fièvre est un mécanisme actif de défense contre la multiplication de bactéries ou de virus. On pense aussi que les nausées et vomissements fréquents au premier trimestre de la grossesse sont un phénomène sélectionné par l'évolution et hérité de nos ancêtres du Paléolithique : ceux-ci vivaient en effet essentiellement de cueillette ; nausées ou vomissements et diminution de l'appétit au premier trimestre auraient eu pour fonction de réduire les risques d'absorber des aliments toxiques au moment où l'embryon est le plus vulnérable. Certaines maladies, comme la drépanocytose (une anomalie des globules rouges) sont apparues parce qu'elles protègent contre le parasite du paludisme[1].

---

1. Ces phénomènes, d'explication récente, sont résumés dans *Why We Get Sick – The New Science of Darwinian Medicine* de Randolph Nesse et George Williams.

Jouir est une récompense, mais souffrir n'est pas une punition

Le plaisir, lui aussi, est ancré dans la biologie. Si nombre d'activités humaines (manger, boire, rire, écouter de la musique, regarder un coucher de soleil, humer certains parfums, avoir des contacts physiques ou des relations sexuelles) sont associées à des sensations agréables, c'est parce qu'elles sont favorables à notre survie et, de ce fait, ont été « sélectionnées » par l'évolution. Ceux de nos ancêtres préhistoriques qui mangeaient avec plaisir du sucré et du gras (les aliments les plus riches en calories), qui riaient, tombaient amoureux et s'accouplaient ont survécu et ont transmis leurs gènes – et les goûts qu'ils codent – à leurs descendants. Ceux qui n'aimaient rien de tout cela ont disparu, et leurs gènes se sont éteints. Nous sommes tous les descendants et les héritiers génétiques d'êtres humains qui souffraient comme nous souffrons, qui aimaient ce que nous aimons, qui jouissaient de ce qui nous fait jouir.

Sélectionné par des millions d'années d'évolution, le plaisir est une récompense incitative. Mais cette récompense n'a rien de « moral ». Elle n'est qu'un des millions de phénomènes physiologiques qui permettent à un organisme de vivre et de survivre.

Pour le corps, toute sensation est un signal. Le goût délicieux d'une fraise mûre est un signal. Le goût désagréable d'une fraise gâtée est aussi un signal. Tous deux ont pour fonction de me faire distinguer entre ce qui est favorable à ma survie et ce qui ne l'est pas. Mais chaque culture (et parfois chaque milieu distinct à l'intérieur d'une même culture) considère la poursuite de certains plaisirs comme acceptable ou punissable, en fonction de ses valeurs propres.

Par conséquent, la douleur et autres phénomènes pénibles n'ont pas plus de valeur « morale » que le plaisir.

Si je tousse après avoir fumé, ce n'est pas parce que « fumer, c'est mal » (ça ne l'a pas toujours été) mais parce que la fumée et les particules inhalées provoquent une réaction de défense des bronches irritées. Beaucoup de fumeurs ne toussent pas ; et un grand nombre de personnes souffrant de bronchite chronique n'ont jamais fumé.

La compréhension récente des processus physiologiques nous a permis de comprendre que souffrir n'est pas une punition, c'est un phénomène protecteur – très inégalement ressenti par chacun de nous. Malheureusement, bien avant qu'on ne dispose d'une explication rationnelle à ces mécanismes, d'innombrables « autorités » (prêtres, philosophes, médecins et, plus récemment, psychanalystes) se sont chargées de leur donner une connotation morale. Lorsqu'un enfant a mal au ventre après avoir passé une après-midi dans un cerisier ou lorsqu'un adulte émerge d'un réveillon bien arrosé avec une gueule de bois, il s'agit des conséquences prévisibles, explicables, d'une irritation de l'intestin par une surabondance de fibres crues ou de l'effet de l'accumulation dans le sang des produits de dégradation de l'alcool. L'idée que la souffrance a une valeur punitive n'est pas biologique mais culturelle : c'est notre environnement familial et culturel qui nous a incités à y voir la conséquence d'un comportement répréhensible. En français, la polysémie du mot « mal » (j'ai mal, j'ai mal fait, je me sens mal, ça me fait du mal, je lui ai fait mal, c'est mal) ne simplifie pas les choses.

Les choses se compliquent encore plus lorsqu'on sait que, dans le cerveau humain, les centres neurologiques de la douleur et du plaisir sont intimement liés. De nombreux comportements (manger, chanter, danser, pratiquer un exer-

cice physique intense et soutenu, jouer, avoir des relations sexuelles) sont source de plaisir parce qu'ils stimulent les centres neurologiques concernés. Or, de nombreuses substances illicites – alcool et drogues – ou comportements problématiques (jouer à des jeux d'argent) font de même. Lorsque les sensations sont intenses, fréquentes et répétées, l'arrêt brutal des stimulants – le sevrage – provoque une souffrance cérébrale, au moins psychologique et souvent également physique. Un individu souffre intensément parce que la personne dont il est amoureux ne veut plus de lui ; un autre souffre tout aussi intensément d'être contraint à s'arrêter de boire. Chacune de ces souffrances est personnelle et réelle pour celui qui l'éprouve.

De plus, que l'on souffre d'une fracture ou d'un cœur brisé, *c'est toujours dans le cerveau que ça se passe.* Et, contrairement à ce que disent les proverbes, les mots font autant de mal que les coups : il suffit d'écouter les victimes de harcèlement moral pour savoir à quel point la parole peut blesser de manière profonde et laisser des séquelles durables et parfois presque insurmontables.

Souffrir est une expérience individuelle

Nous ne souffrons pas tous de la même manière, *parce que nous n'avons pas tous le même corps*. Certaines personnes ont une tolérance élevée à la douleur (il existe même des personnes qui ne ressentent pas de douleur), d'autres, une tolérance très basse. Pour un même stimulus douloureux, certaines personnes disent être à peine gênées, d'autres sautent au plafond. Les unes comme les autres disent vrai.

De plus, les processus de perception de la douleur varient en fonction de l'âge, de l'état physique, de la fatigue, de

l'humeur, de l'heure du jour ou de la nuit, de la température et de l'humidité ambiante, de la zone corporelle concernée… Autrement dit : il y a autant de manières de souffrir que de personnes et de situations.

Il en découle qu'une seule personne peut dire que je souffre ou que je ne souffre pas : c'est moi. D'autres peuvent le deviner, le supposer ou – malheureusement – l'ignorer ou le nier, mais moi seul peux l'affirmer ou le réfuter. Les goûts et les douleurs, ça ne se discute pas. En tout cas, ça ne devrait pas se discuter.

Chaque douleur, chaque souffrance est incomparable : je peux voir, imaginer, et même sentir que l'autre souffre, mais je ne peux pas *ressentir ce qu'il ressent*. Je ne peux donc en aucune manière en comparer l'intensité à d'autres souffrances. Le seul qui peut procéder à cette comparaison est celui qui souffre, et il ne peut comparer qu'à ce qu'il a lui même ressenti. Procéder à une comparaison de la souffrance entre deux personnes ne peut se faire en fonction d'une échelle biologique, car il n'en existe pas, mais à l'aune de valeurs, personnelles ou culturelles, subjectives et arbitraires.

De fait, les représentations et connotations morales associées au plaisir et à la souffrance pèsent lourdement sur celui ou celle qui souffre, mais aussi sur les perceptions de son entourage et des professionnels du soin, qui qualifieront telle expression de douleur d'« excessive », telle autre de « courageuse » de manière tout à fait arbitraire. Le patient et la relation de soin pâtissent toujours de ces jugements de valeur.

Souffrir et être malade ne sont pas synonymes

La plupart des maladies se manifestent – et donc, sont accompagnées – par un ou plusieurs symptômes désagréables. La

grippe provoque de grands frissons, des courbatures intenses, des maux de tête, parfois des vomissements. Mais on peut avoir des courbatures parce qu'on a fourni un effort intense, frissonner parce qu'on a froid, avoir mal à la tête parce qu'on a pris un coup, vomir parce qu'on est enceinte. Un symptôme, une sensation pénible ne sont pas toujours le signe d'une *maladie*.

Par « maladie », j'entends – pour simplifier – une altération marquée de l'état de santé, variable selon la personne concernée et selon que la maladie est aiguë, brutale et intense ou, au contraire, d'évolution lente. Il existe des maladies parfaitement bénignes (le rhume de cerveau) et des maladies graves, qui mettent la vie en danger à chaque minute de leur évolution. Il existe des maladies brèves (la grippe…) et des maladies de longue durée. Des maladies qui évoluent spontanément vers la guérison ou vers la mort. L'issue ne dépend pas seulement de la maladie, mais aussi de celui ou celle qui en souffre.

Entre les deux, il existe une multitude d'affections pénibles qui n'altèrent pas toujours la santé de manière importante mais… « pourrissent la vie » : le psoriasis, la migraine, le mal de dos, la tendinite récalcitrante qui fait serrer les dents au moindre faux mouvement, les palpitations angoissantes que rien ne parvient à calmer, les démangeaisons sans cause identifiable, les brûlures d'estomac, les varices, les hémorroïdes, les mycoses récidivantes – la liste est longue.

Mais quelle que soit l'affection, la manière dont ses symptômes sont *ressentis* par le patient est fortement influencée par ses émotions et les sentiments à l'occasion des soins et au contact des soignants.

Que je souffre de la grippe, d'un cancer ou d'une angoisse permanente, ma perception occupe une place primordiale :

moi seul peux dire ce que ces phénomènes provoquent en moi. Si je me sens mal alors que tous les tests semblent « normaux », j'attends qu'on prenne en compte ce que je ressens. Si je me sens bien alors que mes analyses de sang montrent des anomalies, ma perception n'est pas pour autant fautive ou sans importance. Nul autre ne perçoit mon corps comme moi. Et si mes perceptions et mes intuitions sont erronées, il peut se révéler difficile, voire impossible de m'en convaincre. Le cerveau n'est pas un organe infaillible. Mais celui des médecins ne l'est pas plus que celui des patients. Lorsque je me sens malade, j'aspire à ce qu'on m'aide à guérir ou, au moins, à faire face. Amélioration ou guérison dépendent bien entendu de l'affection et du traitement ; mais aussi, en grande partie, de la manière dont je souffre et de la manière dont on me soigne.

De tout ce qui précède, il résulte une conclusion de simple bon sens, à savoir qu'on ne peut identifier la souffrance et la soulager de manière appropriée qu'en tenant compte à tout moment de ce qu'en dit celui ou celle qui souffre.

Cela semble aller de soi. Et pourtant…

II

Être soigné, être soignant

Le TLFI (Trésor de la langue française informatisé), dictionnaire en ligne du CNRS, définit ainsi le verbe soigner : « S'occuper du bien-être physique et moral d'une personne ». On notera que, d'après cette définition, on peut soigner quelqu'un qui ne souffre pas : même si je me sens bien (ou si je ne me sens pas mal), je peux me sentir encore mieux lorsque quelqu'un est « aux petits soins » pour moi. Dans ce texte, je désignerai sous le nom de « patient » toute personne (puisque le premier sens du terme est « celui/celle qui souffre ») qui demande et/ou reçoit des soins.

Dorénavant, j'utiliserai les termes « professionnel de santé », « médecin », « infirmière », etc., pour désigner des personnes dont le métier consiste, en principe, à délivrer des soins. Même si, malheureusement, elles ne le font pas toujours.

Quand j'utiliserai le mot « soignant », ce sera pour désigner une personne dont le souci est de délivrer des soins, qu'il s'agisse ou non de son métier. Et qui le fait.

Premiers soins et mode d'attachement

Dès qu'il y a de la vie, il y a des sensations, des émotions et des actes, indissolublement liés.

Les premiers cris que pousse un nouveau-né déplissent les poumons et inaugurent son accès à la vie aérienne ; mais ces cris, et ceux qui suivent déclenchent chez la mère – et parfois chez d'autres femmes présentes alentour – la sécrétion d'ocytocine, neuro-hormone qui induit des sentiments d'attachement.

Qu'on pose le bébé contre le ventre de la mère, et sa bouche cherche, instinctivement, le sein. Tout aussi instinctivement – même si cette pulsion est ensuite rationnalisée – l'immense majorité des mères répondent à cette stimulation en allaitant leur bébé. Et immédiatement, le bébé s'apaise. La première chose que fait un être humain en naissant, c'est donc exprimer des besoins vitaux et accomplir le premier acte de sa première relation : il s'assure qu'il y a là quelqu'un pour le protéger, le nourrir et répondre à ses attentes – autrement dit : le soigner. Dans le meilleur des cas, le bébé grandira et deviendra un jour un ou une adulte à peu près autonome. Mais d'ici là, il aura pris des habitudes et instauré avec « ses soignants » – mère, père, sœurs et frères, autres membres de la famille proche ou élargie – un mode relationnel qui lui servira de référence.

Les théories de l'attachement développées par John Bowlby et reprises par Mary Ainsworth à partir des années 1950 ont permis de définir ce qu'on appelle aujourd'hui les *schèmes d'attachement* de la petite enfance[1]. Pour simplifier, on en distingue trois : l'attachement « sécurisé », l'attachement « anxieux » et

1. Voir Bretherton, Inge, « The Origins of Attachment Theory : John Bowlby and Mary Ainsworth », *Developmental Psychology*, vol. 28, 1992, p. 759-775.

l'attachement « évitant ». Chacune de ces formes d'attachement est un comportement acquis, destiné à faire face au type de relation que l'enfant a établi avec son ou ses « caregivers » – dispensateurs de soin – pendant les premiers mois et années de sa vie. À mesure que l'individu se rapproche de l'âge adulte, son mode d'attachement se renforce ou s'assouplit en fonction des relations qu'il noue avec les personnes de son environnement. Un enfant ayant établi un attachement sécurisé deviendra le plus souvent un individu à la fois capable de lier des relations satisfaisantes et de rester affectivement autonome ; l'attachement anxieux, marqué par des relations de soin inconstantes, imprévisibles, inquiétantes, produira des adultes incertains, toujours angoissés à l'idée d'une séparation ; l'attachement évitant, souvent lié à des relations de maltraitance, produira des adultes peu désireux de nouer des liens, indifférents et parfois rejetants ou agressifs. Le mode d'attachement prédominant dans l'enfance influe sur toutes les relations ultérieures – y compris, bien entendu, sur les relations de soin. Lorsqu'un adulte se trouve en situation de demander des soins, il le fera, spontanément – et, souvent, sans le savoir – sur le mode qui lui est familier depuis l'enfance. Ce qui signifie que selon le cas, il nouera une relation équilibrée, une relation dépendante ou une relation évitante avec le soignant professionnel.

Ajoutons que de la même manière, le mode d'attachement constitué dans l'enfance conditionne fortement la manière dont chaque adulte *dispense* des soins. Autonomie, anxiété ou détachement préexistent, chez le soignant, à sa formation professionnelle. On ne naît pas soignant, on le devient, parfois contre ses propres propensions. L'ignorer, c'est risquer de pérenniser des attitudes peu propices à la bonne délivrance des soins – se comporter de manière dépendante avec les patients ou, au contraire, de manière détachée et évitante.

Soigner commence par soi

Notre vie commence par des soins et, très vite, nous apprenons à nous soigner. Prendre soin de soi-même est un comportement « sélectionné » par l'évolution, et il est facile de comprendre comment : les individus porteurs de gènes qui les incitaient à prendre soin d'eux-mêmes ont survécu et les ont transmis à leur descendance. Les autres, non. Nous sommes tous les descendants d'ancêtres qui ont eu un comportement d'autopréservation et se sont (dans une certaine mesure) soignés.

Les animaux se soignent : ainsi, les grands mammifères – éléphants, hippopotames – combattent les parasites de leur peau en s'aspergeant d'eau ou en se vautrant dans la boue. Les félins et les canidés lèchent leurs plaies pour les nettoyer des débris et pour y déposer des enzymes qui tuent les bactéries. Si vous et moi suçons spontanément un doigt après nous être coupés, c'est parce que notre salive, elle aussi, a des propriétés antiseptiques. Même si nous ne le savons pas, nous avons hérité ce comportement d'ancêtres qui ont léché leurs petites blessures.

De même, nous le savons intuitivement, l'immobilisation, le repos, la diète favorisent la guérison des maladies, la cicatrisation des blessures et des plaies. Si je me tords la cheville, la douleur à la marche va m'inciter à rester immobile – ce qui évitera d'une part d'aggraver mon entorse et, d'autre part, favorisera la cicatrisation en redistribuant la circulation sanguine et le travail des cellules de l'immunité dans les zones malades ou blessées.

La sensation de fatigue ou l'envie de dormir, qui nous prend parfois brusquement, sous l'effet du stress ou de la maladie, est elle aussi un processus de défense. En imposant

le repos, le cerveau permet au corps de se réparer. Sans en avoir pleinement conscience, nous sommes les soignants de nous-mêmes. Selon le cas, nous sommes le meilleur et le pire patient de ce soignant-là[2].

Empathiques et altruistes par nature

Nous sommes dotés d'une capacité extraordinaire, elle aussi héritée de millions d'année d'évolution : l'empathie. Cette aptitude innée nous permet de percevoir et d'imaginer ce que l'autre ressent et d'éprouver des émotions en écho ; elle nous incite aussi parfois à lui venir en aide.

Dans son livre *The Age of Empathy* le primatologue Frans de Waal montre que l'empathie est une caractéristique commune à de nombreux mammifères, constitutive de la nature humaine, comme de celle des primates. Elle fait partie des acquis adaptatifs qui nous ont permis de survivre individuellement et collectivement. En effet, contrairement à ce que maintes théories philosophiques et politiques ont laissé entendre, agressivité et compétition ne sont pas les comportements premiers des mammifères supérieurs. Parmi les primates (chimpanzé, bonobo, gorille, orang-outan, humain) mais aussi chez beaucoup d'autres mammifères (du chien à l'éléphant), les comportements de soutien sont plus fréquents que l'agression. C'est parce qu'elles sont spontanément portées vers l'empathie – à l'égard de leurs parents génétiques, mais aussi des individus génétiquement éloignés – que beaucoup d'espèces qu'on qualifie de « sociales » ont survécu en tant que groupe. Sans empathie, pas d'échange ou de partage ; sans

2. Sur ce sujet, voir Churchland, Patricia S. *Braintrust : What Neuroscience Tells Us about Morality*, Princeton University Press, 2011.

échange ni partage, pas de coopération ; sans coopération, pas d'organisation sociale – et donc, pas de survie possible face aux prédateurs ou aux aléas du climat et de l'environnement.

L'empathie est, comme toutes les caractéristiques humaines, présente dans la population de manière variable. Comme l'absence de sensibilité à la douleur, l'absence totale d'empathie est rare, mais les personnes dénuées d'empathie (qu'on qualifie de « sociopathes ») et celles dont l'empathie se limite à leur entourage le plus étroit ne peuvent pas, on le comprend, délivrer des soins. Car pour soigner, il faut savoir évaluer les besoins de la personne qui souffre, et donc s'identifier à ce qu'elle ressent. Malheureusement, à ce jour, les évaluations de profil de personnalité sont quasi inexistantes à l'entrée des formations de soin ; la sélection des personnes empathiques et, par extension, la sélection des étudiants en médecine ne cherche pas à repérer les candidats qui ne le sont pas assez (ou qui le sont beaucoup trop). Cela permettrait pourtant d'exclure les personnalités problématiques et de prodiguer aux autres une formation adaptée.

Si l'empathie est spontanée, le geste d'aider l'autre ne l'est pas moins. Comme nous le rappelle Frans de Waal, chimpanzés et bonobos, les primates génétiquement les plus proches de nous, pratiquent couramment entre eux encouragements, consolation et médiation. Ce type de comportement transcende d'ailleurs les frontières entre les espèces. De nombreux mammifères – en particulier ceux qui ont été domestiqués par l'homme et vivent avec lui, tels les chiens et les chats – réagissent de manière altruiste à la souffrance ou à la détresse des humains et à celle d'autres animaux. Témoin les innombrables exemples d'adoptions et d'attachements entre des animaux apparemment aussi différents que des poules et des chats, des ours et des tigres, des humains et des

lions que montrent sur YouTube les milliers de vidéos postées et consultées par des millions d'internautes émus. Quant aux humains eux-mêmes, les chercheurs en psychologie du développement ont montré que dès l'âge de un an, les tout petits réagissent aux pleurs des personnes qui les entourent et font le geste de les caresser pour les consoler.

Comme tous ces animaux, les êtres humains portent en eux tout ce qu'il faut pour s'identifier à la souffrance de l'autre et mettre en œuvre une forme de soin, si rudimentaire soit-elle. Autant dire que soigner et recevoir des soins est, *littéralement,* à la portée de tous.

Dans *The Age of Empathy,* de Waal raconte l'expérience suivante : des chercheurs demandèrent un jour aux étudiants d'un séminaire en théologie de se rendre de leur bâtiment d'étude habituel à un autre bâtiment, pour y entendre une conférence consacrée au Bon Samaritain. Leur itinéraire les faisait passer devant un homme affaissé contre un mur, immobile et les yeux clos. Moins de la moitié des étudiants s'arrêtèrent pour lui demander s'il avait besoin d'aide. Ceux à qui l'on avait dit, en plus, qu'ils devaient se rendre à la conférence au plus vite furent encore moins nombreux à s'arrêter.

Mû par l'empathie, l'acte de soin est, fondamentalement, un geste altruiste, mais n'est pas systématique ; nul ne m'oblige à tendre la main à l'homme qui est tombé ; nul ne m'oblige à plonger pour empêcher celui qui se noie de sombrer.

Douleur et effet placebo

Comme de nombreux autres mammifères, les humains portent aussi en eux des mécanismes biologiques qui permettent d'être *soulagés* par le geste de soin, en particulier ce

qu'on nomme l'effet placebo. Le geste de soin que l'on fait vers l'autre quand il souffre (comme le parent couvrant de baisers le front du petit qui s'est cogné la tête) déclenche la sécrétion d'endorphines qui, pour un temps au moins, atténuent la douleur. Le geste de soin a un autre effet important : il rassure ; ce faisant, il diminue la sensation de douleur, et la rend plus supportable. Dès que je souffre moins, je peux reprendre une activité, ce qui diminue aussi ma perception de la douleur jusqu'à la faire disparaître. Ces notions expliquent en particulier que les personnes souffrant de lumbago sans lésion anatomique récupèrent plus vite lorsqu'elles sont autorisées à se déplacer que lorsqu'elles sont sommées de rester au lit.

L'effet placebo n'est pas imaginaire, c'est un phénomène biologique bien étudié, mais sa singularité est son caractère *relationnel*. Une expérience classique, réalisée il y a plusieurs décennies, a ainsi montré que l'effet placebo agit même sur les douleurs intenses provoquées par les cancers, quoique de manière limitée : on administra à deux groupes de patients des injections contenant soit de la morphine, soit du sérum physiologique (sans effet pharmacologique). Les traitements entraînèrent une diminution de la douleur dans les deux groupes de patients mais dans le groupe placebo, la douleur revint plus vite et, lorsqu'on administra de nouveau un placebo, fut progressivement moins bien calmée.

L'effet placebo est sensible à la nature du geste de soin : certains patients sont mieux soulagés par une injection que par un comprimé du même médicament. Il est également sensible à la couleur : des comprimés placebo bleus induisent le sommeil chez un plus grand nombre de personnes que des comprimés placebo rouges. L'effet placebo et l'effet nocebo (son contraire) dépendent du soignant : la mesure de la tension artérielle donne des résultats plus élevés si elle

est prise par un médecin que par une infirmière, et plus élevée si elle est prise par une infirmière que s'il s'agit d'une auto-mesure, chez soi, avec un appareil automatique. Ce qui signifie que la relation entre le soignant et le patient introduit une modification des constantes physiologiques : la présence d'un professionnel de santé déclenche la sécrétion d'adrénaline et fait monter la pression artérielle. Et cette sécretion d'adrénaline n'est pas indifférente au statut de la personne – donc, à la manière dont le patient la voit. C'est dire que la « neutralité bienveillante » dont se parent certains médecins est une illusion absolue – et un déni de la réalité neurophysiologique. Non seulement un médecin n'est pas neutre (sa seule présence a des effets sur le corps du patient) mais il n'est pas toujours perçu comme bienveillant, quels que soient son comportement ou ses intentions.

À vrai dire, l'effet placebo n'a même pas besoin de la présence de l'autre pour être efficace. Il nécessite seulement qu'on se souvienne de qui nous a soignés. Quand j'étais enfant, je faisais souvent des angines. J'avais très mal à la gorge, je ne pouvais rien avaler et j'avais aussi souvent de la fièvre, ce qui n'arrangeait rien. Mon père me soignait en me donnant une combinaison particulière d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires, pour soulager la douleur et éviter les complications d'une infection par streptocoque. Les angines ont fini par s'espacer avec le temps, mais un jour, à l'âge adulte, j'ai fait de nouveau une angine sévère. Je savais parfaitement que, passé l'âge de vingt ans, toutes les angines ou presque guérissent sans antibiotiques. Mais je souffrais beaucoup – et je me sentais abattu de me retrouver ainsi renvoyé à l'enfance. Deux jours après le début de l'angine, n'y tenant plus, j'ai avalé le « cocktail thérapeutique » que mon père me donnait. Dix minutes plus tard, je n'avais plus mal du tout.

En général, ce genre d'anecdote suscite des commentaires qui vont du simple « C'est psychologique » au lacanien « Tu t'es symboliquement comporté avec toi-même comme si tu étais ton propre père ». L'un et l'autre sont une manière de décrire une réalité biologique ; à savoir que, pour soulager la douleur d'un corps, il faut et il suffit de déclencher en lui des mécanismes d'auto-soulagement existants.

Si l'effet placebo est souvent de courte durée, il est puissant ; et il est très dépendant de la relation entre soigné et soignant. C'est le sens de ce que dit Michael Balint dans son ouvrage *Le médecin, le malade et la maladie* : « le premier médicament du médecin, c'est le médecin lui-même ». C'est aussi ce que confirment les études les plus récentes sur la relation de soin.

Dans son livre *Emotional Intelligence,* Daniel Goleman rapporte l'expérience suivante menée au Massachusetts General Hospital. Pendant des séances de psychothérapie, on procéda à l'enregistrement simultané des constantes biologiques élémentaires (pression artérielle, rythme cardiaque, rythme respiratoire) des soignants et des patients. Les séances étaient filmées. Après les séances, on demanda aux patients de revoir les enregistrements et d'indiquer à quels moments ils s'étaient sentis le mieux compris par le thérapeute, et à quels moments ils l'avaient perçu comme distant ou « déconnecté » de ce qu'ils exprimaient. Lorsque les patients se sentaient compris, leurs rythmes biologiques et ceux de leur soignant étaient superposables.

Soigner, c'est se mettre au diapason de l'autre.

L'altruisme étendu

L'altruisme n'est pas une invention culturelle mais, une fois encore, un comportement ancré dans notre biologie. On définit comme altruiste un acte bénéfique envers autrui et coûteux pour celui qui l'effectue. Comme l'explique Frans de Waal dans un autre de ses ouvrages, *The Bonobo and the Atheist,* le prototype – le premier et le plus ancien – des comportements altruistes est aussi le premier comportement soignant : c'est le comportement parental. Les femelles mammifères (et pour certaines espèces, les mâles) investissent temps, énergie et ressources dans l'élevage de leurs petits, bien après que la gestation s'est terminée. (La gestation, qui peut se dérouler sans que l'individu gestante intervienne directement sur elle, n'est pas altruiste en elle-même : une femme n'est pas enceinte par sollicitude pour son enfant à naître. Elle est enceinte parce que la reproduction résulte de pulsions inconscientes chez l'immense majorité des individus. En revanche, faire écouter du Mozart à son fœtus ou éviter de boire de l'alcool ou de fumer pendant sa grossesse sont des comportements altruistes.) L'altruisme envers la progéniture n'est pas réservé aux femelles : dans de nombreuses espèces, y compris l'espèce humaine, les mâles ont un comportement nourricier et protecteur avec leur progéniture. L'acte de nourrir, soigner et protéger ses petits est un comportement délibéré, mais il est influencé par des calculs inconscients. Comme le démontre l'impressionnant ouvrage de Sarah Blaffer Hrdy, *Mother Nature,* la maternité n'est pas systématiquement associée à la bienveillance à l'égard de la progéniture. Ainsi, oiseaux et mammifères mâles et femelles peuvent décider de négliger un petit s'il est malformé ou malade et concentrer leurs soins sur les membres de la portée qui sont en bonne santé.

Chez les mammifères et les grands primates, les individus ne sont pas altruistes seulement envers leur progéniture mais aussi envers leur partenaire, envers les individus auxquels ils sont génétiquement liés[3] mais aussi d'autres encore, auxquels ils ne le sont pas. Le « grooming » – l'épouillage, la toilette – pratiqué par les grands primates et de nombreux singes a pour fonction de débarrasser un individu des parasites qui s'accrochent à sa peau ; il renforce aussi les liens entre « soignant » et « soigné » et avec toute la communauté. En effet, dans de nombreuses espèces, on « épouille » collectivement. Chez les chimpanzés et les bonobos, rapporte Frans de Waal, il semble que l'épouillage ait aussi un effet réducteur du stress et régule l'activité hormonale, en particulier pour les femelles.

Les comportements altruistes existent couramment entre espèces différentes : on ne compte pas les exemples de nouveau-nés d'une espèce « adoptés », protégés, réchauffés par des animaux adultes d'une autre espèce ; et faut-il rappeler que les humains adoptent et soignent des chiens, des chats, des rongeurs de petite taille, des oiseaux, des poissons, quand il ne s'agit pas d'animaux nettement moins sympathiques, aux seules fins de leur tenir compagnie ?

Chez les êtres humains, des comportements altruistes spontanés peuvent être observés très tôt, bien avant l'âge de la parole : comme nous l'avons dit plus tôt, dans les crèches, dès l'âge de un an, les enfants qui marchent vont spontanément consoler ceux de leurs petits camarades qui pleurent. Plus tard, laver ou coiffer son enfant ou son/sa partenaire est perçu, par l'un et par l'autre, mais aussi par les observateurs

3. Voir à ce sujet l'article fondamental de Robert Trivers : Trivers, Robert Ludlow, 1971. « The Evolution of Reciprocal Altruism ». *The Quarterly Review of Biology*, 1971, vol. 46 (1), p. 35-57.

extérieurs, comme un geste de bienveillance, d'intimité et de plaisir partagé. Autrement dit : de soin. Si nous aimons l'image d'une personne qui en coiffe une autre, c'est parce qu'elle nous apaise.

Les soins altruistes prodigués entre partenaires ou compagnons non liés biologiquement sont bénéfiques : les hommes mariés ou vivant en couple ont une espérance de vie et une santé meilleures que les hommes célibataires. Et si le célibat ne nuit pas à la longévité des femmes, c'est parce que celles-ci, plus souvent que les hommes, entretiennent autour d'elles tout au long de leur vie un réseau de proches.

Tous ces exemples, humains et non humains, montrent que le soin délivré à l'autre-que-soi n'est pas le produit de l'éducation ou de la culture (même si celles-ci peuvent fortement l'encourager ou le dissuader), mais un comportement altruiste engrammé dans notre bagage génétique.

Sans altruisme, il n'y a pas de soin. On en déduira logiquement que si l'on n'est pas altruiste (ni, a fortiori, empathique), il est difficile de soigner.

Altruistes et profiteurs

D'un point de vue biologique, la première raison d'être de l'empathie et des gestes de soin est la survie de nos gènes, à travers les individus à qui nous sommes apparentés. Mais nous soignons aussi ceux à qui nous sommes liés émotionnellement ou socialement. Voilà pourquoi dans les trois cercles rapprochés de la vie sociale (famille nucléaire, famille élargie, groupe social ou professionnel), soutien et entraide sont non seulement la norme, mais la règle : parents, alliés et amis contribuent à la préservation et à la survie de notre héritage génétique et nous contribuons à la survie du leur.

Au-delà de ces trois cercles, tout geste altruiste est perçu comme *pure* générosité – je souligne le mot à dessein – ou comme une vocation admirable. C'est pour cette raison que les membres des associations de soignants « sans frontières » qui interviennent dans des régions extrêmement défavorisées, malgré les conflits, les intempéries, les maladies infectieuses et parasitaires et les catastrophes naturelles, bénéficient d'une aura aussi positive : soigner aussi loin de chez soi est, potentiellement, très coûteux ; beaucoup y risquent leur santé et leur vie.

Les relations, ponctuelles ou durables, qui se nouent lorsqu'une personne malade fait appel volontairement à une personne étrangère dont la profession consiste à soigner mettent constamment à l'épreuve l'altruisme étendu. Car celui-ci a ses limites. Aider un parfait étranger est très aléatoire : on sait parfois ce qu'on risque, et rien ne dit que l'étranger nous rendra la pareille ou, pire, ne profitera pas indûment et n'abusera pas de notre aide.

Les « resquilleurs » et profiteurs suscitent des réactions outragées chez de nombreuses espèces sociales, tels les primates, qui sont très sensibles aux comportements « injustes ». Ainsi, lorsqu'un chimpanzé vient en aide à l'un de ses congénères (en partageant de la nourriture, par exemple), il proteste vigoureusement si celui-ci ne lui rend pas la pareille lorsque la situation s'y prête.

Cette méfiance à l'égard du « profiteur », du « resquilleur » (en anglais *free rider*) est donc un mécanisme psychologique profond, lui aussi hérité de l'évolution. Mais il continue à sous-tendre un grand nombre de nos attitudes à l'égard des autres et, en particulier, teinte profondément les relations de soin.

Ainsi, lorsqu'un médecin soupçonne un patient de vouloir « abuser » du système, sa posture de méfiance est un

mécanisme instinctif, une mesure de protection tribale qui remonte au Paléolithique – époque à laquelle les êtres humains ont adopté la forme qu'ils ont encore aujourd'hui. Nos attitudes avaient alors essentiellement pour but d'assurer la cohésion et la survie d'un groupe social limité (la tribu). Un profiteur, un parasite, un traître mettaient cet ordre vital en cause. Ce type de méfiance est inadapté à la réalité du monde d'aujourd'hui, aux mécanismes actuels de prise en charge des soins, et aux besoins réels des patients. Les professionnels de santé ne se rendent pas compte, parfois, que leur empathie – et donc, leur altruisme – est à géométrie variable et que cela nuit non seulement à ceux qu'ils doivent soigner, mais aussi à leur propre crédibilité de soignants.

Une empathie sous influence

La plupart d'entre nous, passant devant une personne assise tendant la main dans la rue, ressentent quelque chose : compassion, irritation, gêne, mépris, colère, condescendance. Parfois, nous sortons une pièce. Parfois, non. Qu'est-ce qui nous fait décider ?

L'altruisme des humains peut s'étendre bien au-delà de leur cercle familier, mais il est modulé par de nombreux facteurs : nous sommes plus empathiques quand nous nous sentons en forme ; avec nos proches ; avec les individus que nous trouvons beaux ou attirants, ceux qui nous font du bien ou, simplement, nous sourient ; et ceux avec qui nous sommes engagés dans une œuvre commune (un projet, un travail, ou un groupe professionnel). Nous sommes moins empathiques si nous sommes tristes, fatigués ou inquiets ; avec les étrangers, les individus que nous trouvons laids ou antipathiques ; ceux qui nous semblent hostiles et *surtout, l'empathie s'atténue*

ou disparaît, selon les individus, en situation de compétition. Cette notion, nous le verrons, est cruciale pour comprendre le comportement de certains médecins. Il n'est jamais inutile de rappeler que les médecins nazis étaient pour certains de bons maris, des pères aimants, des amis dévoués, voire de bons médecins pour les patients qui n'étaient pas dans des camps… Le comportement à l'égard des proches n'est donc en rien prédictif de ce qu'il peut être à l'égard d'étrangers.

Nos gestes altruistes apparemment spontanés et déclenchés de manière « instinctive » sont, à notre insu, modulés par des stimuli préalables. Ainsi, comme je l'ai déjà mentionné, lorsqu'on montre des photos de visages heureux et souriants à des volontaires en situation expérimentale, ils sont plus tentés de donner une pièce au SDF placé (volontairement et à leur insu) à la sortie de la salle de test que si on leur montre des visages tristes ou fermés. Ce type de comportement est indépendant de nos tendances « spontanées » : que l'on soit peu ou très altruiste, ce type de stimulation préalable modifie notre comportement. Et on peut comprendre qu'il soit difficile d'avoir des relations harmonieuses avec ses collègues lorsqu'un de nos enfants a passé la nuit à vomir, et qu'après avoir eu le malheur de trouver son avis d'impôt dans la boîte aux lettres, on n'a pas réussi à démarrer sa voiture.

Puisque empathie et altruisme sont modulés par ce que vit chacun de nous, il n'est pas surprenant que l'engagement dans le soin ne soit pas une activité « mécanique ». Le soignant le plus dévoué peut avoir ses mauvais jours, des sautes d'humeur et des baisses d'empathie. Le fait qu'il soit un professionnel du soin ne le rend pas insensible à toutes les influences contraires. Ni aux conflits d'intérêts, nous le verrons.

Soigner et traiter ne sont pas synonymes

Prendre soin, soigner, donner des soins. Les expressions ne manquent pas pour désigner ce mouvement vers l'autre.

Quand une personne souffre, nul besoin d'outils sophistiqués pour la soigner : donner à boire, envelopper d'une couverture, panser une plaie, apporter un soutien moral sont des soins. Et souvent, ils peuvent suffire. Les accidentés souffrent moins quand quelqu'un reste là pour leur tenir la main en attendant les secours. Ils souffrent plus quand leur sauveteur passif s'éloigne. Soigner ne se définit pas par la gravité de ce qui motive le soin ou le statut ou les diplômes de la personne qui le dispense. Soigner celui qui souffre, c'est faire un ou des gestes porteurs de soulagement, d'apaisement ou de réconfort (l'effet placebo encore, « l'effet médecin » décrit par Balint et confirmé depuis par de multiples études). C'est réduire sa dépendance, son assujettissement à ce qui le mine. C'est l'aider à s'affranchir de la souffrance, en tout ou en partie.

Traiter (donner un traitement), en revanche, consiste à effectuer un geste ou une action spécifiques visant un symptôme ou une maladie particuliers – par exemple : administrer un antidouleur ; effectuer un massage cardiaque ; retirer chirurgicalement une tumeur. Traiter n'apporte pas toujours un réconfort : un traitement impose parfois de recourir à des gestes violents et invasifs (pratiquer une injection, réduire une luxation ou une fracture, retirer un organe). Par conséquent, traiter fait partie de la démarche de soin mais n'est pas *synonyme* de soigner : on peut soigner sans traiter ; on peut aussi, malheureusement, traiter sans soigner, et même, j'y reviendrai, maltraiter en croyant – ou en affectant de – soigner.

Soigner n'est pas guérir

La guérison, c'est le processus de réparation à l'issue duquel la maladie est complètement terminée et où – dans le meilleur des cas – le malade retrouve son état antérieur.

Toutes les maladies ont un « cours naturel », une évolution spontanée en l'absence de traitement. Les maladies bénignes évoluent le plus souvent vers la guérison sans traitement ni soin particulier ; pensez au rhume de cerveau[4] et à nombre d'infections virales de l'enfant, qui provoquent un peu de fièvre pendant quelques heures et disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues. On peut guérir d'un cancer, parfois au prix de traitements lourds. On ne guérit pas d'un diabète, mais on peut, en théorie, en contrôler les symptômes et éviter pendant longtemps ses conséquences néfastes pour l'organisme.

Cependant, il me semble important d'introduire ici une notion essentielle : quels que soient les soins et traitements qu'il délivre, nul n'a le *pouvoir de guérir les autres*. Qu'il s'agisse d'une pneumonie, d'une dépression ou d'une leucémie, quand la guérison survient, c'est toujours *le patient* qui guérit de sa maladie. Avec ou sans l'aide des soignants.

Les relations de soin

Ce n'est pas la perspective de guérison qui justifie les soins. Ce sont les besoins du patient.

Je marche dans la rue. La personne qui déambule devant moi glisse ou trébuche et tombe. Aussitôt, je me précipite. Je lui demande si elle s'est fait mal, je lui tends la main, je l'aide

4. « Un rhume bien soigné dure une semaine ; un rhume mal soigné dure sept jours » dit le vieil adage médical…

à s'asseoir ou à se relever. Je l'aide à ramasser les affaires qui se sont éparpillées au moment de sa chute. Je m'assure qu'elle va bien, et si elle le désire, je fais un bout de chemin à ses côtés jusqu'au carrefour, au magasin, à l'immeuble qu'elle allait rejoindre avant de tomber. Elle me remercie avant que nous nous séparions.

Quelqu'un tombe, je l'aide à se relever. C'est un soin.

J'ai agi sans réfléchir : l'incident a déclenché en moi un comportement réflexe, comme celui de reculer si on lève la main sur moi ou de chercher à attraper le ballon qu'on vient de me lancer. Mais alors que le recul est un geste de protection, et le lancer de ballon un jeu, proposer mon aide est un comportement d'empathie et d'altruisme.

Une relation est, d'après le TLFI, « un rapport de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque qui lie une personne à une autre ». Je nommerai ici « relation de soin » le lien qui s'installe entre un soigné et un ou des soignants professionnels. (Bien entendu, nombre des caractéristiques de la relation de soin s'appliquent aussi aux relations de soin non professionnelles, mais celles-ci dépassent largement le cadre de ce livre.)

Lorsqu'un patient fait appel à un professionnel de santé, la relation qui s'installe est, inévitablement, asymétrique : l'un a besoin de l'autre ; l'inverse n'est pas vrai. Le premier attend au moins écoute, soulagement, soutien ou réassurance. Le second agit, on peut le souhaiter, par altruisme, mais aider ou soigner n'a pas à être un sacrifice ou un don de soi désintéressé ; on le fait par goût personnel pour le soin, et par intérêt personnel lorsqu'on en a fait son métier, donc sa source de subsistance.

Cependant, l'asymétrie de la relation de soin ne résulte pas seulement des qualités, statuts et intérêts respectifs de l'un et

de l'autre (sur lesquels je reviendrai). Elle découle d'abord de la *situation* respective des deux protagonistes.

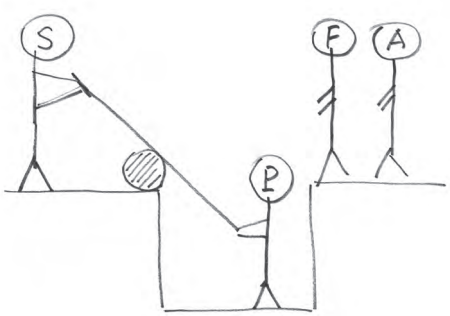
Pour représenter cette situation, je vais avoir recours à une métaphore et à un schéma très simple.

La route et la fosse

Tous les humains s'avancent sur une route parsemée d'accidents, de sables mouvants, de fosses plus ou moins profondes. Mais nous ne sommes pas tous à égalité sur l'incertain chemin de la vie. Les hasards de la génétique et de l'environnement de naissance font que tous les parcours ne sont pas identiques.

Certains d'entre nous, dotés de gènes favorables à la survie, voyagent aisément sur des routes larges comme des plateaux, qui s'élèvent en pente douce ou circulent tranquillement entre des zones fertiles et des environnements favorables. D'autres, de bagage génétique moins solide, s'avancent avec difficulté sur des corniches étroites, à flanc de falaises escarpées. Le risque de tomber (malade) existe pour tout le monde en permanence, mais il est beaucoup plus important pour certains que pour d'autres.

Un être humain s'avance sur sa portion de route. Il glisse ou trébuche et tombe. S'il ne parvient pas à remonter (à guérir) seul, il appelle à l'aide. Parfois, un autre humain l'a vu tomber, lui tend une perche pour faire levier. Il l'aide à remonter et parfois attelle sa jambe cassée ou suture ses plaies et le veille pendant qu'il se repose. S'il lui est impossible de remonter le blessé, le passant peut opter de descendre dans le fossé pour lui dispenser des soins ou lui tenir la main en attendant d'autres secours… qui ne viendront peut-être jamais. Il peut aussi passer sans le voir ou, l'ayant vu, décider de l'abandonner à son sort.



J'insiste sur le fait que la situation elle-même produit une asymétrie indépendamment de la personnalité des deux protagonistes. Car elle serait la même entre deux individus identiques : imaginons en effet des jumeaux homozygotes. Leur bagage génétique est le même ; ils sont nés et ont été élevés sous le même toit, leur développement s'est fait dans le même environnement. Tou.te.s deux se sont engagé.e.s dans des études de médecine. À l'âge adulte, alors que tous les deux exercent leur métier, l'un.e des deux tombe malade et son jumeau, sa jumelle le/la soigne. Ces deux personnes sont aussi égales que possible. Et cependant, accident ou maladie ont introduit entre elles une asymétrie fondamentale. Notez que cette asymétrie n'est pas à proprement parler une conséquence de la maladie – car celui qui souffre peut décider de ne pas demander d'aide et le soignant peut toujours ignorer qu'une personne donnée souffre.

Celui qui souffre fait appel, *parce qu'il souffre* à quelqu'un qui (en principe) ne souffre pas et est, dans son esprit, apte à le soigner. C'est donc le patient qui met en évidence l'asymétrie aux yeux du soignant. En lui disant « J'ai besoin de vos soins », il expose sa vulnérabilité. L'asymétrie est donc la résultante directe de l'appel que l'un fait à l'autre.

Si j'imagine être malade – donc, patient – il me semble évident que faire appel à un soignant, c'est lui demander par exemple de m'aider à me relever et à sortir de la fosse, des sables mouvants dans lesquels je suis peut-être en train de m'enfoncer, me soutenir le temps que je reprenne ma route, me guider si je n'y vois pas clair, m'accompagner même si je ne peux aller nulle part. Quand il ne m'est pas possible d'en sortir, je lui demande de m'aider à supporter ma nouvelle situation – de souffrir moins ou plus du tout, afin de pouvoir tout de même prendre des décisions. Même coincé dans une situation inextricable, on peut prendre beaucoup de décisions. Le rôle du soignant consiste aussi à m'aider à accomplir les actes qui me restent accessibles. Dans l'idéal, il m'aide à remonter sur la terre ferme, *au même niveau que lui.* Nos relations redeviennent horizontales et non verticales. Tant que je suis en difficulté, il peut discuter d'égal à égal avec mes proches, debout de l'autre côté de la fosse. À tout moment, son levier (savoir-faire) et son point d'appui (son savoir) sont visibles, je peux les voir, savoir comment il s'en sert, et peut-être plus tard m'en servir à mon tour, ou demander à mon entourage d'y avoir recours pour m'aider à surnager.

Profession de bonne foi

Dans l'immense majorité des situations, soignant et soigné ne sont pas jumeaux, ni même frères ou sœurs. Tout ce qui les sépare – l'origine sociale, le bagage génétique, le statut, l'âge, le sexe, etc. – est susceptible d'accentuer l'asymétrie liée à la demande de soin. La maladie, souvent, n'est qu'un arbre dans la forêt des inégalités, j'y reviendrai.

Cependant, l'essentiel dans cette métaphore, c'est que tout humain peut tomber dans une fosse, et tout humain est sus-

ceptible d'être sollicité pour lui venir en aide. Nous sommes tous des patients en puissance, car nous souffrons tous. Et, à l'exception de ceux d'entre nous qui naissent profondément désarmés, nous sommes presque tous capables d'apporter des soins.

Est-il admirable, en soi, de devenir un soignant professionnel ? Il me semble que non.

Quand j'étais un jeune étudiant en médecine, je travaillais comme aide-soignant dans l'hôpital de ma ville. Je passais la serpillière, j'aidais les malades à se lever – quand ils se levaient –, à se laver (quand ils ne pouvaient pas se laver), et parfois à manger, quand ils tremblaient trop pour tenir une cuillère, ou quand ils n'avaient pas assez de force pour utiliser un couteau.

À peu près à la même époque, pendant sa classe de terminale, mon frère allait chaque jour aider un couple qui habitait dans la même rue que nous. Le matin, il aidait l'épouse à lever le mari de son lit et à l'installer dans son fauteuil. Le soir, il l'aidait à le remettre au lit. J'imagine que parfois, il l'aidait aussi à faire sa toilette et à l'habiller ou le déshabiller.

Était-il moins soignant que moi ? Je ne pense pas : même si je travaillais à l'hôpital, je n'avais pas plus de qualification que lui. Nous le faisions l'un et l'autre parce que nous avions choisi de le faire (tous les étudiants en médecine ne trouvaient pas utile de travailler comme aide-soignant pendant leurs vacances). La seule différence entre nous, c'est qu'il le faisait bénévolement pour une personne privée, tandis que j'étais employé pour le faire dans une institution publique. Certes, je m'occupais de plus de patients que lui, mais j'étais payé pour le faire, lui ne l'était pas.

Certains d'entre nous deviennent des professionnels du soin, d'autres le restent essentiellement pour leur famille ou

leur entourage. L'un est-il plus ou moins « admirable » que l'autre ? Je ne crois pas, mais les soignants professionnels – ou les bénévoles permanents – suscitent l'admiration et le respect *de par le simple fait qu'ils font profession de soigner*. Pour la plupart d'entre nous, un professionnel de santé est toujours *de bonne foi*. Ce préjugé – car c'en est un – est compréhensible. Tous, nous avons eu ou aurons besoin de soignants, un jour ou l'autre. Au Paléolithique, les tribus de cinquante personnes pouvaient se contenter d'un unique shaman et/ou d'une guérisseuse. Au XXIe siècle, il faut beaucoup de professionnels de santé pour s'occuper de sept milliards d'individus. Tous ne sont pas habités par le même altruisme, mais la perception fantasmatique que nous avons de leur « vocation » nous est indispensable : nous avons tous besoin de croire que lorsqu'une personne consacre sa vie au soin, c'est parce qu'elle étend son altruisme bien au-delà de son cercle personnel et que, pour elle, soigner est *en soi* une source de gratification affective, morale et/ou symbolique. Bref, qu'elle *ne le fait pas seulement pour l'argent*.

Si elle l'a fait, pensons-nous, c'est qu'elle l'a choisi et qu'elle aime ça. Ce préjugé positif sert beaucoup le professionnel. Mais s'il rassure le patient (et le prédispose à un « effet médecin » de grande qualité) il l'expose aussi à toutes sortes de déconvenues.

Qui définit la relation de soin ?

Comme je l'ai suggéré plus haut, en dehors des circonstances où un tiers (l'État, la justice) la déclenche, *la relation de soin se noue à l'initiative du patient* (ou, dans certains cas, d'un proche ou d'un parent), non parce que le soignant « choisit » qui il doit ou veut soigner.

Lorsque les soins sont imposés par une décision de justice, le soignant ne peut pas, arbitrairement, décider des soins, mais seulement sous l'autorité (et le contrôle) de l'instance supérieure. Le soignant n'a pas besoin de l'accord du patient pour proposer des soins, mais pour qu'il y ait *relation* de soin, il faut, encore une fois, que le patient veuille la nouer. Et tout patient peut refuser des soins, ouvertement ou passivement.

Or, très souvent, tout se passe comme si la demande d'un patient donnait au soignant – particulièrement s'il s'agit d'un médecin – l'entière liberté de décider de la suite des événements. Mais puisque la relation de soin est initiée par le patient, c'est à ce dernier de dire ce qu'elle doit être, et non à celui ou celle qu'il sollicite. Sans cette demande, le professionnel n'est pas le soignant de ce patient-là.

En toute bonne logique, c'est aussi au patient avant tout qu'appartient de définir si on le soigne de manière adéquate et si la relation est satisfaisante. C'est encore et enfin à lui de dire s'il veut poursuivre la relation ou s'il veut y mettre fin.

Les trois questions

En faisant sa demande de soin, le patient pose, de manière implicite, trois questions.

« Qu'est-ce qui m'arrive ? »

C'est la question que chacun de nous se pose quand il se sent aller mal, et c'est évidemment celle qu'il pose en premier au soignant quand il fait appel à lui. Il adresse cet appel à celui qui, pense-t-il, en sait assez pour l'éclairer sur sa situation.

Savoir ce qui nous arrive est essentiel, pour de nombreuses raisons. D'abord, parce que notre imagination est sans

limite et que nous avons tendance à surexpliquer tout ce qui nous arrive. Cette tendance naturelle à l'interprétation peut entraîner très loin, mais surtout vers la peur. Lorsqu'il nous arrive quelque chose, la plupart d'entre nous pensent d'abord au pire. C'est un mécanisme de survie : surestimer la gravité d'un événement bénin est moins lourd de conséquences que sous-estimer celle d'un événement menaçant. Pour nos ancêtres du Paléolithique, penser que le bruit dans les buissons était dû à un animal féroce et se mettre à l'abri était plus prudent, même s'il ne s'agissait que du vent. Ceux qui ne le faisaient pas se sont fait bouffer ; ils ont été moins nombreux à survivre et à transmettre leurs gènes à leurs descendants.

Mais quand il s'agit de soi ou d'un proche, les symptômes pénibles et sans explication font peur et la peur accentue le malaise. Demander à quelqu'un-qui-sait de nous dire ce qui se passe est le meilleur moyen de reprendre pied. Même si ce qui se passe est grave, une fois que je le sais, je peux agir. Il a fallu que nos ancêtres apprennent à faire la distinction entre le vent et un ours pour ne pas rester éternellement terrés dans leur caverne. Quand je vais consulter un médecin, je fais appel à son savoir et je lui demande de me dire s'il s'agit du vent, d'un ours, voire d'une illusion de mes sens. Je m'adresse à lui parce qu'il m'aide à voir le monde de manière plus concrète, mais aussi plus pratique. Je lui demande de me dire ce qu'il sait sur ce qui me concerne, de me transmettre les informations qui me permettent de savoir dans quelle fosse je suis tombé.

Demander des soins, c'est demander à partager le savoir.

« Allez-vous m'aider ? »

Cette question est double. Elle est bien sûr un appel au savoir-faire du médecin. Je lui demande s'il veut m'aider, et com-

ment il entend le faire. Je ne doute pas qu'il *puisse* m'aider : si j'en doutais, je n'aurais pas fait appel à lui. Même s'il partage son savoir avec moi, il est aussi détenteur d'un savoir-faire que je n'ai pas : manier les leviers qui vont m'aider à surnager ou à sortir de ma fosse.

Il a été formé pour ça. Je lui demande de faire son métier.

De manière implicite mais tout aussi importante, je lui demande aussi de m'apporter son aide sans réserve et sans condition, sans relâche ni pression. De me rassurer sans me mentir. D'entendre mes plaintes et de répondre à mes appels. D'être là chaque fois que j'en ai besoin.

Il a choisi ce métier par altruisme. Je sais que je ne suis pas un de ses proches, mais je lui demande de me soigner comme si j'étais son seul patient.

Demander des soins, c'est demander un engagement professionnel et personnel.

« Que vais-je faire ? »

Si les deux premières questions s'adressaient au soignant et appelaient une réponse, nul autre que moi, le patient, ne peut répondre à la troisième. Avant de tomber malade, j'allais mon petit bonhomme de chemin. Si je fais appel au savoir et au savoir-faire du soignant, c'est avant tout pour sortir de ma fosse et reprendre ma route. Je sais parfaitement que ce n'est pas toujours possible. Si je m'en sors, je ne pourrai peut-être plus avancer aussi vite, peut-être plus du tout. Et peut-être, d'ailleurs, que je ne m'en sortirai pas : il est des fosses dont on ne remonte pas. Mais même au fond de ma fosse, même pris dans des sables mouvants, je peux encore prendre des décisions. Si j'ai peu de temps devant moi, je peux décider lesquelles sont importantes : parler une dernière fois à une personne chère ou

me réconcilier avec une autre ; assister au mariage d'un de mes enfants, ou à la naissance d'un de leurs enfants ; terminer un dernier ouvrage ou faire un dernier voyage.

Demander des soins, c'est attendre du soignant qu'il m'aide à user de toute la liberté dont je peux encore disposer, quelle que soit ma perspective, afin de choisir *ma* voie.

Qu'est-ce que le soin apporte au soigné ?

Le soin, je l'espère, va me permettre de reprendre ma route – ou, au pire, de supporter l'idée qu'elle se termine et d'accomplir mes derniers actes de vivant. Au sens le plus large, le soin vise à atténuer ou à surmonter, en tout ou en partie, l'entrave, l'assujettissement que m'impose la maladie. Il vise à m'affranchir de la douleur et des souffrances, et à restaurer mon autonomie.

Bien entendu, pour retrouver son autonomie en tout ou en partie, un patient est souvent prêt à accepter des compromis parfois contraignants ou désagréables : prendre un comprimé de thyroxine chaque jour ; s'injecter de l'insuline matin, midi et soir ; subir une dialyse trois fois par semaine. Ces traitements contraignants que les soignants proposent font souvent l'objet de maintes négociations avec les patients, qui s'efforcent le plus souvent de retarder le moment de leur mise en œuvre. C'est parce qu'ils doivent être, *aux yeux du patient*, préférables à ce qu'il adviendrait en l'absence de traitement (s'enfoncer dans l'hypothyroïdie chronique, devenir aveugle, mourir). Les perspectives sont très différentes. Le soignant peut penser « C'est mieux dans l'absolu », tandis que le patient dit « Ce n'est pas ce que je veux, ce n'est pas ce qui est mieux *pour moi* ».

S'il peut arriver que des soins soient dispensés sans (ou à l'encontre de) ma volonté de patient, c'est parce que je suis

dans l'incapacité physiologique (coma, troubles mentaux majeurs) ou légale (âge, handicap, tutelle) de prendre des décisions par moi-même. Mais cette (in)capacité est modulable : ainsi, en principe, dans les pays démocratiques, un détenu privé de certaines libertés peut néanmoins demander ou refuser des soins librement. Et même si un médecin peut invoquer l'incapacité d'un patient à décider, ce n'est pas à lui de statuer sur ce point, mais à une décision de justice. Et le médecin doit s'y conformer.

A fortiori, le patient qui n'est privé ni de ses droits ni de ses capacités ne peut pas être contraint de demander ou d'accepter des soins : les soignants n'ont pas pour rôle ou pour fonction, en dehors de certaines circonstances très précises, d'entraver la liberté des patients ou de leur imposer quoi que ce soit. Ils peuvent refuser d'exécuter un geste interdit par la loi ; ils peuvent aussi refuser d'aliéner leur liberté ou leurs valeurs aux demandes d'un patient, et c'est légitime : ils ne sont ni les esclaves ni les employés des patients. Mais dans les pays démocratiques, le temps n'est plus où un professionnel de santé pouvait purement et simplement « ordonner » à un patient de se soumettre à une intervention ou à une dialyse, voire la lui imposer sans lui demander son avis.

Nous ressentons intuitivement ce qu'énoncent noir sur blanc les codes de déontologie et d'éthique modernes : *fondée sur la demande et les aspirations légitimes d'autonomie du patient, une relation de soin ne peut, en aucune manière, être nouée ou développée sous la contrainte.*

Et demander des soins, ce n'est *jamais* lutter contre l'emprise de la maladie en se soumettant à celle du soignant.

Un double engagement

La relation de soin repose sur un double engagement.

C'est d'abord un contrat de services : le soignant délivre des soins, le patient le rétribue.

Le second engagement est moral. Lorsqu'un patient fait appel à un soignant, lui dévoile ses sentiments, l'autorise à agir sur son corps et le fait entrer dans sa vie et dans son intimité, il l'honore de sa confiance. En retour, le soignant doit remplir les obligations que lui imposent sa profession et ses valeurs : se plier aux règles déontologiques, éthiques et légales de sa profession et être absolument loyal avec le patient.

On notera que si les deux engagements sont parallèles, ils se nouent en sens inverse : la délivrance des soins appelle rétribution ; la confiance appelle la loyauté – autrement dit, un comportement fidèle aux engagements. Et l'engagement moral prime sur l'engagement matériel : on peut (et, dans de nombreuses circonstances, on doit) délivrer des soins sans être assuré d'une rétribution ; mais sans loyauté, il ne peut y avoir de soin.

Patient capitaine, médecin pilote

La demande de soins n'est pas seulement une demande de services. Dans l'esprit du patient, c'est aussi une alliance. Le soignant n'est pas là seulement pour panser les plaies du patient ou soulager sa douleur. Il est là pour le seconder face aux difficultés qui accompagnent sa situation de santé. Il ne peut pas régler tous les problèmes : il n'en a pas le pouvoir. Mais il peut assister le patient, mettre son expérience au service de celui-ci.

Ici, je vais recourir à une nouvelle métaphore, plus dynamique que la première.

Le patient est le capitaine d'un vaisseau. Ce vaisseau, c'est son corps. Catamaran puissant ou coquille de noix, rapide ou lent, insubmersible ou prenant l'eau de toute part, le patient ne l'a pas choisi ; il n'a fait qu'en hériter et il doit faire avec. Il navigue dessus depuis toujours ; il sait à peu près ce qu'il a dans le ventre, il en connaît la plupart des qualités et des défauts. Même s'il fait partie d'une escadre (une famille), il est seul responsable de son vaisseau, il en a la charge inaliénable. À partir d'un certain âge (et plus tôt qu'on ne l'imagine en général), c'est lui qui détermine le cap, la vitesse, les escales. Il peut naviguer de conserve avec l'escadre familiale, virer de bord, se laisser dériver. Si le ciel s'assombrit, il peut choisir de jeter l'ancre ou de braver l'orage. Sur son vaisseau, il est seul maître après Dieu. Ou sans. Si le vaisseau sombre, il sombre avec lui. Le plus souvent, il navigue seul. S'il heurte un récif, se retrouve pris dans les glaces ou voit une tempête poindre à l'horizon, il peut décider de poursuivre seul, ou se faire assister par un pilote et, éventuellement, par un équipage.

Ce pilote, c'est le médecin. Il ne monte à bord que s'il y est invité par le patient-capitaine ou, si celui-ci est dans l'incapacité de mener sa barque, à la demande des autorités. En temps normal, le pilote reste à terre – même si le capitaine décide, occasionnellement, de lui demander conseil par radio. C'est par mauvais temps qu'il passe à l'action et que ses compétences sont mises à contribution. Il connaît la mer et les eaux dangereuses. Lorsque c'est nécessaire, il convie – avec l'accord du capitaine – d'autres soignants à bord, pour apprécier l'ampleur des avaries (radiologue, biologiste) ou les réparer (infirmières, physiothérapeute, chirurgien).

Cependant, même si, en cas d'urgence, il est amené à prendre des décisions sans son aval, le médecin-pilote reste *au service* du patient-capitaine. Il doit à tout moment indiquer ce

qu'il fait, être à prêt à rendre des comptes et, à la discrétion du capitaine, céder la barre à un autre pilote. Une fois passé le gros de la tempête, il doit rendre la barre.

Si expérimenté ou réputé qu'il soit, le médecin-pilote ne dispose pas d'un pouvoir absolu sur le vaisseau du patient. Il n'est pas tenu de plier aux moindres désirs de celui-ci, mais sa marge de manœuvre repose sur des décisions claires et tranchées : il peut, si les choix du patient lui semblent contraires à ses conseils ou à ses convictions, choisir de se démettre et lui demander de faire appel à quelqu'un d'autre. Il peut aussi accepter d'assumer son rôle jusqu'au bout. Mais l'éthique lui interdit de tromper ou de manipuler le capitaine, de terroriser ou d'humilier l'équipage, de se servir du vaisseau à son profit.

Cela tombe sous le sens : profiter de la situation serait un abus de confiance. Ce vaisseau n'est pas le sien, sa cargaison ne lui appartient pas. En cas de naufrage, il sera émotionnellement et moralement éprouvé, mais il ne coulera pas. Il peut en revanche être responsable de la manière dont le vaisseau et son capitaine finissent leur course…

Cette métaphore me semble aujourd'hui la représentation la plus claire de la relation entre patient et médecin : une collaboration, non une soumission. Elle a de plus le grand avantage de répondre clairement à la crainte qu'ont certains médecins paternalistes (autrement dit, des « docteurs ») à l'idée d'être dépossédés de leurs prérogatives. « Si nous n'avons pas la possibilité de décider de la conduite à tenir, à quoi bon faire appel à nous ? » s'insurgent-ils.

Cette objection est révélatrice d'une perception selon laquelle l'intervention d'un médecin exige l'abandon par le patient de toute autonomie de décision ; le respect de cette autonomie serait *a contrario* une négation des compétences du médecin. Se plier aux choix du patient serait déshonorant.

Déshonorant ?

Dans l'Antiquité, les Grecs faisaient parfois appel à des magistrats spécifiques, les Esymnètes, à qui ils confiaient tout pouvoir sur la cité pendant des situations urgentes (un siège, une catastrophe naturelle, une émeute). Ils n'étaient pas investis de ces pouvoirs à vie, mais s'effaçaient lorsque la cité pouvait de nouveau être gouvernée normalement. En revanche, lorsqu'un homme profitait d'une situation extrême pour prendre le pouvoir de manière illégitime, on disait de lui que c'était un tyran.

C'est précisément pour ses grandes qualités, ses grandes compétences en situation difficile que le patient fait appel au médecin.

Il n'y a pas de déshonneur à se voir appelé pour devenir pilote ou Esymnète. Le déshonneur serait de se comporter en pirate. Ou en tyran.

Soin et liberté

Pour qu'il y ait relation de soin, il faut que le patient l'ait nouée librement et soit libre de la dénouer à tout moment. Je ne vais pas débattre ici de la notion philosophique, très complexe, de la liberté, mais en rester à des concepts plus pragmatiques.

Au cours de notre vie, nous accomplissons des actes, choisis ou contraints, que nous devrons ensuite, la plupart du temps, assumer. C'est ce que nous appelons, en première approximation, notre liberté. Cette liberté d'agir, si relative soit-elle, nous y tenons encore plus lorsque notre vie – ou la qualité de son déroulement – est en jeu.

Si, du fossé dans lequel je suis tombé, j'appelle le soignant pour qu'il m'aide à en sortir, ce n'est pas pour faire de lui mon

maître, mon gardien, ou mon directeur de conscience. Je ne lui demande pas de penser, de parler ou de décider à ma place. Je lui demande de m'indiquer des voies possibles, non de me pousser vers l'une ou vers l'autre.

Dans l'idéal (et cela fait partie des objectifs de santé dans les pays développés), le patient peut choisir de s'adresser à un soignant plutôt qu'à un autre, de fréquenter un lieu de soins plutôt qu'un autre. Comme on ne peut pas nouer de force une relation de soin, il peut aussi décider de *ne pas* demander d'aide ou de ne pas s'engager dans la relation en restant, par exemple, fermé aux tentatives de communication du soignant.

S'il existe une dépendance temporaire entre le soigné et le soignant (le premier dépendant des soins du second pour aller mieux), *l'un et l'autre devraient toujours avoir pour objectif de mettre fin à cette dépendance dès que possible*. Et cette dépendance temporaire n'interdit pas au patient de dénouer la relation avec un soignant pour la renouer avec un autre : une relation de soin n'est pas un contrat d'exclusivité.

Qu'est-ce que soigner apporte à celui qui soigne ?

La plupart d'entre nous ont un jour ou l'autre éprouvé de la joie devant la joie d'autrui, ou de la tristesse devant le chagrin. Nous aimons le plaisir que nous lisons sur le visage de celle ou celui à qui nous faisons une surprise ou un cadeau. Alors il n'est pas surprenant que, dans de nombreuses circonstances, soigner soit source de plaisir, surtout lorsque nous en voyons les effets positifs sur celui qui souffre.

Dans le merveilleux film de Michel Deville adapté de *La Maladie de Sachs*, une séquence me touche particulièrement. Un patient âgé, Monsieur Guilloux (Philippe Lehembre), demande à son médecin généraliste, Bruno Sachs (Albert

Dupontel), si le correspondant auquel il l'adresse est un spécialiste du cancer. Embarrassé, Sachs répond : « Oui, mais ça ne veut pas dire que vous avez un cancer. » Le patient hoche la tête, puis, souriant, murmure : « En tout cas, depuis que vous m'avez fait la piqûre, j'ai beaucoup moins mal. » Le visage de Bruno s'éclaire et il répond simplement : « C'est bien. »

La réaction de Bruno, rendue avec une grande justesse par Albert Dupontel, n'est pas celle du professionnel satisfait d'avoir « fait le bon geste ». C'est le contentement que le soignant éprouve quand, à la fin de la rencontre, il *voit ou entend* que le patient se sent mieux que lorsqu'il est entré.

Ce que ressentent les autres nous touche, ce qu'ils ressentent à notre contact nous touche au moins autant. Et ce, sans qu'il y ait nécessairement autre chose en jeu que cette émotion.

Dans *The Age of Empathy,* Frans de Waal rappelle que, pour un humain comme pour un chimpanzé, et même sans la perspective d'une récompense ou d'un avantage en retour, *ça fait du bien de faire du bien.* On peut se demander pourquoi, et bien sûr les hypothèses ne manquent pas : cela peut être par intérêt personnel (si je console l'enfant qui est tombé, je l'empêche de me hurler dans les oreilles), pour se « soigner soi-même » (en calmant sa douleur, je calme celle que je ressens par empathie), parce qu'on a appris à faire comme ça, etc.

Le soin procure aussi, et parfois longtemps après avoir été délivré, des gratifications indirectes. Un patient apporte des fraises cueillies dans son jardin ; un autre écrit, plusieurs mois après une rencontre, une lettre de remerciement ; un troisième demande l'aide d'un praticien qui a « bien soigné l'un de ses proches ». Les soignants qui ont fait du bien voient leur prestige et leur réputation grandir, mais aussi leur patientèle et leur charge de travail, si ce n'est leur richesse.

Mais de même qu'empathie et altruisme ne sont pas identiques chez tous les individus, nous ne sommes pas tous gratifiés de la même manière par le fait de soigner ou par les marques de reconnaissance des patients. Et même si elles semblent souhaitables – et peut-être aussi nécessaires – ces gratifications émotionnelles ou morales ne sont pas suffisantes à elles seules.

Faire profession du soin

Dans les pays industrialisés, les soignants professionnels sont en principe rémunérés pour soigner toute personne qui s'adresse à eux ou à l'institution qui les emploie. Ils n'attendent pas que le hasard fasse trébucher quelqu'un devant eux, ils sont là pour venir en aide à ceux qui sont tombés et ont besoin de soins. On attend d'eux qu'ils soient en permanence (du moins pendant leurs heures de travail) prêts à délivrer des soins.

En contrepartie de leur activité de soins quotidienne et continue, les patients gratifient les professionnels de santé de nombreuses manières : ils leur versent des honoraires ; ils leur font des cadeaux – que les règles déontologiques commandent de refuser, mais qu'il n'est pas toujours possible ou souhaitable de refuser ; ils leur envoient leurs proches, leurs amis ; ils contribuent au prestige des soignants en leur faisant une bonne réputation ; etc.

Réputation et prestige ont des effets importants sur la carrière des soignants, leur statut social et les conditions dans lesquelles ils exercent. Mais ils en ont aussi sur leur capacité de soigner : un individu conscient de sa valeur est plus sûr de lui ; son assurance accentue les effets placebo ou effets médecin de ses actes ; son prestige favorise les échanges avec

collègues et élèves ; son savoir, son expérience et son « réseau » s'étendent. S'il use de toutes ces gratifications pour délivrer des soins encore plus efficaces, encore plus appréciés, encore plus altruistes, ses collègues, étudiants et patients le gratifient de nouveau et ce cercle vertueux bénéficie à tous. (Sauf, sans doute, à ceux qui se sentent en compétition avec lui…)

À l'opposé, un soignant qui ne répond pas aux attentes – soit parce qu'il a passé trois nuits sans dormir, soit parce qu'il s'est trouvé pris dans une cascade d'événements fortuits, soit parce qu'il a commis une faute hors de son cadre professionnel –, peut être pris dans une spirale infernale, et ne plus parvenir à travailler parce que personne ne lui fait plus confiance.

Ceci pour souligner que les gratifications reçues par un professionnel de santé ne sont pas seulement liées à ses « résultats » objectifs (difficilement mesurables), mais dépendent beaucoup de la perception que les autres ont de lui et de la manière dont ils la répercutent.

Certains professionnels de santé jouissent surtout de leur ascension sociale ou économique ; d'autres recherchent plutôt les gratifications intellectuelles – « faire un beau diagnostic » ou accomplir avec succès un geste complexe leur donne le sentiment d'être intelligents et capables ; d'autres se laissent plutôt guider par des valeurs morales puissantes ; d'autres, enfin, recherchent sur le visage ou dans les mots du patient la preuve que celui-ci va mieux en sortant de leur bureau que lorsqu'il y est entré. Et tout le monde a besoin de gagner sa vie pour nourrir sa famille, et d'avoir de bonnes relations avec le reste du monde. Cependant, les exemples ne manquent pas de soignants dévoués qui abandonnent un poste trop mal rémunéré, de professionnels grassement payés qui s'ennuient à mourir, de médecins qu'aucune hausse de salaire ne peut convaincre d'éprouver de l'empathie envers les malades.

Le bon sens suggère par conséquent que, pour être efficace, satisfait et délivrer des soins de qualité, un professionnel de santé doit être gratifié sur tous les plans : intellectuel, relationnel, moral et économique.

Les « docteurs » et « l'art médical »

Avant de revendiquer son caractère scientifique, la médecine occidentale se présentait volontiers comme un « art ». Cette idée perdure dans les traités, les mémoires et les représentations de nombreux médecins, en particulier en France.

Mais de quelle forme d'« art » s'agit-il ? En quoi cet « art » consiste-t-il et quelle image de la médecine et des médecins l'idée d'art suggère-t-elle ?

Contrairement à la peinture ou à la musique, la médecine n'a pas pour but de créer des émotions ou de changer notre perception du monde, et le médecin ne travaille pas sur un matériau brut et inerte. Ce qu'on qualifie d'« art », ce sont donc plutôt les aptitudes des médecins à atteindre l'objectif visé, et non la médecine elle-même. La notion d'« art » médical suggère, sans le dire clairement, que le médecin est par essence intuitif ; que sa perception, sa compréhension de la maladie sont quasi magiques, que ses prescriptions – ou ses interventions, s'il est chirurgien – sont prodigieuses.

Cette vision des choses tend, elle aussi, à renforcer l'idée élitiste que les médecins sont des êtres à part – des « artistes » du soin. Dans cette perspective, les meilleurs praticiens produiraient des chefs-d'œuvre – diagnostiques, thérapeutiques ou chirurgicaux – beaucoup plus nobles et remarquables que de « simples » soins.

Cependant, en quoi serait-il plus remarquable d'énoncer un diagnostic exact que – par exemple – de procéder à la

toilette d'un patient hémiplégique sans lui faire mal et en respectant sa pudeur ? En quoi serait-il plus « artistique » de disserter sur l'image d'IRM d'une tumeur que de consoler un patient dont l'enfant vient de mourir ? Car de nombreux professionnels de santé sont susceptibles, dans leur champ d'activité propre, d'acquérir un savoir et un savoir-faire remarquables dont ils feront grandement bénéficier les patients. Peut-on pour autant les qualifier d'« artistes » ? Peut-être. Mais si « bien soigner » est un art, alors *tous* les soignants sont des « artistes » en puissance, et il n'y a pas de raison de réserver ce qualificatif aux seuls médecins.

Sauver des vies ?

Dans un épisode de la série *Law & Order,* un personnage déclare : « Vous connaissez la différence entre Dieu et un médecin ? Dieu ne se prend pas pour un médecin. »

Quand on demande aux étudiants pourquoi ils veulent devenir médecin, beaucoup répondent « pour aider les gens ». Une fois devenus des professionnels, ils déclarent volontiers que leur métier consiste à « sauver des vies ». Les deux ambitions ne sont pas tout à fait superposables, et cette différence de point de vue traduit une évolution idéologique inhérente à la structure même de la formation médicale.

L'idée selon laquelle un médecin « sauve des vies » est cependant furieusement problématique.

Pour « sauver une vie » – ou, plus précisément, éviter la mort d'un individu *à soi tout seul* – il faut avant tout que cet individu coure un danger imminent et, en l'absence d'intervention, mortel à coup sûr. Plonger pour empêcher quelqu'un de se noyer, pratiquer bouche à bouche et massage cardiaque sur une personne dont le cœur a cessé de battre, procéder à

une manœuvre de Heimlich ou effectuer une trachéotomie en urgence parce qu'un corps étranger obstrue la trachée, retirer un bébé déshydraté d'une voiture garée en plein soleil, aller chercher une personne évanouie dans un bâtiment en feu ou l'extirper des décombres d'une maison avant que celle-ci ne s'effondre, retenir un homme qui s'apprête à se jeter sous les roues d'un train ou devant un autobus – tout cela, à la rigueur, équivaut à sauver une vie. Mais ce sont des éventualités rares.

Par ailleurs, il existe des spécialistes du sauvetage. Ce sont des professionnels : les maîtres-nageurs, les pompiers, les équipes de secours marins ou de montagne, les ambulanciers, infirmiers et médecins formés à la réanimation d'urgence, les équipes entraînées pour intervenir sur les catastrophes naturelles, etc.

S'ils sauvent des vies, c'est parce qu'ils ont été formés spécialement pour intervenir dans des circonstances exceptionnelles ! Et s'ils ont été spécialement formés, c'est *précisément* parce que ces circonstances sont exceptionnelles. Lorsqu'ils interviennent, ils ne sauvent pas tout le monde, d'abord parce que toutes les vies ne sont pas en danger, ensuite parce que malgré leur intervention, certaines personnes meurent tout de même. On ne peut pas toujours « sauver » un grand brûlé ou un polytraumatisé lorsque ses blessures sont trop étendues. On peut seulement essayer de l'empêcher de souffrir (souvent) et le stabiliser (parfois) pendant quelques heures ou quelques jours.

Parmi ces sauveteurs il y a certes des médecins. Mais tous les médecins n'exercent pas en situation de danger imminent.

Par conséquent, lorsqu'on affirme ou sous-entend que les médecins « sauvent des vies », c'est inexact et cela déforme la réalité. D'une part, parce que cela suggère que « sauver des

vies » est leur fonction première. Or, rien n'est moins vrai. Un médecin ne « sauve » (n'évite la mort à) une personne que dans de rares circonstances. L'urgence vient tout de suite à l'esprit, mais aux urgences, on ne passe pas son temps à sauver des vies : on soigne des situations « aiguës », autrement dit : brutales, soudaines, imprévues, extrêmes – une fracture, une colique néphrétique, une plaie du cuir chevelu, une réaction allergique, une éraflure de la cornée, un tympan percé par une otite, un trouble du rythme cardiaque, un délire hallucinatoire, une appendicite, un effet secondaire médicamenteux – qui peuvent être très pénibles mais ne sont pas toujours synonymes de mort imminente. D'autre part, leur prise en charge, dans les services d'urgence, ne dépend pas seulement des médecins. Les praticiens les plus lucides ne cessent, d'ailleurs, de rappeler qu'aux urgences, *les soins sont délivrés par une équipe*, et non par un individu isolé. Qui sauve des vies, alors ?

Il est tout aussi trompeur, et à mon sens encore plus problématique, de laisser entendre que *soigner, c'est sauver*. Or, là encore, rien n'est moins vrai. D'abord parce qu'il y a beaucoup plus de personnes qui souffrent que de personnes en danger de mort imminente. Ensuite parce que même pour la toute petite proportion de médecins spécialisés dans les gestes « salvateurs » (les urgentistes, les chirurgiens, les réanimateurs, par exemple), le métier ne se résume pas à ces gestes. Un urgentiste doit aussi savoir décider quand et à qui confier un patient stabilisé ; un chirurgien doit savoir assurer le suivi de son intervention ; un réanimateur doit savoir sevrer le patient de ses médicaments et de ses machines. Tout « sauveteurs » qu'ils soient, ces médecins-là passent en réalité beaucoup plus de temps à soigner qu'à « sauver ».

L'idée qu'un médecin « sauve des vies » est un fantasme récurrent parmi les patients, et c'est bien naturel – si les

médecins ne sont pas aussi puissants que ça, à quoi bon faire appel à eux ? Et on ne peut pas reprocher à une personne qui souffre de laisser son imaginaire galoper. On peut en revanche regretter fortement que les médecins eux-mêmes adhèrent à ces fantasmes de toute-puissance et, pire encore, laissent les patients y croire.

Du pouvoir médical

Se poser en sauveur, c'est se présenter, sinon comme tout-puissant, du moins comme *plus* puissant que le commun des mortels.

Cette puissance, les médecins ne sont pas les seuls à y croire. Chacun pense que la personne à laquelle il fait appel peut l'aider. Sinon, à quoi bon demander de l'aide ? Mais nous avons aussi besoin de croire que cette aide est bien supérieure à celle que nous-même pourrions offrir. Tout patient désire, naturellement, qu'un médecin dispose de compétences diagnostiques et thérapeutiques. Du fait de son état de santé et/ou d'inquiétude, il n'est pas inconcevable qu'il voie en ces qualités professionnelles des pouvoirs de divination ou de guérisseur. La peur n'accentue pas seulement la perception de la douleur, elle est également contraire à l'exercice du sens critique.

Plus nous souffrons, plus nous attendons de celles et ceux à qui nous demandons de l'aide. Plus, au fond, nous leur demandons d'être puissants et de mettre leur(s) pouvoir(s) en œuvre pour nous faire sortir du fossé.

De fait, les « pouvoirs » d'un médecin ne se limitent pas au savoir et au savoir-faire acquis pendant sa formation, et ne se cantonnent pas à son cadre d'exercice. Un médecin en activité dispose de prérogatives légales et réglementaires

extrêmement vastes. Via ses prescriptions et certificats, il fait délivrer des médicaments autrement inaccessibles, permet la délivrance de soins pris en charge par la collectivité, ouvre la porte des hôpitaux, donne accès aux examens les plus sophistiqués et aux spécialistes les plus réputés. Hommes et femmes doivent avoir affaire à un médecin lorsqu'ils prennent des décisions aussi cruciales qu'acheter une maison (pour contracter emprunt et assurances), conduire une voiture, porter un enfant (en France, l'aide aux femmes enceintes est conditionnelle à la surveillance médicale de la grossesse), le scolariser (pour vérifier qu'il est à jour de ses vaccinations, par exemple)… Le pouvoir des médecins n'est pas seulement médical, il est administratif (ils ouvrent l'accès aux soins délivrés par l'ensemble des professionnels) et, lorsque la justice fait appel à eux, il devient médico-légal, au civil comme au pénal. Depuis la révolution pasteurienne, les médecins servent d'experts ou de caution aux exigences d'hygiène dans l'alimentation ; depuis l'explosion industrielle de la seconde moitié du XX^e^ siècle, ils servent de porte-étendard ou de caution à l'industrie cosmétique et à celle du médicament. Ils sont les conseillers des pouvoirs publics en matière de politique de santé – de la vaccination au dépistage des cancers…

Étant donné cette omniprésence dans toutes les strates de la cité, comment s'étonner que la profession médicale apparaisse, aux yeux du patient, comme une entité à laquelle il est inévitable d'avoir affaire, tantôt parce qu'elle est un interlocuteur obligé, tantôt parce qu'on espère utiliser son influence à son profit personnel ?

Après tout, l'homme ou la femme qui, du fond de son ravin, appelle un médecin à l'aide *ne s'adresse pas à n'importe quel soignant*, mais très souvent à une figure qui a tout fait pour se distinguer du commun des mortels. Mais il me

semble que la profession médicale n'est pas, à proprement parler, une profession *soignante*. Un grand nombre de médecins ne le sont pas devenus principalement pour soigner – il leur aurait suffi pour cela de devenir infirmier, sage-femme, orthophoniste, psychothérapeute – mais d'abord pour bénéficier (et faire bénéficier leur famille) du statut et des privilèges, parfois considérables, que confère la profession. Ceux qui cherchent à devenir médecin *pour soigner* découvrent avec surprise que revendiquer cet objectif, c'est se disqualifier aux yeux de leurs camarades. Je me souviens parfaitement de l'époque où je déclarais à mes camarades ne pas vouloir préparer le concours de l'internat alors considéré comme la voie obligée vers les spécialités les plus prestigieuses. Je voulais devenir médecin généraliste, et non un mandarin aux grands ou petits pieds. La plupart accueillaient cette déclaration en me disant : « Ouais, en réalité, tu veux pas bosser… » Ou encore : « Si t'es pas interne, tu sauras jamais rien, tu seras un médecin au rabais. » Il y avait aussi des réactions parfaitement candides : pourquoi rejeter les privilèges de la profession ? Pourquoi se priver des prérogatives que confèrent un poste d'interne, de chef de clinique, voire d'agrégé ou de professeur. *Pourquoi refuser le pouvoir ?*

À ce point de la discussion, la conversation prenait fin. J'avais bien tenté, à quelques reprises, de dire que ce dont les patients ont besoin, c'est d'abord et avant tout *qu'on les soigne*. Mais affirmer que le pouvoir était contraire au soin était inacceptable.

Le médecin comme élu

L'image du médecin « sauveur » ne sert pas seulement à promouvoir – parfois de manière abusive – la profession

médicale. Elle sert aussi ses membres à titre individuel. Un médecin est une personne comme une autre. Il semble tout naturel qu'il soutienne des causes et des idées. Mais le label de rigueur scientifique et le crédit de probité morale qui lui sont accordés *de par le seul fait qu'il est médecin* déteignent sur ce qu'il cautionne. C'est le but recherché quand il soutient une association de patients. Ça l'est aussi lorsqu'il se présente à des élections.

En France, les médecins sont nombreux en politique, comme élus – maires et conseillers municipaux, conseillers généraux ou régionaux, députés, sénateurs – ou comme conseillers d'un ministère et administrateurs d'institutions liées à la santé. Il m'a cependant toujours semblé que le métier de médecin et la fonction d'élu étaient incompatibles, pour deux raisons qui tiennent à l'aura de respectabilité – parfois usurpée – des praticiens, à leur ascendant possible sur des personnes influentes qui pourraient être leurs patients, et à l'obligation de confidentialité à laquelle ils sont, en principe, tenus. Quand un médecin devient l'élu de son village ou de sa ville, à qui les autres membres du conseil municipal ont-ils affaire quand ils siègent ? À l'élu ou au médecin ? Et quand il reçoit en consultation des habitants de sa commune, cesse-t-il complètement d'être un élu ? La question n'est pas moins grave quand le praticien – le plus souvent chirurgien ou spécialiste, car il est presque impossible à un médecin généraliste de cumuler les deux fonctions – se présente à un poste de député ou devient ministre. Lorsqu'un médecin devient député ou ministre de la Santé, peut-il toujours mener une politique de santé équitable en suivant la ligne du parti qui lui a confié ce poste ?

Mis en situation de pouvoir, personne n'est à l'abri de la corruption, les médecins pas plus que les autres. Dans de

nombreux pays, il est interdit aux juges et aux policiers en fonction de briguer un poste de représentant du peuple – et c'est légitime : nul ne pourrait plus croire à leur impartialité. Si c'était également le cas pour les médecins, un certain nombre d'individus plus intéressés par le pouvoir que par le soin s'engageraient, d'emblée, dans une autre carrière, et ce serait tant mieux.

Soigner seul, ou ensemble

Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé s'appuient sur la collaboration des soignants et la coordination des offres de soin. Dans ces pays, la plupart des professionnels de santé ont non seulement intérêt, mais aussi le désir de travailler ensemble. Car partager ce travail particulier qu'est la délivrance des soins, c'est en partager le poids émotionnel et moral, c'est mettre en commun savoirs et savoir-faire, c'est pouvoir prendre ensemble des initiatives qu'il serait impossible de prendre seul.

Tout serait un peu plus simple si l'ensemble des professionnels de santé étaient rémunérés de manière équitable (en fonction de leur charge de travail) et proportionnelle aux services rendus. Mais les inégalités en ce domaine sont grandes : le plus souvent, c'est le statut – plus souvent lié à la notoriété du diplôme ou du titre qu'à la réalité des soins délivrés – qui conditionne la rémunération, et non la charge de travail. Dans un système pyramidal, les statuts les plus hauts sont les mieux rémunérés. Pour y accéder, la concurrence fait rage. Peut-on simultanément soigner et se préoccuper de sa carrière ? C'est douteux : nous avons dit, plus tôt, qu'empathie et altruisme varient au gré de nos bonnes ou mauvaises

expériences – et diminuent franchement quand nous sommes en compétition.

Ainsi, lorsque le plus grand centre hospitalier de la région parisienne a été construit, les chefs de service de spécialités identiques appelés à s'y installer et à y travailler ensemble se sont battus comme des chiffonniers pour savoir qui aurait le plus de lits, le plus d'assistants, les appareillages les plus coûteux, les locaux les mieux situés. Pour le bien des patients ?

De même, dans les structures très hiérarchisées où la décision des médecins l'emporte sur celle des autres professionnels, la délivrance des soins est beaucoup plus aléatoire que dans les structures collégiales, où chaque corps professionnel dispose de fonctions et de prérogatives propres et non soumises au bon vouloir des autres. Pour la bonne qualité des soins, la collaboration intra- et inter-professionnelle est de loin préférable à la compétition. Cela va sans dire, mais c'est loin d'être toujours le cas : entre l'intérêt des patients (qui nécessite empathie et altruisme étendu) et l'intérêt personnel ou corporatiste des professionnels (qui résulte de processus archaïques, inconscients, d'auto-préservation), la balance penche plus souvent d'un côté que de l'autre.

Transgressions et abus

Chacun.e de nous peut être conduit.e à se plier aux exigences d'un.e autre lorsque cet.te autre dispose d'un levier puissant susceptible d'exercer une influence importante sur notre vie. Dans la vie de tous les jours, les situations de ce genre sont monnaie courante. C'est encore plus vrai pour les demandes de soin : si, sur ma route, j'entends une voix monter d'une fosse ou de sables mouvants, je peux choisir de tendre la main sans rien demander en retour ou, en y réfléchissant, décider de

tirer avantage de la situation. « Je t'aide, en échange de quoi tu te mettras, toi aussi, à mon service, selon mes conditions, mes termes. » Il ne s'agit pas ici de soin, mais de chantage. En effet, s'il refuse mes conditions, celui qui me demande de l'aide a plus à perdre que moi.

Entre les patients et les « professionnels » qui le pratiquent, ce type de chantage est toujours plus ou moins le même : en échange de ses soins, le professionnel obtient du patient un bénéfice ou un avantage – statutaire, financier, matériel, sexuel – qu'il n'aurait pas obtenu en d'autres circonstances. L'impossibilité dans laquelle le patient (on peut aussi dire : la victime) se trouve de faire appel à quelqu'un d'autre contribue à le faire plier.

Ce risque de chantage aux soins n'est pas une notion nouvelle : 2400 ans avant notre ère, le serment d'Hippocrate le mentionnait déjà, ce qui indique à quel point il était omniprésent. Aujourd'hui, ce type d'abus est très strictement réglementé – et puni. En principe. Dans les faits, les abus ne sont pas rares.

Dans les pays développés, où les professions de santé édictent des codes de déontologie ou d'éthique, les soignants n'ont pas, en général, la latitude de délivrer leurs soins sous condition, ou en échange de gratifications autres que celles qu'ont clairement établies ou fixées leurs institutions d'exercice ou les autorités de tutelle. Mais les soignants sont des êtres humains, et non des robots dont les comportements obéissent sans faillir à des règles morales universelles. Tous peuvent mettre à profit leur position ou leur statut pour transgresser ces règles.

Lorsqu'un médecin est le seul praticien accessible dans un rayon de plusieurs dizaines de kilomètres, il se trouve dans une position particulièrement favorable pour imposer ce qu'il veut. L'un de mes amis découvrit un jour que le praticien du

nord de la France dont il était le remplaçant imposait à ses patientes adolescentes prenant une contraception de venir se faire examiner *tous les trois mois*. Ce n'était pas seulement abusif sur le plan médical (il n'est pas nécessaire d'examiner les femmes pour leur prescrire une contraception, sauf si elles se plaignent de symptômes inhabituels ou le demandent expressément), ça l'était aussi sur le plan financier (elles étaient contraintes de subir et payer une consultation chaque trimestre alors qu'une pilule se prescrit pour un an), et c'était une grave atteinte à leur autonomie : pour obtenir une prescription parfaitement légitime, elles devaient se déshabiller et subir un examen gynécologique et un examen des seins, et subir donc un viol de leur intimité, alors que la réglementation ne le leur imposait nullement.

Le comportement de ce non-soignant n'avait aucune justification médicale ou légale ; c'était un abus de pouvoir pur et simple. Aucun « principe de précaution » ne pouvait être invoqué : si le médecin s'était comporté ainsi par excès de zèle, il lui suffisait d'un coup de téléphone à l'un de ses confrères pour apprendre que c'était inutile. Lorsque son remplaçant exprima clairement ses réserves devant ce comportement, il le menaça de le poursuivre en diffamation, et le congédia. Aux dernières nouvelles, il n'a toujours pas été inquiété. Il faut préciser aussi qu'il était, au moment des faits – et peut-être encore aujourd'hui – maire de sa commune…

Ce risque d'abus ne concerne pas seulement des médecins isolés. Il peut aussi venir de médecins hospitaliers réputés qui, par exemple, accordent un rendez-vous rapide en échange du versement d'une somme non déclarée. Ce type de chantage se pratique d'ailleurs aussi entre professionnels : dans les années 1960, un biologiste qui venait d'ouvrir un laboratoire d'analyses médicales dans une ville du sud de la France s'étonna

auprès d'un confrère, au bout de quelques semaines, de sa quasi-inactivité. Il avait un local bien placé et bien signalisé, mais peu de patients s'y présentaient, car les médecins leur conseillaient d'aller pratiquer leurs prélèvements ailleurs. Le confrère lui demanda s'il était allé proposer aux médecins du secteur de leur verser un pourcentage de ses revenus. Le biologiste tomba des nues… mais pour survivre, il dut obtempérer.

Quand on évoque cette pratique de compérage (ou, ici, de racket) que l'on désigne par le terme de « dichotomie » dans le milieu médical, la plupart des médecins français nient farouchement son existence. Soit parce qu'ils l'ignorent réellement, soit parce qu'ils se savent coupables de la pratiquer ou se sentent complices de ne pas la dénoncer.

Pendant les années 1980, un confrère généraliste que je remplaçais me montra un curieux courrier rédigé par un cardiologue de la grande ville voisine. Le spécialiste proposait l'opération suivante : il fournirait au généraliste plusieurs appareils portatifs destinés à enregistrer les troubles du rythme cardiaque ; le généraliste les poserait aux patients de son choix ; après les avoir récupérés, le spécialiste analyserait et interprèterait les enregistrements ; bien entendu, il facturerait le tout aux patients et reverserait une fraction des sommes perçues à son obligeant confrère. Autrement dit : il proposait à ce généraliste (et, probablement, à beaucoup d'autres) de l'aider clandestinement à facturer des actes injustifiés à des patients qui n'avaient rien demandé. Le généraliste avait décliné la proposition et dûment signalé ce comportement inqualifiable à l'Ordre des médecins de son département ; mais celui-ci, apparemment, n'avait pas donné suite, et avait gardé l'original du courrier. Le fait que l'indélicat spécialiste n'ait pas hésité à coucher son escroquerie noir sur blanc en dit long sur sa certitude de n'être ni réprimandé, ni puni.

Gagner sa vie. Aux dépens d'autrui

Un professionnel de santé doit gagner sa vie. Cependant, faire du soin sa profession soulève des questions morales importantes, mais rarement abordées dans les facultés de médecine.

Il est en effet difficile de passer sous silence que si les soignants ont du travail, *c'est parce que des gens souffrent.* Jusqu'à quel point est-il acceptable que je gagne ma vie grâce à la souffrance des autres ? Œuvrer à soulager ces souffrances ne justifie pas, moralement, que je m'enrichisse aux dépens des premiers intéressés. Quand mon salaire est fixé par un tiers, c'est simple : ce n'est pas le patient qui me rémunère ; je peux négocier un meilleur salaire sans qu'il soit lésé, voire sans qu'il en sache rien. Mais si je reçois directement mes honoraires de ceux que je soigne, et si la loi ne les protège pas, moi seul décide des sommes que je réclame en échange de mes soins – ou de mes services.

Le problème se complique encore quand on sait qu'aux yeux de tout le monde ou presque, ce qui est cher semble toujours avoir plus de valeur que ce qui est bon marché – ou semble gratuit. Quand le médecin généraliste d'un quartier populaire d'une ville française touche pour chaque consultation une somme forfaitaire ridicule, tandis que le spécialiste d'un quartier huppé demande et obtient trois ou quatre fois la même somme, le sentiment immédiat est que les soins du second ont plus de valeur que ceux du premier. En y réfléchissant, nous savons que rien n'est moins vrai : la valeur que nous attribuons à un soin est indépendante de son coût objectif ou des honoraires exigés – mais cette situation fréquente en France entretient une confusion extrêmement préjudiciable : qu'est-ce que je paie, exactement ? La qualité des soins ou le statut de la personne qui les délivre ? Le produit ou le logo ?

Dans un pays démocratique, on peut s'attendre à ce que le système de santé donne accès aux soins équitablement à tous les citoyens. Si certains professionnels fixent leur rémunération unilatéralement (ou grâce à la tolérance des pouvoirs publics), il n'y a ni équité ni service public.

Accorder ou refuser ses soins

Il n'y a pas d'équité quand le professionnel choisit qui il soigne ou non. En France, au Canada, en Grande-Bretagne, en Belgique, aux Pays-Bas et dans bien d'autres pays, les soignants professionnels travaillant dans les institutions publiques sont, par définition, au service du patient[5]. De plus, ils exercent dans un cadre précis ; leurs actes doivent se conformer à l'état des connaissances scientifiques, aux règles de bonne pratique, aux directives institutionnelles, aux codes (de déontologie, de la santé), aux lois. Ces contraintes d'exercice ont pour but d'éviter les abus de pouvoir.

Malgré cela, chaque professionnel dispose d'un degré certain de liberté (choix des moyens et des prescriptions, par exemple) et peut, dans certains cas, refuser de s'occuper d'un patient. Mais cette latitude est en principe limitée. À de rares exceptions près (avortement, euthanasie), un refus de soin ne peut être motivé par les valeurs ou les préférences personnelles du soignant et la clause de conscience n'autorise pas à entraver la demande de soins. Les règles de déontologie imposent à tous de permettre l'accès aux soins autorisés par la loi.

---

5. Cette phrase, je le sais, va faire sauter certains lecteurs au plafond. Mais si l'on accepte la métaphore du médecin-pilote et du patient-capitaine, elle coule de source.

Il n'en reste pas moins vrai que la possibilité de refuser leurs soins permet à certains praticiens de les accorder sous condition, ce qui est moralement inacceptable et, malheureusement, très difficile à repérer, à sanctionner et à prévenir.

En 2014, en France, certains médecins, bien que la loi le leur interdise, contraignent encore les patients bénéficiant de l'aide sociale à s'identifier au premier appel, ce qui leur permet ainsi de refuser de les recevoir, ou (car le refus est illégal) de leur donner des rendez-vous très éloignés dans le temps, afin de les dissuader de les consulter. Même si ces « professionnels » se comportent de manière tout à fait correcte avec les patients qu'ils « choisissent » de recevoir, leur attitude de discrimination est indéfendable d'un point de vue déontologique et éthique.

Sélectionner qui l'on va soigner, ce n'est plus soigner, c'est user de son statut de professionnel de santé pour des pratiques très éloignées de l'altruisme dont on prétend être investi.

Lorsqu'un professionnel de santé utilise ainsi le système qui lui permet d'exercer (et garantit son statut) aux dépens des personnes qu'il est censé servir, ce n'est pas un soignant, mais un escroc.

Transgressions et maltraitance

À l'exception de rares (mais redoutables) sociopathes, la plupart des professionnels de santé sont comme tous les autres être humains : ils ne cessent pas d'être sensibles en présence des patients. Outre que ça n'est pas souhaitable (comment entendre les émotions des autres si on y est fermé ?) ce n'est pas possible : le cerveau humain, nous l'avons dit, est émotionnel avant d'être rationnel. Pour cette raison, au cours de n'importe quelle journée de travail, tout soignant éprouve,

successivement et parfois simultanément, du dégoût et de la sympathie, du désir et de l'irritation, de la peur et de la joie, de l'enthousiasme et de la colère. Ses valeurs sont sans cesse confrontées à d'autres, familières ou étrangères. S'il ou elle n'a pas été prévenu et armé pour faire face à ces ouragans émotionnels et moraux, le professionnel de santé risque fort de réagir de manière inappropriée et de se comporter de manière maltraitante.

Je reviendrai en détail dans le chapitre 3 de ce livre sur les différentes formes de maltraitance médicale, mais je voudrais déjà d'emblée suggérer qu'un comportement maltraitant résulte presque toujours, schématiquement, de l'une au moins des quatre causes suivantes et parfois d'une combinaison des trois premières :

1. *Le professionnel de santé souffre physiquement ou moralement* – parce qu'il est malade ou en *burn-out,* parce que sa vie personnelle est chaotique, parce qu'il se sent impuissant, désarmé, excédé ou désespéré face aux patients en général, ou à un patient en particulier. Sa propre souffrance peut aussi être d'origine institutionnelle, et c'est malheureusement fréquent. De même que certains enfants battus deviennent des parents brutaux, la maltraitance subie par les étudiants en médecine est source de nombreux comportements de maltraitance. J'y reviendrai dans la cinquième partie.
2. *Le professionnel de santé est frustré*, parce qu'il ne tire pas suffisamment de gratifications financières, morales, symboliques et, bien sûr, émotionnelles de son travail ; ou parce qu'il fait un travail qu'il n'a pas choisi ; ou encore parce qu'il s'est trompé de voie et s'ennuie ; ou enfin parce qu'il est constamment mis en situation de compétition

avec d'autres professionnels au sein de l'institution qui l'emploie. Or, dans la course au pouvoir, c'est rarement le mérite qui l'emporte.

Dans ces deux premiers cas, la maltraitance est le plus souvent involontaire, du moins au début ; si le professionnel n'en prend pas conscience, son sentiment d'inadéquation peut croître et se changer en agressivité envers sa famille, les collègues de travail mais aussi les patients, dont les demandes sont perçues comme autant de défis insurmontables. La maltraitance exercée sur les patients est alors un symptôme de la situation des soignants, non de leur personnalité. Quand les professionnels sont des personnes de bonne volonté, ce type de maltraitance peut être interrompu et par la suite prévenu.

3. *Le professionnel de santé n'est gratifié que par les aspects non relationnels de son métier ; il ne se consacre donc qu'à ces aspects-là.* Il peut s'agir d'une personne tout à fait brillante mais seulement intéressée par les aspects intellectuels ou technologiques du soin, qui aime les responsabilités ou la recherche, et il peut s'agir aussi d'une personne tout à fait charmante dans sa vie privée mais qui n'a pas de désir (ou d'aptitude) à montrer de l'empathie à ces étrangers que sont les patients.

Cette situation est probablement plus fréquente qu'on ne croit étant donné le mode de sélection des médecins. Face à des émotions qu'il ne désire pas affronter, le professionnel peut choisir de s'en protéger en adoptant une distance relationnelle perçue par les patients comme de l'hostilité. En effet, nous l'avons évoqué, un patient qui ne se sent pas compris ne se sent pas soigné. Il peut même se sentir ignoré ou rejeté et vivre ce rejet comme une maltraitance alors même que le professionnel, lui,

se croit sincèrement « bienveillant » parce qu'il s'efforce d'être « neutre ».

4. *Le professionnel se sent supérieur aux personnes qui font appel à lui,* et il se plaît à humilier, à rudoyer, à inquiéter les patients, voire à les utiliser ou abuser d'eux. Ce n'est pas du soin, mais la pire situation de maltraitance, car elle est en général perpétrée par un professionnel essentiellement préoccupé par son statut, le pouvoir et les bénéfices qui en découlent. Au minimum, le professionnel en question est une personne sans scrupule ; au pire, c'est un.e sociopathe. Dans tous les cas, *ce n'est pas un soignant.* Son comportement maltraitant est permanent car il n'est pas le symptôme d'une souffrance, mais l'expression d'un trait de personnalité irréductible. Ce genre de personne ne devrait pas être autorisée à exercer une profession de santé. Car elle n'a aucune intention de soigner : ce n'est pas son désir. Jamais.

   Ce type de personnalité était, je crois, particulièrement fréquent parmi les « mandarins » français de la deuxième moitié du XX^e^ siècle. J'aimerais être sûr qu'il en va différemment au début du XXI^e^. Je décris, dans le chapitre 3, les éléments qui permettent de les identifier. On verra qu'ils n'ont rien d'original : on peut trouver ce descriptif dans tous les ouvrages de vulgarisation consacrés aux personnalités toxiques et aux situations de harcèlement moral[6].

Dans les quatre situations que je viens de décrire, la maltraitance s'accompagne ou s'aggrave souvent de transgressions

6. Citons en particulier : *Comment gérer les personnalités difficiles* de François Lelord et Christophe André et *Le harcèlement moral* de Marie-France Hirigoyen.

incompatibles avec le soin pour des raisons morales, légales ou pratiques : un professionnel qui souffre de sa situation est très susceptible de se mettre à boire ou de consommer des drogues, de faire des tentatives de suicide, d'avoir un accident de voiture, de commettre des erreurs médicales, de suggérer ou d'imposer des relations sexuelles à ses patient.e.s, d'escroquer personnes et institutions, et plus généralement de violer les réglementations, les codes et la loi. Que ces transgressions soient consécutives à la souffrance, à la frustration, à l'incapacité d'exercer empathie et sens moral ou à un sentiment de toute-puissance, elles sont toujours délétères et ne devraient pas être tolérées. Il est cependant parfois très difficile d'y mettre un terme, et dans le cas des professionnels sociopathes, de les prévenir.

Des valeurs inégalement reconnues

Avant la fin de mes études de médecine, il m'était apparu clairement que le fait de devenir, puis d'être médecin ne conférait ni clairvoyance, ni intégrité morale. Et que beaucoup de praticiens semblaient manquer des scrupules les plus élémentaires, aussi bien dans leur manière d'interagir avec les patients, que dans leurs échanges avec d'autres professionnels. J'avais rencontré des femmes et des hommes dévoués et intègres, mais ils n'étaient pas les membres les plus influents de la hiérarchie médicale. Quand ils avaient la possibilité d'enseigner, ils n'étaient pas toujours écoutés par les étudiants, tant leur approche nuancée et réfléchie contrastait avec l'approche à l'emporte-pièce des discours dominants.

Ce qui me révoltait le plus était de constater que des valeurs que je pensais pourtant élémentaires – la bienveillance, la compassion, l'écoute, la patience, la réassurance, le

soutien, la discrétion, le partage d'information, la franchise, l'humilité – étaient non seulement méprisées mais vilipendées par bon nombre de médecins. Ces valeurs étaient balayées d'un revers de la main au prétexte que les patients se confiant aux médecins, il appartenait aux médecins, et à eux seuls de décider, souverainement, de la manière dont ils allaient les *traiter*. En dehors du sempiternel serment d'Hippocrate, qu'ils brandissaient volontiers sans jamais en citer le contenu, et du code de déontologie que beaucoup lisaient de manière partielle, mes enseignants et mes maîtres ne se référaient à aucun texte de dimension universelle pour aborder les dilemmes moraux que rencontre tout soignant, à chaque moment de sa vie. Ils oubliaient que le serment d'Hippocrate, rédigé il y a vingt-quatre siècles, est loin de répondre aux questions d'aujourd'hui et que les codes de déontologie médicale sont rédigés par des médecins – ce qui ne présage en rien de leur impartialité. Quant aux textes fondateurs de l'éthique moderne comme le Code de Nuremberg, la déclaration d'Helsinki, les recommandations de la WONCA (Association mondiale des médecins de famille) ou celles de l'OMS, je n'ai jamais entendu mes enseignants les citer pendant mes études.

Comme ils les ignoraient, ils n'avaient aucune raison d'en parler aux futurs médecins.

Avant de poser pour la première fois les pieds au Canada, en 1999 – j'y avais été invité par le salon du livre de Québec – je n'avais que de vagues notions autodidactes de ce qu'était l'éthique biomédicale. Je m'y étais intéressé tôt – ma première lecture en ce domaine est un recueil d'essais datant de 1971 intitulé en français *Responsabilité biologique*. Une section entière y était consacrée aux questions éthiques soulevées par les progrès – alors balbutiants – de la génétique humaine et leur impact sur la reproduction. J'étais également déjà extrê-

mement sensible à la notion d'abus de pouvoir, dont j'avais eu malheureusement à connaître maints exemples, d'abord dans les récits que m'en avait fait mon père, ensuite pendant ma propre formation et par la suite, au cours de mon exercice. Mais en France, jusqu'à la fin du XX^e^ siècle, la réflexion sur l'éthique biomédicale était minuscule en regard de ce qu'elle était dans le monde anglo-saxon. Les quelques pionniers qui travaillaient dans l'ombre avaient rarement l'occasion de prendre la parole – et presque jamais devant des médecins. Le mot éthique lui-même n'était, pour ainsi dire, jamais utilisé au cours des débats de société concernant la santé ou dans les revues professionnelles.

Lors de mon premier séjour au Québec, j'ai fait la connaissance d'Andrée Duplantie, infirmière de formation et professeure aux Programmes de bioéthique de l'Université de Montréal, qui m'a fait rencontrer et interagir avec les étudiants de son séminaire. Grâce à eux, j'ai découvert un mode de pensée radicalement différent de celui qui régnait en France.

III

Du serment d'Hippocrate à la bioéthique moderne

Un homme tombe malade. Pour l'aider à sortir de sa fosse, le médecin lui tend un long levier calé sur un solide point d'appui. Le point d'appui, c'est son savoir, ce qu'il a appris au cours de ses études et de sa pratique. Le levier, c'est son savoir-faire, la manière dont il utilise les instruments – stéthoscope, scalpel, fibroscope – à sa disposition.

Dans l'immense majorité des cas, l'asymétrie liée à leurs positions respectives (le médecin campe sur la terre ferme, le patient croupit dans son trou) est accentuée par les différences sociales, économiques et culturelles. Ils sont des étrangers l'un pour l'autre. Ils appartiennent le plus souvent à des classes sociales opposées. Leurs valeurs et intérêts respectifs ne sont pas identiques. De plus, le médecin servant le plus souvent d'intermédiaire avec l'ensemble des soignants, il contrôle de fait l'accès du patient aux soins.

Cette situation très déséquilibrée, qui garantit qu'elle ne va pas se retourner contre le patient ? Qui assure que le médecin mettra en œuvre son savoir, son savoir-faire et son influence au profit du premier intéressé, sans négligence ni abus ? Ce

savoir restera-t-il opaque, ou le partagera-t-il avec le patient et avec ses autres soignants potentiels (membres de la famille) ? Ses actes seront-ils effectués avec l'accord du patient et en bonne intelligence ? Lui demandera-t-il toujours son avis et, s'il le demande, respectera-t-il ses décisions ?

Pour garantir que la demande de soin ne sera pas détournée et trahie, le diplôme de docteur en médecine ne suffit pas. S'il transmuait à coup sûr ses lauréats en parangons de vertu et de droiture, il n'y aurait pas eu de médecin nazi dans les camps d'extermination ; il n'y aurait pas eu de psychiatre dans les goulags ; les médecins américains de l'après-guerre n'auraient pas nourri des orphelins de substances radioactives[1] ; les médecins français du XX^e siècle n'auraient pas stérilisé sans consentement parental des centaines d'handicapés psycho-moteurs[2] ou, ne pourraient pas, encore aujourd'hui, poursuivre contre l'avis des parents, la réanimation de prématurés souffrant de lésions neurologiques profondes[3] ; les « experts » qui conseillent les agences publiques du médicament ne cultiveraient pas les conflits d'intérêts en recevant des rémunérations versées par les entreprises pharmaceutiques[4]. Cette liste, bien sûr, n'est pas exhaustive.

Pour contrebalancer tout ce qui pourrait permettre au médecin d'abuser du patient, il est nécessaire d'élaborer

1. Voir http://en.wikipedia.org/wiki/Unethical_human_experimentation_in_the_United_States

2. Voir « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence », Rapport de commission d'enquête n° 339 (2002-2003) au Sénat Français. Accessible en ligne sur le site www.senat.fr

3. Oriot, Denis. « Tension éthique et législative : quand le médecin décide de la mort d'un nouveau-né. » *La Presse Médicale,* vol. 37, n° 12, décembre 2008, p. 1709-1710.

4. Voir Winckler, Martin. « Médicaments : conflits d'intérêts à tous les étages », *Le Devoir,* 14 novembre 2012.

des règlements et des lois ancrés dans des principes moraux reconnus par tous.

Pour en finir avec le serment d'Hippocrate

En Occident, le guide moral le plus ancien destiné aux médecins est ce qu'on nomme le serment d'Hippocrate. Quoiqu'il ait été remplacé dans tous les pays développés par des serments solennels plus adaptés aux réalités d'aujourd'hui, il continue régulièrement à être invoqué comme un texte sacré, censé guider tous les gestes et pensées futures du praticien qui le déclame à l'aube de sa carrière.

Quand on l'examine de près, c'est cependant un texte très problématique.

Voici la traduction qu'en fait Émile Littré à la fin du XIX^e siècle :

> Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant : Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autre parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.
>
> Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je

> ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.
>
> Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive !

Hippocrate aurait vécu entre 460 et 370 avant notre ère. Son nom est mentionné par Aristote, au IV^e^ siècle et sa première biographie date du II^e^ siècle. On sait, en réalité, très peu de choses à son sujet. Son principal apport théorique à la médecine aurait été d'avoir, le premier, postulé que les maladies n'étaient pas une vengeance ou une malédiction des dieux, mais des phénomènes liés à l'environnement, au régime alimentaire et au mode de vie. Outre le serment qui porte son nom, on lui attribue de nombreux traités de médecine (le « corpus hippocratique ») ; les historiens s'accordent cependant à dire que ces textes sont dus à plusieurs auteurs, et datent d'époques diverses.

Dès 1943, l'helléniste anglo-saxon Ludwig Edelstein suggérait que le fameux serment avait été rédigé ou retouché par des membres de l'école pythagoricienne, au IV^e^ siècle avant notre ère, et non par Hippocrate au siècle précédent.

Cette précision historique permet de mieux comprendre l'analyse du serment publiée par le site du conseil de l'Ordre

des médecins belges[5]. (Sur le site de l'Ordre français on trouve une version modernisée du serment, sensiblement différente de la version de Littré, et elle ne s'accompagne pas d'une analyse historique…)

La première partie du serment, lit-on sur le site de l'Ordre belge, est « un contrat fixant les garanties morales et financières auxquelles devaient s'engager les seuls disciples extérieurs à la famille. En échange de son entrée dans la famille hippocratique, le disciple versait de l'argent et promettait de subvenir aux besoins matériels de son maître s'il venait à connaître des difficultés. À ces conditions, le disciple recevait un enseignement et le droit de le transmettre gratuitement à ses fils. La première partie de ce serment avait donc pour rôle essentiel de préserver les intérêts et les privilèges de la famille des Asclépiades, détentrice du savoir médical, à partir du moment où ce savoir fut ouvert aux autres. »

Le serment est donc, clairement, l'expression des valeurs morales d'*une* famille (ou plutôt d'un clan) de médecins, non de l'ensemble des praticiens exerçant à l'époque de sa rédaction. De fait, Hippocrate appartenait à la famille des Asclépiades, laquelle disait descendre d'Asclépios (ou Esculape, pour les Latins), dieu de la médecine! Voici de quoi relativiser le caractère « universel » du texte.

La deuxième partie du serment définit les obligations des médecins vis-à-vis des malades.

Jamais je ne remettrai du poison a été longtemps compris comme une prohibition de l'euthanasie ou du suicide assisté et *Je ne remettrai pas à une femme d'ovules abortifs* comme une condamnation de l'avortement. Or, dans l'Antiquité grecque,

---

5. http://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates

le suicide était considéré comme une erreur mais non comme un crime (ce n'était pas le « péché » qu'y voit le catholicisme) ; par ailleurs, dans d'autres textes attribués à Hippocrate, on lit que l'avortement était couramment pratiqué par les sages-femmes, à qui les médecins devaient, en cas de besoin, prêter assistance. L'une et l'autre pratiques étaient en revanche rejetées pour des raisons morales par les Pythagoriciens, qui sont donc plus susceptibles qu'Hippocrate ou ses disciples directs d'avoir introduit ces interdits dans le serment. Il faut également se rappeler que les femmes étaient soumises à la volonté des hommes pour toutes les décisions les concernant. Ne pas remettre d'ovules abortifs *à une femme* ne voulait donc pas nécessairement dire qu'on ne les remettrait pas à son mari… De même, le rejet de la chirurgie (*Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent*) est étrange quand on sait que le « corpus » hippocratique (ensemble des textes attribués à Hippocrate) décrit maintes interventions chirurgicales ; on le comprend mieux quand on sait que les Pythagoriciens méprisaient la chirurgie et recommandaient les régimes, que d'ailleurs le serment mentionne avant tout autre traitement. En outre, l'opposition entre médecins et chirurgiens met à mal une nouvelle fois le caractère « universel » du serment en disant explicitement qu'il est l'expression d'une école parmi d'autres.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que la valeur « exemplaire » d'un texte de l'Antiquité est toujours sujette à caution. Les versions les plus anciennes ne sont jamais des originaux, mais des copies-de-transcription, moyen relativement récent par lequel on s'est mis à recueillir et diffuser des textes transmis et transformés pendant des siècles par voie orale. Le « serment d'Hippocrate » nous est parvenu parce que certaines de ces copies ont été conservées. Mais celles dont nous

disposons sont probablement des énièmes versions remaniées, refondues, réécrites, voire réinventées : on retrouve les termes mêmes du serment dans des manuscrits chrétiens du Moyen Âge au début desquels le Christ tient la place des dieux grecs. On sait qu'à la même époque (et parfois bien plus tôt) les médecins de l'Égypte ancienne, des Hébreux ou de Chine obéissaient à des préceptes différents mais leurs textes n'ont pas été conservés ou restent inaccessibles faute de traduction. La transmission de ce serment ne prouve donc nullement que tous les praticiens de son époque obéissaient à ses préceptes, il indique simplement que ce texte fut adopté et transmis par les forces politiques et religieuses dominantes, ce qui lui a permis d'être conservé et de nous parvenir. Si le christianisme (qui contrôla la médecine pendant de nombreux siècles) avait, en lieu et place du serment d'Hippocrate, choisi de retenir, par exemple, la prière attribuée à Maïmonide[6], médecin juif qui vécut et exerça à Cordoue et au Caire au XII^e^ siècle de notre ère, c'est celle-là que l'on déclamerait aujourd'hui. Aurait-elle, pour autant, valeur universelle ?

Aujourd'hui, il est raisonnable de considérer le serment d'Hippocrate avant tout comme un document historique, et non comme un texte sacré auquel les médecins seraient toujours restés fidèles.

Dans son livre *Bad Medicine*, David Wooton rappelle par ailleurs que tous les textes d'Hippocrate n'ont pas été traités de la même manière. L'un de ses traités décrit en effet en détail des méthodes destinées à immobiliser ou réduire les fractures. Pourtant, les écoles médicales qui ont suivi Hippocrate ont souvent délaissé ces techniques (efficaces selon les critères

6. www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_mamonide.html

d'aujourd'hui) et leur ont préféré la saignée et la cautérisation par le feu, qui l'étaient beaucoup moins…

Le poids des dogmes

Pendant la plus grande partie de l'histoire humaine, la pratique médicale s'est fondée essentiellement sur des pratiques magiques (divination, invocations, sacrifices et offrandes), des savoirs traditionnels (cueillette des plantes, fabrication de décoctions et d'onguents), et des erreurs d'appréciation. Prenez la pratique médicale la plus durable de l'histoire humaine, à savoir : la saignée[7]. Déjà pratiquée par les Égyptiens, elle est décrite et recommandée par Hippocrate parmi d'autres méthodes mais devient prépondérante au IIe siècle de notre ère sous l'influence de Galien, praticien grec qui acquit sa réputation en devenant le médecin de plusieurs empereurs romains. Pendant près de dix-sept siècles, elle restera la thérapeutique la plus couramment pratiquée en Occident… et la cause de nombreux décès. La fatigue entraînée par une première saignée incitait en effet les médecins à recommencer. On saignait en incisant une veine ou en posant des sangsues – méthode qui eut beaucoup de succès en France au milieu du XIXe siècle. Il fallut attendre l'ère pasteurienne pour que la communauté médicale remette en cause cette pratique millénaire, à laquelle on doit probablement la mort d'un nombre incalculable de malades – et de bien portants, car on saignait aussi les femmes enceintes.

Dans *Bad Medicine,* David Wooton montre que les progrès du savoir ne se sont pas accompagnés, simultanément, de progrès thérapeutiques. En réalité, depuis la défense

7. Greensone, Gerry. « The history of bloodletting » *BCMJ*, vol. 52, nº 1, janvier-février 2010, p. 12-14.

inconditionnelle de la saignée, en passant par le rejet de l'anesthésie et des théories pasteuriennes, jusqu'à la toute récente découverte que l'ulcère du duodénum est provoqué par des bactéries (et peut être soigné par antibiotiques), les institutions médicales de tous pays semblent avoir constamment préféré les dogmes et théories installés depuis toujours à une approche scientifique, expérimentale et critique, des maladies et des traitements.

C'est au nom de ces mêmes dogmes – et avec la certitude que leur fonction les dotait d'une autorité morale – que des médecins de tous les pays du monde se sont, jusqu'à une période extrêmement récente, cru autorisés à expérimenter sur des « cobayes » humains.

Code de Nuremberg et Déclaration d'Helsinki

En Occident, avant la Seconde Guerre mondiale, l'éthique médicale était définie et énoncée par les médecins eux-mêmes. Les praticiens occidentaux avaient élaboré des règles déontologiques qui variaient grandement d'un pays et d'une culture à une autre. Ces règles n'empêchèrent pas médecins, institutions et États de pratiquer – sous prétexte d'avancement de la science – des expérimentations arbitraires sur des personnes non consentantes, en temps de paix comme en temps de guerre.

En 1947, avant même le verdict du procès tenu contre 23 médecins et hauts dignitaires nazis accusés d'avoir procédé à des expérimentations médicales, le Code de Nuremberg énumère une dizaine de principes qui devront désormais régir toutes les expérimentations médicales sur les êtres humains. Le premier de ces principes, incontournable, est l'obtention du consentement de la personne soumise à l'expérimentation.

En 1964, l'Association Médicale Mondiale adopte à Helsinki une déclaration de « principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains ». (Cette déclaration a été régulièrement révisée et sa dernière version remonte à octobre 2013[8].)

Même si les médecins nazis sont à juste titre cités comme le pire exemple de manquement à l'éthique, il s'en faut de beaucoup que les praticiens d'autres pays soient blancs comme neige. Au XX^e siècle, avant et après Nuremberg, les médecins américains, en particulier, ne se sont pas privés d'observer (sans les traiter) l'évolution ou la transmission de maladies infectieuses comme la syphilis dans la population noire au cours de la « Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male[9] » ou la toxicité de certains produits chimiques comme la dioxine sur des prisonniers en Pennsylvanie[10]. En 1966, dans le très respectable *New England Journal of Medicine,* un anesthésiste américain, le Dr Henry Beecher énuméra vingt-deux expériences médicales dûment publiées au cours desquelles des patients avaient été soumis à des substances ou des procédures sans aucun profit pour eux. Les patients n'avaient pas, bien entendu, été informés ou invités à donner leur consentement. La publication de cet article eut des conséquences importantes puisqu'elle stimula l'élaboration des codes d'éthique de la recherche en Amérique du Nord.

---

8. http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/b3/

9. Reverby, Susan. *Examining Tuskegee : The Infamous Syphilis Study and its Legacy*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2009.

10. Hormblum, Allen M. *Acres of Skin : Human Experiments at Holmesburg Prison*, Londres, Routledge, 1998.

Naissance de la bioéthique

Parallèlement à l'élaboration de codes protégeant les patients soumis à des expérimentations ou à des études (ce qu'on appelle aujourd'hui les « essais cliniques »), la participation active des biologistes, des philosophes, des historiens, des sociologues permit que l'éthique médicale cède progressivement la place à la bioéthique, approche multidisciplinaire de l'ensemble des dilemmes moraux soulevés par les questions de santé. La bioéthique est un domaine extrêmement vaste, qui porte sur des domaines aussi divers que les relations entre médecins et patients, les techniques de procréation médicalement assistés, les effets de la pollution sur la biosphère, les applications du génie génétique et bien d'autres.

Les principales approches de la bioéthique sont le « principisme » décrit par Beauchamp et Childress dans leur *Principles of Biomedical Ethics,* et le modèle casuistique et « contextualiste » décrit par Jonsen *et al.* dans *Clinical Ethics*. Ces approches visent à guider non seulement la pratique des professionnels de première ligne, mais aussi les politiques de santé nationales, les expérimentations sur des volontaires en bonne santé, les essais thérapeutiques sur des personnes malades et, plus généralement, à examiner tous les dilemmes moraux soulevés par l'introduction de nouvelles techniques diagnostiques ou thérapeutiques touchant à la vie. Dans les pages qui suivent, je parlerai de ces principes essentiellement dans le cadre de ce que l'on nomme l'éthique *clinique*, qui porte sur les relations directes et personnelles entre soignants et soignés.

Pour Beauchamp et Childress, les principes fondamentaux de la bioéthique sont au nombre de quatre :

- le principe d'autonomie impose de faciliter et de soutenir les décisions prises par le patient concernant sa santé, en lui donnant accès à toutes les informations nécessaires ;
- le principe de bienfaisance exige que le soignant agisse toujours dans le meilleur intérêt du patient ;
- le principe de non-malfaisance insiste sur une idée déjà clairement énoncée il y a 2400 ans dans le corpus hippocratique : « D'abord, ne pas nuire » et impose, de ce fait, de se maintenir constamment à jour des connaissances scientifiques – il faut bien connaître les procédures diagnostiques et thérapeutiques pour en prévenir les effets dangereux ;
- le principe de justice veut que l'on prodigue équitablement à tous les patients, sans distinction ni réserve, des soins appropriés en fonction de leurs besoins.

Ces quatre principes élémentaires, trop rarement évoqués dans les facultés de médecine, et encore plus rarement dans les services de CHU de France, sont reconnus par l'ensemble de la communauté internationale des bioéthiciens. Ils ne demandent pas de formation philosophique approfondie pour être compris ou mis en œuvre. Ces principes sont d'ailleurs clairement énoncés dans le code de déontologie des médecins français[11], inclus dans le Code de la santé publique (CSP) et dans le code de déontologie des médecins du Québec (CDQ[12]). Il serait trop long de procéder à une étude comparée mais j'aimerais souligner quelques différences marquantes :

11. http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915
12. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM

Le principe d'autonomie ne devrait pas être sujet à interprétation : il exige qu'en tout temps, et à tous égards, le médecin respecte le patient. Et en particulier, sa liberté.

Le CDQ est explicite :

> 4. « Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne. »

Dans le CSP, le mot « liberté » n'apparaît jamais en regard du mot « patient ». Il apparaît dans l'expression « liberté de prescription » (du médecin) et au sujet des détenus (personne « privée de liberté »). Les mots « libre » et « librement » apparaissent quatre fois pour parler des actions du médecin (liberté de prescription, de soigner gratuitement…). La seule liberté que le CSP mentionne pour le patient, à quatre reprises, c'est celle du « libre choix »… du médecin qui va le soigner. C'est maigre.

Pour en finir avec la « dignité »

Jusqu'ici, je n'ai pas utilisé le mot « dignité » et, après m'être exprimé sur le sujet, je ne l'utiliserai plus dans le reste de ce livre.

L'expression « dignité du patient » est souvent utilisée pour qualifier les soins en fin de vie. Le mot « dignité » est, malheureusement, très ambigu. Théologiens, idéologues et philosophes sont loin d'être tous d'accord sur la manière de le définir. Certains l'emploient pour désigner l'autonomie de l'individu, comme synonyme de la liberté de choisir comment mourir. D'autres l'emploient plutôt pour désigner le caractère « sacré » de la vie humaine (c'est ce que suggère l'article du CSP cité plus haut), pour suggérer ou affirmer que le respect de cette dignité interdit qu'on laisse ou qu'on aide à mourir.

Devant l'expression « dignité du patient », je m'interroge : à qui appartient-il de définir ce qui est digne et ce qui ne l'est pas ?

À mon humble avis, nul autre que le patient lui-même ne peut dire que les soins qu'il reçoit respectent (ou non) sa « dignité » ; car ce qui paraît « digne » aux autres peut parfaitement ne pas l'être à ses yeux. En revanche, toute personne peut dire si un patient est traité de manière indigne (non respectueuse) – il suffit qu'elle se mette à sa place.

Il en résulte que les professionnels de santé ne peuvent pas « décréter » la dignité d'un patient (ou des soins qu'ils lui délivrent). Ils peuvent seulement (et c'est loin d'être négligeable) faire tout leur possible pour que les soins qu'ils prodiguent ne soient pas perçus comme indignes par le patient, sa famille et eux-mêmes[13]. Ils le feront d'autant plus sûrement qu'ils demanderont explicitement au premier intéressé (ou lui auront demandé au préalable) de définir ce qui est digne ou indigne à ses yeux.

Le principe de non-malfaisance est un principe général vieux comme le monde, dont le CSP et le CDQ détaillent de nombreux aspects, à commencer par l'obligation pour le médecin de respecter les lois – comme tout citoyen.

En revanche, la notion d'abus (de malfaisance délibérée) n'est pas clairement précisée dans le CSP. Les termes « abus de confiance » et « abus de pouvoir » n'y apparaissent jamais. Le mot « abus » n'apparaît pas avant l'article R.4127-27, et seulement pour parler d'abus de cotation (donc, de demande d'honoraires inappropriée).

Singulièrement, les médecins québécois ont conscience (et énoncent clairement) des risques dont les médecins (et

13. Sur ce sujet, voir l'éclairant article de Peter Allmark, « Death with Dignity », *Journal of Medecine Ethics 2002*, nº 28, p. 255-257.

le Code de la santé) français semblent ignorer l'existence, puisqu'ils ne les nomment pas. En effet, dans le code de déontologie des médecins du Québec, un article soulève très précisément la notion d'abus.

> Art 22. Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services. Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

Dans le code de déontologie français, le mot « sexuel » n'est jamais mentionné.

Ces deux différences singulières me paraissent très révélatrices du fossé qui sépare la France et le Québec en matière d'obligations des médecins. Il me semble cependant qu'elles sont aussi l'expression d'une conception très différente de la société. Au Canada (et au Québec) la Loi constitutionnelle de 1982 comprend deux parties majeures. La première est la *Charte canadienne des droits et libertés,* qui énonce dans ses premiers articles les libertés fondamentales et les droits démocratiques de tous les citoyens. Constitutionnellement, *cette charte prime sur toute loi et toute action gouvernementale au Canada.* Dans l'article 4 du CDQ, cité plus haut, le mot « liberté » renvoie sans ambiguïté à la Charte.

En France, la Constitution de la cinquième République de 1958 est essentiellement un texte définissant la structure de l'État. La Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen de 1789, dont l'article 1 stipule : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits » n'apparaît qu'après la Constitution, en annexe…

Probité et loyauté

La probité, c'est l'intégrité, la droiture, le fait de respecter autrui. Le mot est cité une fois dans le CSP, avec la même acception que dans le serment d'Hippocrate.

« Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. » (Art. R.4127-3 du CSP – France)

Il dicte, au fond, que le médecin doit veiller à être, moralement, apte à pratiquer la médecine. C'est plutôt vague, et cela présuppose que tout le monde est d'accord avec ce que sont moralité, probité et dévouement.

Le mot probité n'apparaît pas dans le CDQ, il y est remplacé par son synonyme « intégrité ». Un autre mot en revanche y occupe une place importante.

> Art. 5 (CD du Québec) Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté.
>
> Art. 63 (CD du Québec). « Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées. »

La loyauté, c'est la fidélité aux engagements. Elle n'apparaît nulle part dans le CSP. Le mot « loyale » apparaît une fois :

> Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. (Art. R.4127-35 du CSP).

J'ai souligné précédemment l'importance de la loyauté dans la relation médecin-patient. Cette loyauté ne consiste pas à honorer seulement des obligations réglementaires *mais aussi, très spécifiquement, le contrat moral qui lie le professionnel au patient*. La loyauté n'est pas facultative : elle est consubstantielle à toute relation de soin.

Les conflits d'intérêts des médecins

Un conflit d'intérêts, c'est une situation dans laquelle le comportement professionnel (ou, du moins, attendu) est remis en cause par l'intérêt personnel. L'exemple le plus simple est celui du juge à qui on demande de siéger au procès d'une personne qu'il connaît. Ayant des liens avec l'accusé, il ne peut pas être impartial, et doit se récuser.

Quand on parle de conflits d'intérêts en ce qui concerne les médecins, on pense d'abord à l'intérêt financier. Les codes de déontologie mentionnent d'ailleurs clairement la nécessité pour les médecins de ne pas aliéner leur liberté. C'est particulièrement vrai pour ce qui va de leurs relations avec l'industrie. Comment, en effet, un médecin pourrait-il avoir une opinion *objective* sur des traitements (médicamenteux ou chirurgicaux) ou des produits de santé lorsqu'il est rémunéré par leurs fabricants ?

La recherche en médecine (en particulier les essais sur les médicaments) vise à écarter les effets de l'influence personnelle (de l'effet placebo) sur les patients à qui l'on administre un produit. À cet effet, on procède à ce que l'on appelle des essais en « double insu contre placebo ». On administre à un groupe de patients le médicament qu'on veut tester, et à un autre groupe, de composition similaire, un placebo. Le « double insu » réside dans le fait que ni les patients ni les

médecins ne savent quel groupe reçoit le médicament actif. Pourquoi ? Parce que le fait de *savoir* qu'on administre un médicament actif (ou qu'on le reçoit) renforce l'effet placebo – donc, l'« effet médecin ».

Cet « effet médecin » existe aussi *entre* professionnels. Plus un médecin est renommé, plus ses conseils et prescriptions sont suivis. C'est bien pourquoi les industriels associent à la promotion de leurs médicaments ou aux conférences qu'ils organisent des médecins renommés dont la présence est gage de crédibilité et/ou de rigueur scientifique.

En associant l'image d'un médecin réputé à la promotion de ses produits, l'industriel utilise ainsi son « effet médecin » sur les prescripteurs éventuels et, bien entendu, sur leurs patients. Même si cet effet médecin (ou placebo) est de courte durée, il suffit à convaincre médecins et patients que ce médicament est efficace, et à multiplier les prescriptions – donc, les ventes.

Le conflit d'intérêts est donc clair : chaque fois qu'un médecin entre en contact contractuel (financier ou non) avec un industriel, il lui sert (consciemment ou non) de prescripteur. Il n'agit plus dans l'intérêt du patient (qui exigerait du médecin qu'il garde son indépendance intellectuelle et relationnelle), mais dans celui de l'industriel.

Ce conflit d'intérêts en entraîne d'autres, plus profonds encore.

Comme nous l'avons expliqué au début de ce livre, notre empathie va d'abord à nos proches. Être professionnel de santé est un métier prenant, coûteux en temps et en énergie. Soigner des étrangers en risquant de négliger ses proches est un dilemme constant. Par conséquent, lorsqu'il reçoit une proposition susceptible d'améliorer ses relations familiales (ou de minimiser les sacrifices qu'il leur impose), le médecin

sera tenté de l'accepter, même si elle entre en contradiction avec son engagement professionnel.

La perspective de donner une conférence, surtout si elle ne mentionne aucun médicament, peut sembler anodine car les avantages sont multiples : un déplacement à l'étranger (accompagné par le conjoint) dans un lieu de villégiature ; la gratification d'être mis en valeur comme « expert » ; une occasion de rencontre et d'échanges avec d'autres « experts » ; la perspective d'un perfectionnement personnel des connaissances ; celle de retombées à long terme en matière de publication ou de notoriété, etc. sont des récompenses réelles et désirables, *en dehors même de toute rémunération.*

Conflit de loyautés : la confraternité

D'autres conflits d'intérêts cachés, non matériels (ou qui ne le sont qu'indirectement) sont susceptibles de perturber grandement l'exercice professionnel.

L'un des plus délicats de ces conflits de loyauté est lié à la fidélité implicite que le médecin est censé vouer à son corps professionnel. L'ensemble des règles écrites (dans les codes de déontologie), mais aussi non dites (et qui varient selon les cultures) régissant cette loyauté est généralement qualifié de « confraternité ». Il est bien entendu parfaitement normal que les médecins se viennent mutuellement en aide en cas de besoin. C'est même le moins que l'on puisse attendre de la part de *professionnels* de l'entraide ! Ce qui pose problème, c'est que la confraternité passe *avant* la loyauté à l'égard des patients.

Il n'est pas scandaleux d'attendre qu'un médecin agisse constamment en soutien du patient ou (s'il ne désire pas le soutenir) puisse mettre fin à la relation librement, mais

qu'il ne prenne *jamais* le parti des autres médecins *contre* le patient, et ne détourne jamais la tête lorsqu'il a le sentiment qu'un patient fait l'objet de maltraitances de la part d'autres professionnels de santé. On pourrait s'attendre que ce soit une norme de conduite, et prévoir qu'en cas de dilemme insoluble (ce qui est toujours possible), le médecin ait toute latitude pour demander un arbitrage à une autorité indépendante.

Au Québec, le CDQ stipule à son article 119 :

> Le médecin doit signaler au Collège tout médecin, étudiant, résident ou moniteur en médecine ou toute personne autorisée à exercer la médecine qu'il croit inapte à l'exercice, incompétent, malhonnête ou ayant posé des actes en contravention des dispositions du Code des professions (chapitre C-26), de la Loi médicale (chapitre M-9) ou des réglements adoptés en vertu de ceux-ci.
>
> Le médecin doit en outre chercher à venir en aide à un collègue présentant un problème de santé susceptible de porter atteinte à la qualité de son exercice.

Le code de déontologie français, en revanche, consacre de nombreux articles à souligner les obligations des médecins envers leurs confrères. Il ne mentionne pas l'obligation pour le médecin de dénoncer les comportements inappropriés d'autres professionnels de santé.

D'autres codes de conduite ou de déontologie européens le font pourtant, explicitement. Ainsi, le code du General Medical Council, autorité de tutelle et de réglementation des médecins britanniques, stipule dans son article 59 :

> *You must not unfairly discriminate against patients or colleagues by allowing your personal views to affect your professional relationships or the treatment you provide or arrange.* You should challenge colleagues if their behaviour does not comply with

> this guidance, *and follow* [specific guidance] *if the behaviour amounts to abuse or denial of a patient's or colleague's rights*[14].

Ce qui est explicite, et éclairant, dans cet article, c'est que pour les Britanniques, professionnels et patients sont des égaux qui méritent la même loyauté de la part d'un médecin, et qu'il est du devoir d'un médecin de s'opposer à ses confrères s'ils ne remplissent pas leurs obligations.

En Suède, le code de conduite des professionnels de santé[15] énonce, dès ses premières pages, les mesures à prendre en cas d'abus.

Enfin, le code d'éthique de l'Association mondiale des médecins (AMM) [16] stipule aussi :

> Le médecin devra : être honnête avec ses patients et ses collègues et signaler aux autorités compétentes les médecins dont la pratique est dépourvue d'éthique et de compétences ou qui ont recours à la fraude et à la tromperie.

« D'accord, me dira-t-on. Mais il arrive aussi qu'un patient soit de mauvaise foi ! » Certes, mais ça n'autorise pas le médecin à le punir ou à le dénoncer, sauf dans les cas prévus par la loi – violences à enfants, par exemple, ou risque manifeste pour la sécurité d'autrui. On peut concevoir qu'un médecin refuse d'aider un patient à abuser de la confiance d'un autre médecin ; on ne peut pas, en revanche, accepter qu'un médecin laisse un autre professionnel abuser d'un ou des patients. Car s'il le fait, il rompt, de facto, le contrat de loyauté central à la relation de soin.

---

14. Voir : General Medical Council, Good Medical Practice. www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/treat_fairly.asp
15. www.swedish.org/media-files/documents/leadership-and-governance/code_ofconduct.aspx 2014
16. www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8/index.html

L'idée que la loyauté d'un professionnel devrait *d'abord* aller au citoyen, et non d'abord à ses confrères, n'a rien de révolutionnaire : elle dicte aussi que des policiers ou des enseignants, par exemple, se désolidarisent de ceux de leurs collègues qui abusent de leurs prérogatives aux dépens des personnes.

Parmi les médecins, ce risque est cependant omniprésent, dès le début des études. On devient médecin par émulation, imitation et admiration. Aux yeux d'un médecin en formation, la parole des maîtres est un repère incontournable. Diverger de cette parole, c'est commettre une transgression potentiellement dangereuse. Même si *toutes* les paroles des aînés ne sont pas parole d'évangile, il faut beaucoup d'expérience – ou d'autres avis, tout aussi informés – pour s'en désolidariser. Et au risque d'être dangereux pour le patient s'ajoute celui, implicite, mais non moins menaçant pour le praticien, de se voir désavoué par la profession tout entière. On comprend ce que ce conflit de loyautés peut avoir de pervers : pour être un bon professionnel, le médecin en formation doit se laisser guider par ses maîtres ; mais que faire si ce que lui enseignent ses maîtres est contraire aux principes qu'il est censé respecter ?

Lors d'une visite à la faculté de médecine de l'Université libre d'Amsterdam, j'ai eu l'occasion d'assister à une rencontre entre résidents de médecine. L'un d'eux a mentionné, sans le nommer, le comportement problématique d'un médecin envers les patients du service auquel il était attaché. Le médecin superviseur lui a alors recommandé de faire état de ses observations par écrit, sous le sceau de la confidentialité. Il m'a ensuite expliqué qu'une enquête serait dûment diligentée auprès du service en question, de son personnel et de ses patients et que si les observations de l'étudiant étaient

confirmées, le médecin concerné serait convoqué et son comportement explicitement évoqué : ces procédures sont prévues dans la réglementation de la faculté de médecine. Je n'ai pas connaissance que les étudiants ont la même latitude dans les facultés de médecine françaises.

En résumé, tout professionnel de santé est le jouet de multiples dilemmes. Le premier est personnel : « Comment donner mon temps et mon énergie aux patients sans que cela me coûte plus que cela me gratifie ? » Le second est familial : « Comment me consacrer à mes patients sans que cela nuise à ma vie de famille ? » Le troisième est professionnel : « Comment concilier ma loyauté envers les patients avec ma loyauté envers mes collègues ? »

Principes et pragmatisme

Les quatre principes de la bioéthique ne sont ni hiérarchisés, ni exclusifs les uns des autres. Comme patients et soignants s'en rendent vite compte, ils sont parfois conflictuels, en particulier au sein des institutions : ainsi, le désir de traiter (bienfaisance) qui anime les soignants peut entrer en conflit avec le choix du patient de ne pas être traité (autonomie) ou de refuser le traitement proposé ; la délivrance des soins à tous (justice) est souvent contrariée par la nécessité de traiter en priorité les urgences sans léser les patients en attente (non-malfaisance) ; etc.

Pour apporter des éléments d'arbitrage, l'éthique clinique de Jonsen *et al*. croise de manière pragmatique les éléments du principisme avec des considérations concrètes : préférences des patients, qualité de vie ou éléments contextuels susceptibles d'influencer l'exercice médical – situation de santé publique, enseignement, autorités religieuses, etc. Les

conseillers en éthique clinique ne cherchent pas à donner « la bonne réponse » devant un dilemme donné, mais à proposer aux personnes concernées (soignants et patients) les éléments d'analyse qui éclaireront et faciliteront leur décision. Parfois, il n'y a pas de solution parfaitement « éthique », mais l'une des attitudes proposées est moins problématique que les autres. Ce faisant, les bioéthiciens se comportent avec les équipes médicales comme celles-ci devraient se comporter avec les patients : en leur donnant le plus grand nombre possible d'éléments pertinents, pour qu'elles prennent une décision. Les bioéthiciens ne se substituent pas aux médecins et aux patients, ils sont leurs « pilotes moraux » face aux dilemmes éthiques.

En 2014, et depuis trois décennies au moins, les étudiants et médecins anglo-saxons mais aussi les Québécois, les Scandinaves, les Hollandais, les Belges et les Suisses sont ainsi couramment exposés à une réflexion éthique approfondie et en constante évolution, parallèle aux changements sociaux. Et cette réflexion ne reste pas cantonnée à des postures de principe : elle a des incidences concrètes sur les moyens dont se dotent les médecins.

En 2004, j'ai eu l'honneur de m'exprimer devant le congrès américano-canadien de bioéthique qui se tenait à Montréal. Quelques semaines plus tard, le médecin et bioéthicien qui m'avait invité à m'adresser à ses confrères m'a accueilli chez lui. John Lantos est pédiatre et dirige aujourd'hui le Children's Mercy Bioethics Center à Kansas City. À l'époque où je lui ai rendu visite, il exerçait à Chicago. Au cours de la soirée que nous passions ensemble, son *pager* a vibré. Après l'avoir consulté, John s'est excusé pour passer un coup de téléphone. Après une demi-heure de conversation, il m'a expliqué que l'un de ses confrères, chirurgien, lui

avait demandé conseil devant le dilemme moral suscité par l'intervention qu'il venait de pratiquer. Je lui ai demandé si ce chirurgien était l'un de ses amis. « Non, je ne le connais pas, m'a-t-il répondu. Mais ce soir, je suis l'éthicien de garde… »

Vérité d'un côté de l'Atlantique, erreur de l'autre

Contrairement à l'éthique médicale pré-Nuremberg, pour qui les décisions face à un dilemme moral étaient laissées à la seule appréciation des médecins, les principes de la bioéthique moderne soulignent d'emblée l'obligation pour les professionnels de santé – les médecins, en particulier – de respecter le corps, les émotions, les valeurs et les décisions du patient, *lors de tout geste de soin*. Cette approche, généralisée dans les propos et la formation des médecins dans les pays anglo-saxons, en Scandinavie, aux Pays-Bas et au Bénélux, ne l'est pas du tout en France, où l'autonomie du patient est loin de faire partie des principes éthiques et où le médecin est encore présumé être la seule personne habilitée à prendre les décisions.

En 2014, à l'Université de Montréal, la réforme des études de médecine prévoit de faire collaborer les patients à la formation des médecins ; en France, on est encore focalisé sur une « éducation thérapeutique » destinée à améliorer l'observance des traitements (traduire : l'obéissance aux prescriptions). À l'Université de Sherbrooke (Québec) les étudiants en médecine apprennent à faire les *pap test* (frottis de dépistage du cancer du col) et le dépistage des infections sexuellement transmissibles à des patientes volontaires, protégées par des engagements écrits tout à fait officiels ; en France, les étudiants se voient recommander officieusement par les médecins hospitaliers d'apprendre à pratiquer les examens gynécolo-

giques au bloc opératoire sur des patientes endormies, à leur insu. Tandis qu'aux Pays-Bas, en Scandinavie ou au Québec, les femmes enceintes peuvent choisir d'être suivies et accouchées par des sages-femmes à domicile ou dans des maisons de naissance (conformément à l'état actuel des connaissances scientifiques, tel qu'en faisait état pendant l'été 2014 la très sérieuse revue médicale britannique *The Lancet*[17]), en France, les gynécologues-obstétriciens s'opposent farouchement aux naissances à domicile et refusent aux sages-femmes le statut de praticien hospitalier, qu'elles assument pourtant de fait.

Dans les pages qui suivent, je vais me pencher sur l'histoire ancienne et récente du monde médical français, à l'aune de la réflexion éthique plus développée dans d'autres pays. Mais qu'on ne s'y trompe pas. Les manquements à l'éthique existent partout. Et partout, des praticiens et des patients les combattent et tentent d'instaurer des relations de soin respectueuses de toutes et de tous. Mon propos ne vise pas simplement à dénoncer, mais surtout à mettre au jour des mécanismes et des comportements qui n'ont rien d'inévitable, ni d'irréversible. Si la réflexion éthique et le comportement des médecins a pu progresser dans d'autres pays dans le sens d'un plus grand respect des patients et d'une meilleure qualité des relations de soin, rien n'interdit que les mêmes progrès prennent place en France.

17. http://www.midwife.org/The-Lancet-Series-on-Midwifery

IV

Plus docteurs que soignants : le « cas » des hospitalo-universitaires français

Dans les pages qui suivent, je vais tenir des propos sévères, voire violents, à l'égard du corps médical français, et en particulier de certains de ses hospitalo-universitaires. Ces propos ne sont pas gratuits, mais motivés par les préoccupations exprimées dans les pages précédentes, et d'abord par celle-ci : lorsque les membres d'une institution prétendent soigner et former d'autres professionnels de santé, ils devraient avoir à cœur de respecter les principes éthiques reconnus par la communauté internationale et, dans le souci, *d'abord, de ne pas nuire* (qui figurait déjà dans le corpus hippocratique), éviter de décerner le diplôme de médecin à des personnes susceptibles de maltraiter les patients. Or, le mode de pensée et la hiérarchisation du monde hospitalo-universitaire – et, en conséquence, de tout le système de santé français – favorisent l'ascension d'individus dénués du moindre souci de l'autre, en même temps qu'ils musèlent, écrasent ou marginalisent les professionnels altruistes.

Je ne cherche pas ici à pointer du doigt des individus qui, si malfaisants soient-ils, ne sont que des profiteurs ou

des pions, mais le système qui leur permet de s'épanouir en toute impunité.

Par ailleurs, que les choses soient bien claires : je ne pense pas que « tous les médecins français sont des crapules » ; en France comme dans d'autres pays, nombreux sont les praticiens intègres et bienveillants qui exercent au profit des patients. La perception générale du public n'en est pas moins que les médecins « font corps » – même si ce n'est pas le cas de tous. Dans la mesure où elle est très répandue dans la population, cette perception ne peut pas être balayée de la main. Je vais m'efforcer de la détailler, et de suggérer quelques éléments d'explication.

Par ailleurs, même si nombre de professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes…) défendent des idées similaires aux miennes, je ne parle ici qu'en mon nom propre. J'ai la chance de pouvoir m'exprimer librement et d'être publié, mais ma voix ne vaut pas plus que celle d'un.e autre. Qu'on ne la prenne donc pas pour autre chose que ce qu'elle est : la voix d'un citoyen, non celle d'un porte-parole ou d'une « autorité ».

Enfin, il me faut faire un sort à la phrase que j'entends souvent après avoir émis des critiques sur le comportement de certains médecins français : « Bon, mais est-ce que vous pratiquez *encore* la médecine ? »

À l'époque où je suis devenu un écrivain-médecin connu et où j'ai donc commencé à m'exprimer publiquement, c'était plutôt : « Vous êtes médecin ? Vraiment ? Et vous exercez ? Ah oui, *seulement à temps partiel !* »

Les deux formulations sont équivalentes. Elles signifient : « De quel droit nous critiquez-vous, alors que vous n'êtes pas (ou plus) des nôtres ? Vous ne savez pas en quoi consiste notre travail ! Vous n'avez pas le droit de nous juger ! Vous n'êtes pas un *vrai* médecin. »

L'objectif de ces reproches est clair : il est de disqualifier mes interpellations, au prétexte que mon activité professionnelle serait « insuffisante » pour que je sois crédible. Les personnes qui me les adressent oublient seulement une chose : pour s'élever contre le comportement des institutions médicales ou de certains de leurs membres, *il n'est pas nécessaire d'être médecin*. Pas plus qu'il n'est nécessaire d'être politicien, policier, avocat ou militaire pour énoncer des critiques vis-à-vis de ces figures d'autorité – ou des institutions qu'ils représentent. Dans un pays qui se dit démocratique, lorsqu'une profession est réputée répondre aux besoins de la population, tout citoyen est en droit de critiquer le comportement inacceptable de ses membres. Pour ma part, ce n'est jamais en « confrère » que je m'exprime pour adresser mes critiques, mais bien en citoyen – c'est-à-dire en tant que parent, conjoint, ami, fils, frère de patients, et patient lui-même. Ma « légitimité » n'est pas plus discutable qu'elle ne le serait si je posais des questions embarrassantes au conseil municipal de ma ville.

En revanche, la violence avec laquelle certains médecins s'efforcent de faire taire ou de traiter par le mépris toute critique, qu'elle vienne de l'intérieur ou de l'extérieur de la profession, en dit long sur leur absence de sens démocratique.

Réglons enfin le sort d'une objection que j'ai fréquemment entendue à la publication d'articles ou de livres : « Les médecins sont très maltraités par les pouvoirs publics en France. Pourquoi les diabolisez-vous ? »

Ici encore, l'argument ne tient pas : toute la profession ne souffre pas de la politique de santé française ; ceux qui en souffrent le plus sont les professionnels de santé de terrain : les médecins généralistes de quartier et de zones rurales, les médecins étrangers exploités par les hôpitaux régionaux ; les infirmières et les sages-femmes, etc. Les spécialistes de

ville et les hospitalo-universitaires vont très bien, je vous remercie. Les plus éminents contribuent, par leur conseil et leur soutien, aux manœuvres respectives de désinformation et d'intoxication de tous les gouvernements et des multinationales du médicament. Ce reproche n'est donc pas seulement faux, il est indécent. Ce n'est pas à tous les membres du corps médical que je m'attaque, mais à son idéologie dominante et à ceux qui, à tous les étages de la pyramide professionnelle, la défendent et la mettent en œuvre.

Une profession sacrée

De tout temps, dans tous les groupes humains, des individus ont eu pour fonction principale de soigner les autres, en dehors de leur propre cercle familial. Shaman, homme ou femme-médecine, sorcier, guérisseuse, rebouteux, « toucheux », les termes ne manquent pas pour désigner ces soignants communautaires dotés d'un savoir, d'un savoir-faire ou d'aptitudes « spéciales », respectées et prisées par leur entourage.

Longtemps, diagnostic et soins furent intimement liés au surnaturel. Pour identifier la cause d'un mal, faute d'explications scientifiques, le shaman invoquait l'au-delà. Ce qui ne l'empêchait pas de proposer des traitements, parfois efficaces, connus de longue date. Ainsi, bien avant d'en comprendre les mécanismes, on savait que l'écorce de kina-kina et les décoctions de feuille de saule apaisaient la fièvre du paludisme et d'autres maladies infectieuses. La digitale et le pavot étaient récoltés et cultivés pour leurs propriétés respectives bien avant la naissance de l'industrie du médicament. Quant aux champignons hallucinogènes, les shamans les consommaient couramment pour provoquer les transes qui les « ouvraient » aux esprits tutélaires.

À mesure qu'ils se mettaient à envisager les maladies de manière plus empirique, les soignants se sont affranchis des explications surnaturelles et se sont mis à élaborer des répertoires, des hypothèses, des théories, des systèmes. Peu à peu, le savoir s'est écarté du sacré. En Occident, à l'époque d'Hippocrate, les praticiens ne sont plus prêtres. Au Moyen Âge, dans le monde méditerranéen, la médecine arabe et la médecine juive accumulent des corpus plus importants que ceux d'Hippocrate et des médecins de l'Antiquité. Mais au nord de la Méditerranée, le catholicisme a pris le contrôle de la médecine et, pendant des siècles, l'Église s'opposera systématiquement à la recherche médicale, par exemple en interdisant les dissections (et en contraignant de fait les anatomistes à examiner les cadavres des suppliciés pendant et après la torture), ce qui ralentira l'acquisition des connaissances en pathologie, mais aussi en thérapeutique.

À mesure que l'observation des maladies devient plus scientifique – c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur la confrontation des hypothèses à l'observation systématique –, les activités soignantes se professionnalisent. Tandis que les médecins posent des diagnostics et prescrivent saignées, régimes ou traitements plus ou moins éprouvés, les chirurgiens réparent et opèrent. Au Moyen Âge, l'Église catholique contraint cependant ces derniers à se cacher sous le métier de barbier, car les opérations sont interdites. Au XII^e^ siècle, en France, Jean Pitard, premier chirurgien des rois Saint-Louis, Philippe le Hardi et Philippe le Bel, crée la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien, et redéfinit les compétences respectives des chirurgiens et des barbiers. Les débuts de la formation médicale datent de la même époque : la plus ancienne école de médecine d'Europe fut créée à Salerne, en Campanie (Italie méridionale) au X^e^ siècle ; la plus ancienne faculté de médecine française à

Montpellier, à la fin du XII^e siècle. Mais, même s'ils acquièrent un savoir profane, les médecins restent intimement liés à la religion : jusqu'à l'avènement de l'imprimerie, c'est dans les institutions monastiques qu'on transcrit le savoir médical ou qu'on le traduit – du grec, de l'hébreu, de l'arabe. C'est là aussi qu'on contrôle le contenu des textes, en supprimant ce qui est indésirable, ou en adoptant les notions qui renforcent les conceptions agréées par l'Église. En France, jusqu'à la Renaissance, les médecins seront presque tous des ecclésiastiques ; jusqu'à la Révolution, l'Église contrôle la profession médicale et, du même coup, permet à celle-ci de dominer toutes les autres professions soignantes.

Le schisme fondateur

En 1589, en France, le Huguenot Henri IV se convertit au catholicisme pour accéder au trône. Trente ans plus tôt, en 1559, Elizabeth I^re d'Angleterre a formalisé l'indépendance de l'Église anglicane par rapport à Rome. Elle l'a fait pour renforcer sa monarchie, mais, ce faisant, a permis l'éclosion d'un regard différent sur le monde. En Angleterre, sans le pape et le Vatican, Dieu n'a plus de chiens de garde. Dans le monde anglo-saxon, l'individu se retrouve seul face à sa conscience, et c'est d'abord à la société qu'il a des comptes à rendre. Tandis qu'en France, se révolter contre le roi, c'est toujours se révolter contre Dieu, en Angleterre, la monarchie n'est plus un droit divin. Le roi ne vaut pas plus que ses vassaux, et ceux-ci le comprennent vite. En 1689, cent ans avant la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, le Bill of Rights instaurera en Angleterre un parlement au sein duquel la liberté d'expression est totale et dont le roi ne peut contrôler ni les élections ni les débats.

Sans prétendre me substituer aux historiens, il me semble voir dans ce schisme majeur l'origine des percées intellectuelles considérables qu'opèrent par la suite les écrivains, les savants et les philosophes d'outre-Manche, puis d'outre-Atlantique. Mon sentiment est que, dans la culture anglo-saxonne, artistes, savants et philosophes sont depuis plus longtemps libres de penser sans risquer d'offenser Dieu (ou le roi) à tout bout de champ, et libres d'exprimer et d'échanger opinions et idées sans être persécutés par le pouvoir en place – ou par l'Église. Alors, ils ne s'en privent pas… et l'expression des idées s'en ressent, d'abord dans la littérature. Ainsi, dans son passionnant *The Shakespeare Thefts,* le critique et historien Éric Rasmussen rappelle que les *Folios,* premières éditions des pièces de Shakespeare publiées à partir de 1623, circulaient librement en Angleterre, mais étaient mis à l'index par l'Inquisition : un exemplaire du *Second Folio,* aujourd'hui conservé à la Folger Shakespeare Library (Washington, DC) fut mutilé et censuré sous l'autorité de Guillermo Sanchez, censeur du Saint-Office. En France, en 1664, l'archevêque de Paris menace Molière d'excommunication pour avoir représenté *Tartuffe…* Molière fut enterré dans une fosse commune ; Shakespeare, lui, avait eu droit à son monument funéraire.

La liberté d'expression anglo-saxonne est également perceptible dans les revendications sociales et politiques. Prenez le suffrage féminin : en Angleterre, le philosophe et parlementaire John Stuart Mill milite en sa faveur dès 1865 ; il sera voté en 1928. Au Canada, les femmes des provinces anglophones ont obtenu le droit de vote dès 1918. Aux États-Unis, le suffrage féminin fut inscrit dans le 19e amendement de la constitution en 1920, mais cela faisait déjà cinquante ans que les femmes votaient dans le Wyoming et dans de nombreux

États et villes de l'Ouest. Au Québec, où la religion catholique freinait des quatre fers, elles n'y ont accédé qu'en 1940. En France, elles ne l'ont obtenu qu'en 1944, en récompense de leur collaboration active à la Résistance – et grâce au soutien du Parti communiste.

La même différence se manifeste, de manière très prévisible, dans l'évolution de la profession infirmière. Aux États-Unis, à Philadelphie, une « Society of Nursing » laïque est créée en 1836. En Angleterre, la Britannique Florence Nightingale jette les bases de la profession infirmière dès 1860. En France, les infirmières restent issues de, et contrôlées par, les ordres religieux jusqu'à la fin du XIX^e^ siècle. Il faut attendre 1902 pour que la création d'écoles d'infirmières laïques soit obligatoire. En 2006, au congrès de l'Organisation internationale des infirmières et infirmiers de langue française (OIILF) à Montréal, l'une des organisatrices me faisait part de sa stupéfaction devant la situation de ses collègues françaises de l'APHP (Assistance publique des Hôpitaux de Paris), encore soumises aux diktats et aux caprices des mandarins hospitaliers : depuis plusieurs décennies, dans les hôpitaux du Québec, les cadres infirmiers organisent les soins en toute indépendance.

Si j'insiste ici sur la situation des femmes, ce n'est pas par hasard : elle reflète les différences profondes entre le corps médical français et les médecins anglo-saxons quand il s'agit des soins délivrés à la population féminine. Je reviendrai sur ce point dans la cinquième partie.

Une politique de privilèges

En Angleterre et en Amérique du Nord, pendant et après la Seconde Guerre mondiale, l'accroissement des connais-

sances et le développement exponentiel des innovations technologiques ont favorisé la pratique d'une médecine plus scientifique et plus efficace, mais aussi, nous l'avons vu, plus soucieuse de ses responsabilités morales. Dans la France de l'après-guerre, le corps médical a d'abord consolidé sa hiérarchie et ses privilèges.

Avant 1958, il existait en France deux hiérarchies médicales : les facultés de médecine, où la carrière des professeurs dépendait de l'Éducation nationale ; les hôpitaux, dont les médecins étaient recrutés par concours. Les uns et les autres exerçaient également dans des cabinets et des cliniques privés. La réforme instaurée en 1958 par le Pr Robert Debré, proche du Général de Gaulle, crée les CHU (centres hospitalo-universitaires), fusionne les hiérarchies des grands hôpitaux et des facultés de médecine et leur adjoint des centres de recherche. Elle crée aussi un corps de professeurs hospitaliers et universitaires plein temps (PU-PH), chargés d'assurer la triple responsabilité des soins, de l'enseignement et de la recherche. Les PU-PH reçoivent une double rémunération (en tant que médecin et en tant qu'enseignant) et, pour compenser le « manque à gagner » que représente l'obligation de travailler à temps plein à l'hôpital, on les autorise à donner des consultations privées (et à recevoir des honoraires libres) dans les locaux publics. Les chefs de service des CHU ont toute autorité sur les soignants, les enseignants et les chercheurs qui dépendent de leur secteur d'activité. Et, *de facto*, les médecins spécialistes assurent le contrôle absolu de la formation médicale.

Tous les médecins ne sont pas formés de la même manière : deux concours, externat et internat, établissent entre les étudiants une hiérarchie de statut et de formation. Les étudiants en médecine qui n'ont décroché aucun concours (ni l'externat

ni l'internat) font toutes leurs études sans voir un seul patient. L'externe, lui, entre à l'hôpital, mais reste un étudiant passif : il regarde, il écoute. L'interne, supervisé par les PU-PH, accueille les patients, les examine, prend des décisions ; bref, il exerce la médecine. Les places sont limitées et disputées, car un poste d'interne permet d'être rémunéré et de se former. Les externes qui en ont les moyens entreprennent un « certificat de spécialité » après la fin de leur formation. Mais la plupart ne peuvent devenir que médecins généralistes ou fonctionnaires. Longtemps, personne ne s'offusque de cette formation à trois vitesses.

Après les événements de mai 1968, chaque étudiant en médecine devient de droit externe, et peut être formé au lit du malade. Mais la sélection par concours de l'internat dure jusqu'en 2004, date à laquelle les postes d'internes deviennent accessibles à tous les étudiants… à la suite d'un « examen national classant », tout aussi élitiste que l'internat de naguère.

Avant 2004, les CHU recrutaient leurs internes via un processus stupéfiant : dans le but avoué de distinguer ceux qui savaient « allier la forme au fond », la copie de chaque candidat au concours de l'internat était *lue à haute voix* (!) à un jury de professeurs qui, le dos tourné (!!), la notaient « à l'oreille » (!!!). Typique des mécanismes décrits par Pierre Bourdieu et Jean-Claude Passeron en 1964 dans *Les Héritiers,* cette mascarade n'était rien moins qu'une sélection fondée sur le vocabulaire, trait caractéristique de l'appartenance sociale. Par choix – mais aussi parce que leurs aînés le leur suggéraient – les candidats au concours délaissaient les stages hospitaliers pour participer à des « conférences d'internat » payantes, dirigées par d'anciens lauréats du concours et uniquement destinées à leur enseigner la forme sous laquelle leur copie aurait le plus de chance de plaire.

Tous les internes ainsi « sélectionnés » s'accordent à dire que la préparation au concours ne leur a pas appris grand-chose (la liste et le contenu des questions d'internat restera immuable pendant plusieurs décennies, au mépris des progrès scientifiques), mais qu'elle visait essentiellement à tester leur détermination à s'engager dans la « voie royale » (c'est le terme consacré) : la carrière hospitalo-universitaire. Un interne remarqué par un chef de service peut devenir son « chef de clinique » et, pourquoi pas, s'inscrire sur la liste des maîtres de conférence agrégés et, plus tard, briguer un poste de chef de service. Le tout constitue un processus de « reproduction des élites » parfaitement rodé.

Une sélection sur des critères de classe

En 1971, l'instauration d'un *numérus clausus* en première année de médecine crée le processus de sélection le plus destructeur de l'histoire de l'éducation. Des centaines de candidats sont soumis, pendant une année et souvent deux, à un bachotage effréné. Au bout d'un an, quelques dizaines seulement sont admis à poursuivre le cursus ; les autres auront sué sang et haut en pure perte, car pendant longtemps, les efforts produits en première année de médecine n'ouvriront sur aucune autre filière.

En 1982, les choses s'aggravent : une réforme spécifie que seuls les internes recrutés par concours peuvent entreprendre une formation spécialisée. Il y aura donc deux catégories de médecins : ceux qui apprennent leur métier dans les hôpitaux universitaires, les plus dotés et les plus cotés, deviendront spécialistes ; les autres seront médecins généralistes.

Jusqu'au début du XXI^e^ siècle, sans la moindre démangeaison morale de la part des autorités de tutelle, la sélection

des futurs médecins français se sera donc opérée sur des critères de classe – à savoir : la maîtrise du langage et la capacité financière des parents à assumer de longues études. Elle aura, de plus, contribué à creuser un fossé profond entre la formation des médecins spécialistes et celles des omnipraticiens.

Obscurantisme et esprit de chapelle

Si l'élitisme médical français valorise le vocabulaire, il fait en revanche peu de cas de la rigueur scientifique. Alors que, depuis l'après-guerre, l'essentiel de la littérature médicale se publie en anglais, le monde médical français s'est longtemps refusé à lire et à écrire dans une langue autre que celle de Molière.

Quand j'étais étudiant au cours des années 1970, rares étaient les enseignants qui citaient les travaux et les essais cliniques anglo-saxons. Ceux qui s'étaient formés en Angleterre et en Amérique étaient, pour la plupart, considérés comme des excentriques. À la bibliothèque de la faculté de médecine de Tours, dans les années soixante-dix, beaucoup d'ouvrages en français étaient anciens et dépassés ; les plus consultés restaient les cours polycopiés des professeurs en exercice, qu'il fallait savoir « recracher » à la virgule près pour obtenir une note correcte. Les ouvrages en anglais récents, pourtant assez nombreux sur les rayons, étaient très peu consultés.

L'incapacité du monde médical français à s'ouvrir aux travaux médicaux d'autres pays explique, par exemple, que les femmes françaises et leurs enfants aient souffert des conséquences du DES (diéthylstilboestrol – Distilbène) plus longtemps que les femmes anglo-saxonnes. Ce produit, dont la toxicité sur les embryons était connue du monde médical anglo-saxon depuis la fin des années cinquante, a été interdit

dans les pays anglophones en 1970. En France, grâce à la prescription imperturbable des médecins de l'Hexagone, il a tranquillement poursuivi sa carrière jusqu'en 1977.

À l'obscurantisme scientifique s'ajoute l'esprit de chapelle. Chaque « patron » de CHU régnant sur son service, ses hypothèses deviennent des paroles sacrées. Au cours des années 1970, on postulait que les DIU (dispositifs intra-utérins, ou « stérilets ») étaient contraceptifs en raison d'une « action inflammatoire » sur la paroi de l'utérus. Sans aucun argument scientifique, un mandarin français déclara alors qu'il était interdit aux utilisatrices d'un DIU de prendre des anti-inflammatoires, sous peine d'inefficacité de leur contraception. Aux États-Unis et en Angleterre, des études de grande envergure ont montré dès les années 1980 que les anti-inflammatoires sont le traitement de choix des menstruations abondantes dont souffrent parfois les porteuses de DIU et n'inactivent nullement l'efficacité des dispositifs. Mais en 2014, comme en témoignent des échanges tout récents sur les réseaux sociaux, la notion d'« anti-inflammatoires-incompatibles-avec-un-DIU » reste enseignée dans les facultés de médecine et inscrite dans les traités de gynécologie français – et nulle part ailleurs, puisqu'il s'agit d'une invention hexagonale. Dès qu'on passe la frontière, les praticiens ouvrent de grands yeux à l'évocation de ce dogme éventé. Si seulement c'était le seul…

Une culture de caste

J'ai commencé mes études de médecine il y a maintenant quarante ans. Après avoir brossé le tableau lamentable de la formation médicale en 2004 dans mon roman *Les Trois Médecins*, j'ai entendu objecter que la formation des médecins

avait changé depuis, et que le personnel enseignant s'était beaucoup renouvelé. On pouvait, effectivement, l'espérer. Malheureusement, la plupart des médecins formés à la même époque que moi sont toujours en activité, les plus élitistes ont pris la place des « patrons » qui les ont sélectionnés, choisis et cooptés – car telle est la coutume, en France, dans toutes les sphères de pouvoir. Il n'y a pas eu de nouveau mai 68 – en tout cas, pas en médecine – et, alors que mon roman a été publié il y a dix ans, des étudiants m'écrivent encore pour me dire que, sur le fond, rien n'a changé. L'élitisme règne plus que jamais, la méfiance à l'égard de la médecine anglo-saxonne est encore vive, les insuffisances de la formation encore stupéfiantes, et (j'y reviendrai) le harcèlement des étudiants en médecine par l'humiliation, la culpabilisation et le terrorisme sont toujours d'actualité.

Car les facultés de médecine française ne forment pas au(x) soin(s), elles pérennisent les valeurs élitistes d'une culture de caste. Cette « culture » génère des caractéristiques comportementales qui méritent une description détaillée.

La morgue

Dans la hiérarchie hospitalo-universitaire française, le mépris est de rigueur. Les redoublants de première année méprisent les primants, les reçus méprisent ceux que l'examen a laminés, les étudiants hospitaliers méprisent les « petits jeunes », les internes méprisent les externes, les spécialistes et les généralistes se méprisent copieusement et tout ce joli monde méprise « tout ce qui n'est pas médecin ». À commencer par les patients.

Le mépris n'est pas univoque, mais souvent focalisé, et il n'épargne personne : il y a encore quelques années, pour leur

discours d'accueil des nouveaux étudiants, certains doyens de faculté n'hésitaient pas à souligner que la médecine générale ne concernait que les plus mauvais d'entre eux, les « meilleurs » devant se destiner à une carrière de spécialiste.

Très tôt, en conformité avec le statut que confère la détention d'un savoir sacré, les médecins français apprennent ainsi à se comporter en *docteurs*. Cette boursouflure de l'ego, soigneusement entretenue par l'exemple que leur ont donné leurs maîtres, explique que les patients les plus détestés par bon nombre de praticiens sont les enseignants, qui « croient en savoir autant que les médecins ». Il est vrai que les enseignants savent lire, et qu'ils ne s'en privent pas ; à la fin des années 1990, ils font partie des premiers utilisateurs de l'Internet naissant, découvrent et traduisent les sites d'associations américaines de malades, impriment les articles et les apportent à leur médecin. Et là, de deux choses l'une : ou bien le praticien est lui aussi internaute, et ils peuvent discuter, échanger, débattre ; ou bien il méprise l'Internet, se méfie comme la peste de son contenu comme de celui d'une poubelle, et balaie d'un revers de la main des documents que, de toute manière, il ne peut pas lire, puisque, dans les facultés de médecine françaises de la fin du vingtième siècle, on n'enseigne pratiquement pas l'anglais et on n'exige pas des étudiants qu'ils l'apprennent.

Lorsqu'ils accueillent avec un sourire méprisant les patients qui leur apportent des publications recueillies en ligne – comme ils le faisaient, autrefois, devant un article de magazine ou une entrée d'encyclopédie médicale – ces médecins-là *miss the point* ; ils font fausse route en prenant la recherche documentaire de leurs patients pour une négation ou une mésestimation de leur compétence. La plupart des patients ont non seulement envie de savoir ce qui leur

arrive, mais aussi de prendre une part active à la solution et l'immense majorité d'entre eux préfère avoir affaire à un être humain plutôt qu'à un livre, un journal ou un ordinateur. C'est pour cela qu'ils vont voir leur médecin.

Si j'ai appris une chose grâce à la pratique Balint, c'est bien celle-ci : quand un patient s'adresse à moi parce que ça ne va pas (fût-ce en me noyant sous des documents imprimés après ses tribulations sur le web), ce n'est pas pour me mettre en échec ou pour me harceler, mais parce que c'est *à moi* qu'il fait confiance pour s'y retrouver. Le mépriser ou le rejeter n'est pas seulement inacceptable moralement, c'est aussi, purement et simplement, trahir la confiance qu'il m'accorde.

Harcèlement moral, harcèlement sexuel

Il ne semble pas suffisant de mépriser patients, étudiants et autres professionnels de santé, il faut aussi leur faire sentir à quel point ce mépris est justifié et les maintenir dans la crainte. En 2005, j'ai écrit l'argument et participé au tournage de *L'école de médecine,* édifiant documentaire en dix parties de Marie Agostini diffusé en 2007 sur la chaîne franco-allemande Arte[18]. Quand on le visionne, on découvre avec stupéfaction qu'internes et médecins n'hésitent pas, dans le couloir et devant la caméra, à violer leur obligation de confidentialité en discutant ouvertement de la situation d'un patient et en se demandant à haute voix (et sans se rappeler que les murs sont en carton-pâte) s'il est « bien raisonnable » de lui décrire la gravité de son état. Les mêmes médecins

18. La série peut être achetée sur le site d'Arte : http://boutique.arte.tv/f4324-ecole_de_medecine_serie On peut aussi en voir de nombreux extraits en ligne sur YouTube.

suggèrent les choix thérapeutiques en indiquant précisément lequel « vaut mieux pour vous » et en ajoutant parfois qu'en cas de refus ou d'un autre choix, on ne répond de rien.

Au début du XXIe siècle, dans les hôpitaux universitaires français, la culture dominante veut aussi que l'on humilie les étudiants en leur confiant les tâches les plus absurdes et les plus inutiles et en les culpabilisant volontiers de ne pas les avoir remplies. On considére de haut les étudiant.e.s qui posent des questions ou expriment leurs réflexions : « Tu parleras quand t'auras eu l'internat » est une phrase courante qui semble avoir été intégrée en même temps que les questions du concours. Comme me le déclarait une étudiante qui revenait de quatre mois de stage au Centre Hospitalier Universitaire de Montréal : « Là-bas, la veille d'une consultation, on t'indique la maladie dont souffre le patient que tu vas voir. Tu as le temps de te préparer et le lendemain, on t'invite à participer à la discussion avec lui. À Paris, on ne te prévient pas, on te plante devant un patient que tu n'as jamais vu, on te pose des questions sur une maladie dont tu ignores tout, et on t'engueule parce que tu ne sais pas déjà ce que tu es venu apprendre. »

Au rudoiement et à la culpabilisation, on joint le terrorisme – le même que l'on fait subir aux patients, mais soigneusement adapté à l'éducation des futurs praticiens. Il suffit en effet de laisser entendre que la tâche la plus minime, la plus ridicule, la plus humiliante est indispensable non seulement aux soins, mais surtout à la survie du patient. « Quoi ? Tu n'as pas récupéré tel résultat d'examen ? Tu veux que le patient *meure*, c'est ça ? » C'est culpabilisant et injuste (l'étudiant doit-il servir de garçon de courses à l'interne ou au chef de clinique ?) et c'est, bien sûr, terrifiant : la vie et la mort des patients dont s'occupent (en principe) un interne chevronné, un ou deux chefs de clinique et un escadron d'infirmières

sous la supervision d'un grand patron estampillé dépend-elle uniquement du zèle de l'étudiant à récupérer la transcription d'un résultat qu'on peut obtenir par téléphone ? C'est invraisemblable, mais quand c'est aboyé à longueur de journée par des individus qui menacent également de ne pas valider vos stages – et donc, de vous faire prendre plusieurs mois de retard – ça marche. Au bout de quelques semaines, beaucoup de jeunes gens ainsi maltraités se comportent comme des chiens battus : ils ont sans arrêt peur de déclencher les mouvements d'humeur de ceux dont ils sont (en principe) les disciples et, pour l'éviter, ne font que ce qu'on leur a dit de faire, répètent mot pour mot ce qu'on leur a sommé de retenir, n'expriment aucune idée personnelle – ce serait malvenu – et se fondent dans le décor.

Plus tard, devenus internes de spécialité ou résidents de médecine générale, s'ils sont toujours soumis à des praticiens maltraitants, ils adoptent une attitude de défense permanente, qui consiste à ne jamais prendre d'initiative pour ne pas se mettre leur supérieur à dos. Leur préoccupation première devient d'avoir la paix, non de soigner. Obsédés à l'idée de ne pas se mettre en faute, ils en oublient de chercher à bien faire leur métier.

Si la population française n'est pas uniformément misogyne et sexiste, la culture de ses services hospitaliers l'est, en revanche, profondément. Sous prétexte d'« humour carabin », les étudiantes, internes, infirmières et sages-femmes sont en toute impunité harcelées verbalement, quand ce n'est pas physiquement. Le dit « humour » n'épargne pas les patientes, bien entendu. Quelques jours avant de rédiger ces lignes (donc, en 2014 !), un de mes correspondants m'envoyait deux cases « humoristiques » circulant parmi ses amis anesthésistes. La première représente quatre médecins en bleu de chirurgien

affairés autour d'une femme étendue sur une table d'intervention. L'un d'eux (l'anesthésiste) dit : « Elle dort, on peut y aller. » Dans le dessin suivant, les quatre hommes, entièrement nus, violent la patiente endormie. Le simple fait que ce dessin circule et (aux dires de mon correspondant) fasse rire ceux qui le diffusent n'est guère étonnant dans une culture médicale où certains « enseignants » trouvent tout naturel d'inviter les étudiants à pratiquer, au bloc opératoire, examens gynécologiques ou examens de prostate sur des patient.e.s endormi.e.s (et non prévenu.e.s).

En 1992, Cecil Jacobson, spécialiste américain de la fertilité, fut poursuivi et condamné pour fraude : il avait fait croire à certaines patientes qu'elles étaient enceintes en leur injectant des hormones pour mimer les symptômes de grossesse[19]. Il pratiquait aussi de fausses échographies, puis annonçait la mort du fœtus, ce qui lui permettait de recommencer les traitements, qu'il facturait, évidemment, au prix fort. Il avait aussi inséminé ses patientes avec son propre sperme et les procureurs estimaient qu'il était le père biologique de près de soixante-quinze enfants ainsi conçus. Les parents qui vinrent témoigner durent le faire dans l'anonymat afin que leurs enfants n'apprennent pas leur origine biologique par les médias. L'affaire fut largement décrite dans la presse, elle fit même l'objet d'un livre[20], et de plusieurs téléfilms et épisodes de téléséries américaines.

Les médecins français ne lisent pas la presse américaine et ils ne regardent pas la télévision. Cela explique sans doute leur

---

19. Voir à ce sujet : http://www.nytimes.com/1992/03/05/us/doctor-is-found-guilty-in-fertility-case.html

20. Nelson, Rick. *The Babymaker : Fertility, Fraud and the Fall of Doctor Cecil Jacobson*, New York, Bantam Books, 1994.

« surprise » lorsque, vingt ans plus tard, en février 2014, André Hazout, gynécologue hospitalier français spécialiste de la procréation assistée, fut traduit en justice pour agressions sexuelles et viols à la suite de plaintes déposées par plusieurs patientes. Pourtant, comme l'enquête l'avait montré, ses comportements de harcèlement sexuel étaient connus depuis longtemps, en particulier ses gestes déplacés constants à l'égard du personnel féminin dans le service dont il était l'un des vacataires (celui du Professeur Frydman, « père » du premier bébé in vitro français). Quant aux plaintes de patientes, la première remontait à… 1988[21]. L'Ordre des médecins n'avait pas jugé utile de donner suite, et en 2006, alors que l'enquête était déjà ouverte, Frydman avait remis à Hazout, sans sourciller, la légion d'honneur, décoration remontant à Napoléon chérie par l'élite française. Lorsque, au cours de son procès, Hazout reconnut qu'il était « peut-être le père biologique »[22] des enfants de certaines des femmes qu'il avait « traitées » pour infertilité, la presse médicale et les institutions ordinales françaises ne tressaillirent même pas. Il est vrai que si violer une patiente est puni par la loi, en France, lui faire un enfant par FIV ne l'est pas. C'est seulement un monstrueux manquement à l'éthique.

André Hazout n'était pas le premier médecin français poursuivi pour viols et harcèlement sexuel. En 2002, le médecin sexologue Gilbert Tordjman avait lui aussi fait l'objet de plusieurs plaintes[23]. Le magistrat instructeur qui

21. Voir : http://www.liberation.fr/societe/2014/02/02/dr-hazout-gynecologue-repute-et-plus-si-fragilite_977250

22. Voir : http://www.dailymail.co.uk/news/article-2552101/Fertility-doctor-accused-rape-admits-fathered-children-dozens-clients-sex-with.html

23. Voir : http://www.lepoint.fr/actualites-societe/2007-01-19/la-chute-du-pape-de-la-sexologie/920/0/4745

dirigeait l'enquête lui avait interdit d'exercer, il avait passé outre et s'était retrouvé en prison. Le premier témoignage d'agression sexuelle qu'il avait commis avait été publié par la presse en 1983… et l'auteure de l'article l'avait subie en 1978. Si les transgressions commises par les médecins français sont longtemps restées impunies, c'est parce que leurs représentants (l'Ordre national, en tout premier lieu) les ont longtemps couvertes.

La vanité

Pendant plusieurs décennies, j'ai entendu des enseignants de faculté affirmer qu'un trop grand nombre de praticiens finissaient leurs études avec la certitude de savoir tout ce qu'il y avait à savoir et n'avaient plus besoin de se former. Certains avaient conscience que la méthode par laquelle ils les avaient formés (dans des chapelles hermétiques) y était pour quelque chose ; d'autres manifestaient leur mépris envers ceux-là même qui avaient été leurs élèves : s'ils étaient aussi « mauvais », c'est parce qu'ils manquaient d'intelligence, et non parce que leurs enseignants (et leurs méthodes) avaient failli. Les enseignants ne *pouvaient pas* faillir, l'enseignement était irréprochable.

C'étaient ces mêmes « docteurs » qui n'hésitaient pas à interrompre les programmes de soins infirmiers de leur service à n'importe quelle heure de la journée quand l'envie leur prenait de parader dans les couloirs suivis par « leurs » étudiants, pour disserter sur telle maladie ou telle intervention exceptionnelle, le dos tourné au lit et au visage stupéfait du patient qui allait la subir.

Lors de la publication de mon livre *Contraceptions mode d'emploi*, on me rapporta que parmi les gynécologues français,

beaucoup trouvaient que je me mêlais de ce qui ne me regardait pas. *De quel droit* un vulgaire médecin généraliste publiait-il un manuel destiné au grand public décrivant toutes les méthodes contraceptives ? Aux États-Unis, en Angleterre, au Canada, les manuels du même genre sont légion, et chaque publication fait l'objet d'une analyse critique détaillée, soulignant les points forts et les points faibles de l'ouvrage. *Aucune publication de gynécologie française ne publia de note de lecture consacrée à ce livre,* pas même pour en dire du mal. En revanche, certains interlocuteurs me reprochèrent (verbalement) de ne pas citer mes sources… et se turent lorsque je leur rappelai qu'elles figuraient dans la section « références » à la fin du livre. Ils n'avaient pas tourné les pages si loin. D'autres affirmèrent (sur les ondes, ou par courrier) que je transmettais trop d'informations aux femmes, elles n'y comprendraient rien, et qu'avoir accès à tant d'information diminuerait le respect qu'elles avaient envers leur médecin.

C'est encore et toujours la vanité, j'imagine, qui inspirait Michel Cymès, médecin et animateur français de télévision, lorsqu'il déclara, en 2001, au cours d'une émission de grande écoute consacrée à la sexualité sur la première chaîne publique française[24] : « Hors de la pilule, il n'est point de bonne contraception. » Cette affirmation fut prononcée alors qu'il était entouré de deux gynécologues, lesquels ne prononcèrent aucune objection. Je venais de rédiger cinq cents pages montrant qu'il existe de nombreuses alternatives à la contraception hormonale, la plus prescrite par les médecins de l'Hexagone. Scandalisé par la désinformation stupéfiante que venait de lancer, comme si de rien n'était, le présentateur-Docteur, je la dénonçai dans une note de bas de page de mon

24. « L'amour sans danger », France 2, été 2001.

manuel, qui partait à l'imprimerie. De son côté, le Syndicat des Gynécologues Obstétriciens Français ne publia aucune protestation officielle. Quelques semaines après la publication, Cymès porta plainte pour diffamation ; il fut débouté en première instance et en appel. Quel fut l'impact des informations avérées contenues dans mon livre, face à sa déclaration ex cathedra devant des millions de téléspectatrices ? Je l'ignore. Quinze ans plus tard, Michel Cymès reste le « médecin de télévision le plus apprécié » par les téléspectateurs. Il est vrai que pour faire carrière à la télévision, nul n'est besoin d'y donner des informations exactes.

Une grande colère suintait des lettres courroucées que m'ont adressées plusieurs gynécologues à la suite de la publication en janvier 2004 par le *Nouvel Observateur* d'un billet d'humeur dans lequel je dénonçais vivement les insuffisances médicales en matière d'information et de prescription de la contraception. Les lettres me reprochaient non seulement le ton agressif de mon article (« Ce n'est pas confraternel », disaient-ils) mais aussi – et c'est nettement plus drôle – d'y énoncer des notions scientifiques erronées sur la contraception orale, les DIU, l'implant. Malheureusement pour eux, mes affirmations reposaient sur une documentation scientifique internationale solide. Je leur ai envoyé la liste de mes références en leur demandant de m'envoyer les leurs, et leur ai proposé que nous en débattions. Je n'ai plus eu de leurs nouvelles. En France, la vanité d'un « docteur » se mesure au fait qu'à ses yeux ce dont il n'a jamais entendu parler n'existe pas. Tout simplement.

J'en suis venu à penser que si tant de médecins français sont irrités quand un patient leur déclare avoir lu un livre ou un article en rapport avec leur état de santé, c'est parce qu'ils redoutent qu'on mette le doigt sur leurs insuffisances. C'est

bien compréhensible : lorsqu'ils étaient étudiants, leurs aînés les ont « dressés » en leur reprochant sans arrêt leur ignorance. Ils ne pouvaient pas protester contre leurs maîtres ; mais ils ne vont tout de même pas se laisser traiter d'ignorants par leurs patients !

Le sectarisme

L'attitude sectaire est endémique en France, mais celle du monde médical français est caricaturale : son élitisme, son esprit de chapelle, son paternalisme et son repli sur soi ne sont en effet guère différents de ceux d'une société secrète et, parce qu'elles sont sectaires, les instances les plus hautes ferment les yeux sur les fautes professionnelles ou morales de leurs membres.

Dans de nombreux pays (Pays-Bas, Royaume-Uni, Canada, en particulier), par principe, les instances disciplinaires de la profession médicale et la justice prennent très au sérieux les plaintes déposées par des patients, car à leurs yeux, toute faute commise par un médecin entache la réputation de la profession dans son ensemble. Il n'en va pas de même partout. En France, l'Ordre des médecins fonctionne sur l'a priori inverse : chaque plainte déposée par un.e patient.e est sujette à caution, et c'est d'abord aux professionnels qu'on accorde le bénéfice du doute. Ainsi, dans l'affaire Hazout, citée plus haut, la presse a souligné les insuffisances scandaleuses de l'Ordre, par ailleurs dénoncées haut et fort pendant le procès.

Cette omertà n'est pas spécifique à la France. Dans tous les pays du monde, il fut longtemps d'usage qu'on tendît un voile de silence entre les transgressions des médecins et les yeux du public. Depuis le début de ce siècle, nombreux sont les professionnels qui cherchent à le mettre à bas.

En 1997, un ouvrage collectif intitulé *Problem Doctors – A Conspiracy of Silence* brosse un panorama de ces transgressions : erreurs médicales à répétition, toxicomanie, harcèlement sexuel et viol, supercheries scientifiques, alcoolisme. Une section du livre contient des articles rédigés par des auteurs hollandais, américains, britanniques, allemands, australiens, canadiens analysant les approches permettant de sanctionner et si possible de prévenir les catastrophes commises par ces « médecins à problèmes ». Tous insistent sur la nécessité de rappeler aux praticiens transgressifs leurs obligations déontologiques et éthiques, de leur venir en aide s'ils sont en difficulté, mais d'abord et surtout de faire respecter les lois qui protègent les patients. Contrastant nettement avec les détails techniques, cas et chiffres dont sont bourrés ces articles passionnants, un texte court, intitulé « *When the Doctor is Ill* » (« Quand le médecin est malade ») décrit, de manière extrêmement vague, les problèmes posés, occasionnellement, par des médecins ayant des troubles du comportement ou des praticiens incompétents ou souffrant de troubles mentaux non définis. L'article va jusqu'à préciser que les procédures visant à régler ces situations sont « toujours très longues »… si longues que le problème se « résout souvent tout seul » avant qu'il soit examiné par l'institution de tutelle. Par qui cet article a-t-il été rédigé ? Vous l'avez deviné : par deux membres éminents de l'Ordre des médecins français. En France, les médecins à problème n'existent pratiquement pas. Et quand il y en a, leur cas se règle par *wishful thinking*.

Lorsqu'un médecin interpelle ses confrères, en revanche, le monde médical français se montre plus sourcilleux. Il n'est pas correct de critiquer le club qui vous fait la faveur de tolérer votre présence.

En 2009, peu de temps avant mon émigration à Montréal, le quotidien *Le Monde* me proposa de publier une tribune de mon cru, consacrée au sujet de mon choix. J'écrivis un texte intitulé « La caste hospitalo-universitaire française est l'ennemie du système de santé[25] ». L'article parut la semaine de mon arrivée au Québec. Une semaine plus tard, Daniel Weinstock, alors directeur du CREUM (Centre de recherches en éthique de l'Université de Montréal), me raconta avec stupéfaction qu'après avoir lu l'article, le vice-doyen d'une faculté de médecine française lui avait écrit personnellement (il me montra son courriel) pour se plaindre de mes déclarations et s'étonner vivement que le CREUM m'eût accordé une bourse de recherche pour l'année. Daniel n'arrivait pas à croire qu'au lieu de m'écrire directement, cet interlocuteur ait jugé préférable de s'adresser à celui qu'il imaginait être mon « supérieur hiérarchique », dans l'intention à peine voilée de me faire virer. Manifestement, le mandarin ignorait la nature et le fonctionnement collégial et démocratique du centre. S'il avait déchiffré l'acronyme, il se serait peut-être attardé sur le mot « éthique ». Mais qu'y a-t-il de plus vaniteux qu'un Docteur froissé ?

Le soupçon de collusion

Avérés ou non, ces comportements de caste sont perçus comme une constante de la profession médicale par le public des non-médecins. « Les médecins se protègent entre eux », entend-on souvent dire. C'est souvent vrai, même si ça ne l'est pas toujours. C'est d'autant plus vrai qu'un médecin a tout avantage

25. Accessible en ligne à l'adresse : http://martinwinckler.com/spip.php?article942

à défendre ses confrères : ils ont en général les mêmes intérêts que lui et peuvent le soutenir dans les moments difficiles (en particulier s'il a des problèmes de santé). Ce soupçon de collusion est lié, de fait, à des facteurs indépendants de l'intégrité propre aux praticiens. De fait, les médecins appartiennent à une classe sociale élevée ; de fait, ils ont en général des revenus confortables ; de fait, ils ont tendance à partager entre eux des informations qu'ils ne partagent pas avec les non-médecins ; de fait, ils parlent un langage qui est perçu comme crypté (et qui parfois l'est vraiment) ; de fait, ils défendent avec vigueur leur autonomie et leur liberté d'exercice – laquelle représente un privilège considérable par rapport au commun des mortels.

De sorte que lorsqu'un médecin se voit soupçonné de comportement malhonnête ou, au moins, contraire à l'éthique, le soutien que lui apportent ses confrères est perçu comme un soutien inconditionnel, voire comme de la collusion ou de la complicité. C'est parfois faux, mais comment le savoir, puisque les premiers intéressés ne justifient pas ce soutien autrement que par une confraternité elle-même suspecte ?

S'il en va ainsi, c'est parce que le sentiment général de la population à l'égard du corps médical est que ses membres vouent leur loyauté d'abord à leurs confrères, ensuite seulement aux patients.

Pour que ce sentiment soit différent, il faudrait que les médecins soient perçus comme toujours engagés auprès de leurs patients, toujours solidaires d'eux, y compris s'ils se trouvent confrontés à d'autres médecins. Or, le moins qu'on puisse dire, c'est que dans l'esprit des non-médecins, c'est plutôt le sentiment inverse qui prime. Et l'histoire de la médecine semble confirmer que ce sentiment est justifié.

Privilèges et pouvoir absolu

Pour des raisons à la fois historiques, sociales et culturelles, et même dans les pays les plus égalitaires, la majorité des médecins sont issus des classes privilégiées. Étudier la médecine est long et coûteux ; se spécialiser l'est encore plus. Les privilèges socio-économiques flagrants de la profession médicale – revenus, respect, statut – en cachent cependant deux autres, inhérents à la nature même de la profession, et qui sont loin d'être mineurs.

D'abord, il est beaucoup plus facile pour un médecin d'évoluer – ou de guider un proche – dans le labyrinthe des structures de santé, des hypothèses cliniques, des investigations diagnostiques et des traitements proposés pour une maladie donnée. *De ce fait, un médecin peut se soigner et/ou faire soigner sa famille et ses proches plus vite et, en principe, de manière beaucoup plus sûre que ne le peut un non-médecin, surtout celui qui n'en a pas les moyens financiers*. En France, il existe d'ailleurs une règle tacite d'entraide entre professionnels. Jusqu'à une époque encore récente, elle allait jusqu'à ne pas faire payer le confrère ou la famille du confrère que l'on soigne. J'ai eu la démonstration de ce privilège à de nombreuses reprises lorsque, me présentant dans un service hospitalier pour y rendre visite à un proche, je voyais les médecins accueillir mes questions sourcils froncés jusqu'au moment où je précisais que j'étais le *docteur* Zaffran et non un simple visiteur. Dès que j'avais utilisé le qualificatif magique (ce que je me refusais toujours à faire d'emblée, pour ne pas donner à penser aux praticiens que je voulais les empêcher de faire leur travail), toutes les barrières se levaient, et mes interlocuteurs n'hésitaient plus à me répondre, voire à partager avec moi des réflexions sur les patients qu'ils venaient de voir et dont ils auraient dû pourtant respecter la vie privée, même face à un confrère.

Le second privilège, beaucoup plus marqué en France que dans les pays de culture anglo-saxonne comme le Canada, réside dans la position d'autorité que les médecins occupent par rapport à l'ensemble des professions de santé. Cette domination n'est justifiée ni par la complexité de la formation, ni par les aptitudes professionnelles, et encore moins par des critères scientifiques mais découle, très logiquement, des circonstances historiques et sociales esquissées plus tôt. Malheureusement, cette position d'autorité retentit notablement sur le développement des autres professions de santé, ainsi cantonnées à un rôle subalterne.

Comparons, par exemple, ce qui est accessible aux yeux de tous. Sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, on peut lire que

> l'infirmière clinicienne exerce en soins complexes tels les soins intensifs, la traumatologie, la santé communautaire et la santé mentale. En plus d'évaluer l'état de santé, de déterminer le plan de soins et de traitements infirmiers et de prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux, l'infirmière clinicienne conçoit et applique des programmes de soins. De plus, elle coordonne les soins et les services et peut participer à des projets de recherche.

En France, le statut d'infirmière clinicienne n'existe pas.

Sur le site de l'Ordre des sages-femmes du Québec, à la page « Définition d'une sage-femme », on peut lire :

> La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né et ce, jusqu'à 6 semaines après la naissance. La sage-femme ***est une professionnelle autonome*** […] [qui] travaille au sein d'une maison de naissance ou d'un service de sages-femmes. Elle fait partie d'une équipe multidisciplinaire

> constituée par des professionnels du CSSS (centre de santé et de services sociaux) ou de l'hôpital de référence […], effectue les examens cliniques nécessaires et peut prescrire les échographies, les tests de dépistage prénatal ainsi que différentes analyses de laboratoire. Son approche est axée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.

Sur le site de l'Ordre français des sages-femmes, les premiers paragraphes de la rubrique « compétences » indiquent clairement que dans l'Hexagone, les professionnelles de la naissance disposent d'une autonomie très limitée :

> L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, *sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique*. En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, *la sage-femme doit faire appel à un médecin*. Les sages-femmes *peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin* en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. (C'est moi qui souligne.)

Comment mieux dire que les sages-femmes françaises exercent sous tutelle ?

Cette autorité sans partage des médecins français a des conséquences délétères sur les soins, en particulier au moment de l'accouchement. Le « docteur » en posture d'autorité ne tolère ni questionnement, ni critique, ni désaccord. Son opinion prévaut. Les opinions qui ne rejoignent pas la sienne sont traitées par le mépris, voire par l'insulte. Tout débat se révélant impossible, la communication s'en voit fortement compromise. Pour peu que le « docteur » soit doté de ce que les psychiatres François Lelord et Christophe André nomment une « personnalité difficile » (j'ai côtoyé personnellement plusieurs chefs de service de ce gabarit), la communication cesse tout à fait, car personne dans son entourage n'osera le contrarier. (Il en allait de même, selon les historiens, avec Adolf Hitler et Joseph Staline.)

Dans ces conditions, beaucoup d'informations pertinentes sont passées sous silence, aux dépens du travail d'équipe et donc, du patient.

Même dans les pays où le médecin n'est pas en position de domination hiérarchique, les médecins disposent également d'une très grande liberté à prescrire examens et traitements ou à pratiquer des gestes invasifs. Dans tous les pays industrialisés – mais aussi dans les autres – les médecins se trouvent au centre de la demande et de la délivrance des soins, pour des raisons le plus souvent économiques et réglementaires. En France, signe d'une hiérarchisation interne à la profession médicale elle-même, les spécialistes des centres hospitaliers universitaires (CHU) jouissent de prérogatives sans commune mesure avec celles de leurs confrères exerçant hors de ce cadre.

Le pouvoir absolu s'oppose à toute réflexion et à toute amélioration. Le pouvoir absolu exercé par un chef de service peut avoir des conséquences désastreuses. Car, ce qui est vrai

pour un pays entier ne peut pas l'être moins pour un service hospitalier fonctionnant comme une dictature.

Ainsi, lorsque le chef de service de gynécologie-obstétrique est, par principe, opposé au fait de poser des DIU aux femmes sans enfant, de pratiquer des IVG ou des ligatures de trompe, ou de laisser les parturientes refuser un monitoring (tous choix permis par la loi en France), internes et sages-femmes ont beaucoup de mal à transgresser ces interdits.

Ces diktats ne sont pas seulement démesurés et absurdes, ils sont également contre-productifs, anti-démocratiques et anti-scientifiques. Et bien entendu, incompatibles avec la délivrance de soins de qualité.

Mais en France, les certitudes des « docteurs » ont plus de poids que la science, la loi et l'éthique.

« Recherche » et « enseignement »

L'attribution de la triple autorité (soin, recherche, enseignement) aux chefs de service de CHU par la réforme Debré de 1958 a eu pour conséquence que beaucoup d'entre eux se sont essentiellement voués à ce qui les valorise le plus – à savoir, la recherche. Ou, pour être plus précis, l'expérimentation sur les patients. Ainsi, pendant les années 1970, il était de coutume que les psychiatres expérimentent des molécules sur les personnes hospitalisées. Citons un passage d'un article de Jean-Noël Missa dans *La Recherche* :

> Synthétisé en 1950 dans les laboratoires de Rhône-Poulenc, le premier des neuroleptiques, la chlorpromazine, aurait pu rester dans les tiroirs de la firme si Henri Laborit n'était passé par là. Il travaillait à l'époque comme médecin militaire à l'hôpital de Bizerte en Tunisie et cherchait comment améliorer les conditions d'intervention chirurgicale sur les soldats en état de

choc. L'idée lui vint alors d'utiliser des substances susceptibles de bloquer les réactions incontrôlables de leur système nerveux : des antihistaminiques de la famille des phénothiazines que lui procurait Rhône-Poulenc. Ayant remarqué que l'une de ses molécules, la chlorpromazine, provoquait un *« désintérêt du malade pour ce qui se passe autour de lui »,* Henri Laborit encouragea des psychiatres à la tester sur des malades mentaux. C'est ainsi que Jean Delay, chef du service de psychiatrie de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, et son assistant Pierre Deniker mirent en évidence les effets bénéfiques du médicament sur l'agitation et les délires des malades mentaux : «*Plongés dans une douce indifférence, ils semblent séparés de l'ambiance par une cloison invisible*», notèrent Delay et Deniker en 1952[26].

En 1952, il faut le préciser, il n'existait pas de réglementation de la recherche, pas de demande de consentement, pas de comité d'éthique. Le médecin décidait seul de ce qui est bon ou non pour son patient. Ou de ce qui pourrait l'être, selon lui.

En 1977, alors que j'étais étudiant dans un service de psychiatrie, le médecin-chef m'imposa, comme à tous les étudiants, une journée d'enregistrements et de tests. Il étudiait les effets du stress sur les contractions intestinales. L'expérimentation était indolore : on me posa quelques électrodes sur l'abdomen, on me fit passer des tests psychologiques, enregistrés pendant que je mangeais, pendant que je lisais et pendant que je faisais la sieste. Mais on ne m'avait à aucun moment demandé mon accord ; on m'avait cependant laissé entendre qu'en tant qu'étudiant, j'étais tenu de me prêter à cette petite « fantaisie » du chef de service. On ne m'avait pas expliqué ce qu'il adviendrait des résultats ni donné

26. Cité par Jean-Noël Missa dans « Le hasard, ferment des psychotropes », *La Recherche*, avril 2007, p. 56.

de garanties de confidentialité sur les renseignements glanés à mon sujet. Si l'expérimentateur avait décidé de glisser un médicament dans la compote ou la soupe qui me fut servie pour en étudier les effets sur mes contractions intestinales, je n'en ai rien su.

Je ne sais pas s'il soumettait ses patientes (il s'agissait d'un service de psychiatrie pour femmes) aux mêmes tests. Ou à d'autres.

La même année, j'ai souffert d'une éruption très désagréable, puisqu'elle était située à la partie supérieure de mes deux cuisses, de part et d'autre de mon sexe. Je souffrais le martyre et, parce que je ne voulais pas passer un temps fou à attendre une consultation chez un dermatologue, je m'adressai à la consultation publique de dermatologie du CHU.

On me donna un rendez-vous rapide (le lendemain). Sans me dire qui allait me recevoir, on me fit attendre dans un box à deux portes. Quand la seconde porte s'ouvrit, on me fit entrer dans une salle assez sombre où siégeait, derrière un bureau, le professeur en chaire de dermatologie de l'hôpital. Il était entouré d'une demi-douzaine d'internes et d'étudiants, debout autour de lui. Le professeur ne se leva pas, il ne leva pas même les yeux de la fiche, mais me demanda ce que j'avais. Je répondis en balbutiant que je pensais avoir une mycose des plis. Il répondit : « Montrez-nous. » Puis, comme je cherchais du regard un coin où me déshabiller : « Allez, baissez votre pantalon et votre slip ! » Comme je m'exécutais, sidéré, il fit signe à l'un des étudiants qui l'entourait. Le jeune homme s'approcha de moi, une lampe de poche à la main, se pencha, éclaira mon entre-jambes, hocha la tête et, se tournant vers le bureau dit : « Oui, Monsieur, c'est bien ça. » Le professeur fit signe aux autres étudiants qui, à tour de rôle,

se passèrent la lampe et m'examinèrent, pour certaines (car il y avait des femmes) avec une certaine gêne.

Le professeur ne leva pas le nez, il rédigea une ordonnance qu'il me fit porter par l'un de ses acolytes et me congédia.

Il devait s'agir de pratiques courantes en dermatologie car à la même époque, la journaliste Claire Brisset publiait dans *Le Monde* l'article suivant :

> Une exposition de malades à l'hôpital Saint-Louis.
>
> **« J'ai l'impression d'être un bestiau »**
>
> Ce n'est pas une poupée ni une voiture ou un aspirateur, c'est une adolescente. Marie-Laure, quinze ans, l'une des soixante malades qui ont été « exposés » le jeudi 8 mars à l'hôpital Saint-Louis. Sous ses pieds posés sur une chaise, une pancarte : « Ne pas toucher. » Car, pour les autres, on touche, on touche même beaucoup. On tâte, on inspecte, on dit « Pouvez-vous vous tourner ? » Cette effarante mise en scène a lieu chaque année en mars, pour inaugurer les Journées dermatologiques de Paris, qui réunissent traditionnellement des centaines de congressistes à l'hôpital Saint-Louis.
>
> Le premier jour est consacré à cette exhibition, les deux autres aux communications scientifiques. Les malades sont placés dans les salles de consultation de trois pavillons de dermatologie où défilent en rangs serrés les congressistes, qui commentent à voix forte les cas rares ainsi présentés. Chaque congressiste est muni d'un volumineux catalogue où, suivant la formule des musées, chaque malade porte un numéro. Les congressistes peuvent ainsi lire la description détaillée des cas et se reporter à l'original, assis sur une chaise, dûment numéroté.
>
> Le jeudi 8 mars, la palette des cas ainsi présentés a paru intéressant. En effet, au numéro 20, une jeune fille en soutien-gorge a pu se faire tâter abondamment puis interroger en ces termes : « Quel âge avez-vous, ma petite chatte ? » Au numéro 24, un enfant de quatre ans porte une lésion au pied. « Ça

chatouille quand on te touche ? Tu seras beaucoup chatouillé aujourd'hui. » Au numéro 30, on a ajouté un « bis » non prévu au catalogue ; c'est un Algérien qui porte, semble-t-il, une affection rare, puisque les commentaires sont enthousiastes : « C'est extraordinaire, fantastique ». Quelques stalles plus loin, c'est un enfant espagnol de dix-sept mois. Il pleure. Sa mère murmure : « Quand même, je ne m'attendais pas à cela. »

Dans un autre pavillon est exposée une mongolienne, un peu plus loin un lépreux. Il est malien. Derrière son dos une grande pancarte porte la mention « Hansen ». C'est devenu une rareté. Plus loin, une dame d'une soixantaine d'années proteste à mi-voix : « C'est comme à la foire du Trône. J'ai l'impression d'être un bestiau. On ne m'avait pas dit que cela se passerait comme ça, on m'avait juste demandé si je voulais bien participer à une réunion. J'ai cinquante-huit ans et je suis très malade, j'ai été opérée à cœur ouvert et je suis fatiguée. » Mais cette dame présente, dit le catalogue – qui donne tous les détails –, une affection intéressante du cuir chevelu. Non loin d'elle, une jeune fille de seize ans semble également digne d'intérêt, car elle associe « à un quotient intellectuel normal, un aspect pachydermique, hyper-kératosique et hyper-papillomateux de la peau... »

« Une formule indéfendable »

Un autre malade dans une autre salle est nu, son pantalon sur ses chaussures : ses lésions dermatologiques sont situées dans la zone génitale. Plus loin, une jeune femme ne lève même pas la tête : les parties à exhiber sont son cou et sa nuque.

Un certain nombre de dermatologues se sont émus depuis quelques années de cette ahurissante exhibition. Aussi quelques dizaines de cas sont-ils aujourd'hui présentés... sous forme de photos et de schémas. Plusieurs services de dermatologie parisiens refusent en effet actuellement d'exposer des malades de cette façon qui, disent leurs responsables, n'est même pas profitable à l'enseignement, car les congressistes ne sont pas des étudiants. En outre, certaines des maladies présentées sont des

« génodermatoses », c'est-à-dire des affections congénitales pour lesquelles, souvent, il n'y a rien à faire.

Le professeur Hewitt, chef du service de dermatologie à l'hôpital Tarnier, où l'on ne pratique pas ce type d'exposition, nous disait, à la sortie de cette manifestation : « Le nombre de maladies présentées comme celui des congressistes rend cette formule indéfendable. Auparavant, l'exposition de malades pouvait se justifier parce qu'elle était le seul moyen de connaître réellement ces affections et d'enseigner leur traitement aux jeunes. Aujourd'hui, on peut aisément utiliser l'audiovisuel, quitte à recueillir un peu moins de renseignements sur le malade. Je suis opposé à cette formule dans son principe. »

L'an dernier, l'exposition a permis de montrer un certain nombre de réfugiés récemment arrivés du Sud-Est asiatique et porteurs de maladies rares. Donc « intéressantes ». Cette année, l'Afrique était solidement représentée. Aujourd'hui, ceux qui défendent la formule estiment sans rire qu'elle est profitable au prestige de la dermatologie française et de l'hôpital Saint-Louis en particulier. Il est vrai que, jeudi, on entendait parler beaucoup de langues étrangères dans les pavillons de l'exposition...

Claire Brisset, *Le Monde* 10.03.1979

Et, non, ce type d'exposition n'était pas limité à la dermatologie, ni même à la faculté de médecine de Tours. Une dizaine d'années plus tard, une amie me décrivit avec horreur et humiliation la consultation qu'elle avait subie dans un service de gastro-entérologie parisien où elle s'était rendue parce qu'elle souffrait de l'intestin.

Comme moi, on l'avait fait attendre dans un box à deux portes, en lui demandant cette fois-ci de se déshabiller entièrement et d'enfiler une simple chemise, fendue à l'arrière. Comme moi, on l'avait fait entrer dans une salle de consultation où elle s'était retrouvée, sans avoir été prévenue, devant

un groupe d'internes postés autour de leur patron. L'un d'eux l'avait guidée jusqu'à une table d'examen installée au milieu de la pièce. Là, il l'avait fait monter à genoux sur la table et lui avait demandé de se prosterner, le visage contre le cuir de la table. Et, pendant qu'elle se cachait le visage, honteuse, elle avait entendu quelqu'un enfiler un doigtier en caoutchouc et l'avait senti, sous le regard de tous, lui glisser sans ménagement l'index, puis un objet rigide, dans l'anus. Cinq minutes plus tard, elle ressortait en larmes. L'examinateur n'avait pas prononcé un mot. Avant qu'elle ne quitte le box par l'autre porte, elle avait entendu la porte s'ouvrir et un jeune homme lui déclarer : « On va écrire à votre médecin traitant. Au revoir, Madame. »

Elle avait appris plus tard que la consultation en question avait essentiellement pour fonction d'enseigner l'endoscopie aux internes. Ce n'était donc probablement pas le professeur qui l'avait « examinée ».

« Soutien institutionnel »

Depuis toujours, le médecin français qui se voue à la recherche devient de fait le meilleur allié de l'industriel, lequel lui apporte non seulement des moyens matériels considérables (fonds de recherche, appareillages, médicaments expérimentaux) mais aussi la possibilité d'étendre son prestige via sa participation comme conférencier à des congrès nationaux ou internationaux et la publication en revues, les unes et les autres presque intégralement financées par les intérêts privés.

Contrairement aux médecins français, encore très méfiants à l'égard de tout ce qui vient d'Amérique, les responsables du marketing médical (tout comme ceux de l'agro-alimentaire ou de l'industrie cosmétique) lisent soigneusement les travaux

des neuro-psychologues contemporains et en tirent de précieuses informations sur la manière d'influencer un public.

Lorsqu'un médecin s'associe à un industriel, il devient inévitablement son débiteur, son porte-parole et son complice. Il suffit pour cela de consentir à ce qu'un laboratoire pharmaceutique paie les frais de location et offre les petits fours d'une séance de formation continue. Le jour venu, lorsque les organisateurs seront invités à accueillir un orateur choisi par le laboratoire, ils peuvent difficilement refuser, de crainte de se voir privés de leur petit budget de fonctionnement. Et il n'y a pas de « petit cadeau » ou de « cadeau anodin ». De nombreux travaux ont en effet montré que la présence du représentant commercial, la mise à la disposition des dépliants décrivant ses produits, voire le simple fait de recevoir un bloc-notes ou un stylo portant le logo de l'entreprise prédispose le praticien à prescrire les produits de cet industriel. Cet effet est similaire à celui que j'ai décrit plus haut à propos de l'empathie. Présenté comme bienveillant (il a payé le traiteur) et « désintéressé » (ses produits ne sont presque pas évoqués), l'industriel voit son image insensiblement bonifiée, ce qui suffit à influencer en sa faveur les prescriptions ultérieures des participants.

J'ai pris conscience de l'omniprésence de l'industrie dans le monde médical français au cours des années 1980, en me joignant à la rédaction de la revue *Prescrire*[27]. D'abord subventionnée par le ministère de la Santé, puis totalement auto-financée avec l'aide de ses abonnés, *Prescrire* était alors la première revue française indépendante consacrée au médicament, et pratiquement la seule. Elle l'est toujours. Près de trente-cinq ans après la publication de son premier numéro, force est de constater que l'influence de l'industrie sur la

27. www.prescrire.org

profession médicale française, et en particulier sur le milieu hospitalo-universitaire, ne s'est pas amoindrie. Cependant, des médecins comme Christian Lehmann (*Patients, si vous saviez…,* Robert Laffont, 2003), des transfuges de l'industrie comme Philippe Pignarre (*Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, 2003) et des organismes indépendants comme le Formindep[28], association vouée à une information médicale indépendante, sont venus grossir les troupes des opposants à l'industrie.

En 2013, alors que des étudiants en médecine américains (à Harvard, en particulier) bannissaient les représentants de l'industrie de leur faculté, le doyen de la faculté de médecine de Tours, par ailleurs président de la conférence des doyens de médecine français, organisait au sein de « sa » fac une « journée de l'interne » avec « le soutien institutionnel » du laboratoire Novartis Pharma[29]. Manifestement, la notion de conflit d'intérêts n'avait pas dû lui être enseignée lorsqu'il était lui-même étudiant.

Faut-il alors s'étonner qu'en 2004, plus de 60 % des membres de l'Afssaps, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (devenue ANSM en 2012) délivrant les autorisations de mise sur le marché, aient déclaré recevoir des honoraires versés par les fabricants des médicaments dont ils évaluaient les dossiers[30] ?

---

28. http://www.formindep.org/

29. http://blog-snjmg.over-blog.com/2013/12/indépendance-de-la-formation-médicale-le-président-de-la-conférence-des-doyens-remet-le-couvert-avec-l-industrie-pharmaceutique

30. Voir *Mensonges, Santé et Propagande*, de Thierry Souccar et Isabelle Robard, Paris, Seuil 2004.

Sauver des âmes !

En 2005 et 2006, dans une faculté de médecine parisienne déjà mentionnée, j'ai été brièvement généraliste-enseignant « de base ». Comme mes collègues, (qui venaient donner des cours entre deux séries de consultations à leur cabinet) je n'avais pas de statut officiel. La faculté nous rémunérait au lance-pierres (et parfois pas du tout) et l'enseignement que nous étions invités à délivrer au compte-gouttes était noyé dans l'océan des cours de spécialités.

Un beau jour, j'ai animé deux sessions d'enseignement. Celle du matin, consacrée à « l'annonce des mauvaises nouvelles », était destinée à une quarantaine d'étudiants de 3e année, qui n'avaient pas encore mis le pied à l'hôpital. Lorsque j'évoquai devant eux la manière d'annoncer une maladie grave – à un patient ou à un de ses proches – la réaction de ces étudiants fut réconfortante : ils me parlèrent d'empathie, de soutien moral, de compassion, d'écoute, d'accompagnement, de soutien. Ils étaient résolus à prendre, le jour venu, le temps qu'il faudrait. Ils se juraient de ne jamais faire subir à « leurs » patients ce qu'ils avaient vu d'autres médecins faire subir à des amis, à des membres de leur famille, parfois à eux-mêmes. En sortant de cette séance, j'avais le cœur léger, et me réjouissais de voir à quel point la génération montante était différente des praticiens sans cœur que je dénonçais depuis des années.

L'après-midi, on m'avait confié une séance intitulée « L'approche clinique », destinée à des étudiants de trois ou quatre ans plus âgés que ceux du matin, tous résidents de médecine générale et qui, pour certains, remplaçaient déjà en ville des praticiens installés. Il y avait là une soixantaine de jeunes gens, plutôt tendus, et très préoccupés par ce qu'ils avaient dû abandonner pour assister à cette séance obligatoire.

Pour introduire le sujet, j'ai commencé en disant : « J'imagine que dans cette pièce, nous sommes tous d'accord sur le fait que notre rôle n'est pas de dire aux patients qui nous consultent comment mener leur vie… » À ces mots, les trois quarts des personnes présentes ont bondi sur leur siège, comme si j'avais dit une incongruité. *Comment ça, nous ne sommes pas là pour dire aux patients comment mener leur vie ?*

Alors que je m'efforçais calmement de préciser ma pensée – écouter plutôt qu'accuser, expliquer plutôt que culpabiliser, accompagner plutôt qu'ordonner, rassurer plutôt qu'inquiéter – l'un des étudiants, que je voyais bouillir comme de l'eau sur le feu, m'a lancé, excédé (je le cite mot pour mot) : « Mais *bordel !* Quand on a devant nous un type obèse, hypertendu, qui a un cholestérol et une glycémie au plafond, qui picole comme un trou, qui baise n'importe qui, n'importe quand, n'importe comment sans protection et qui nous ment en disant qu'il suit son régime et ses médicaments, *faut bien faire quelque chose, non ?* »

Par ces mots, ce jeune praticien (qui, trois ans plus tôt, ressemblait probablement comme deux gouttes d'eau aux étudiants vus le matin même) illustrait la transformation qu'on lui avait fait subir, comme tous ses camarades, pendant ses années d'étudiant hospitalier. Son enthousiasme s'était transformé en angoisse permanente, son empathie en soupçon, son désir de bien faire (ou de faire du bien) en comportement phobique. Comme beaucoup, il avait fait sienne l'idée que tout patient qui refusait son aide le mettait *sciemment* en échec. Que les patients qui n'obéissaient pas à ses prescriptions allaient mourir et que, bien entendu, ce serait sa faute. Qu'il était de son *devoir* de tout faire pour éviter ça, coûte que coûte.

Il ne voyait pas que ce fantasme assassin (« Si je n'arrive pas à lui faire entendre raison, mon patient mourra ! ») était le

négatif photographique du fantasme selon lequel le médecin « sauve des vies ».

Il ne voyait pas le patient réel ou caricatural qu'il venait d'invoquer comme un individu, mais comme une collection de symptômes et de syndromes, un chapelet de facteurs de risque – pour ne pas dire d'explosifs – ambulant. Il ne le voyait pas comme une personne autonome, mais comme une brebis égarée à remettre sur le droit chemin, fût-ce malgré elle.

À défaut de sauver la vie de leurs patients, ce jeune médecin et ses camarades avaient-ils pour vocation de… sauver des âmes ?

En France, quand on se remémore l'histoire de la médecine et ses liens étroits avec l'Église catholique, l'idée n'est pas si extravagante. Au cours de leur formation et jusqu'aux débuts de leur pratique professionnelle, bon nombre de médecins se sentent progressivement investis par ce que Michael Balint nommait leur « fonction apostolique » : ils ressentent le besoin de convaincre leurs patients que ce qu'ils disent, proposent, suggèrent ou ordonnent est ce qu'il y a de mieux pour eux, et qu'ils doivent absolument s'y plier. Ce faisant, ils ne font pas tant preuve d'altruisme ou de vanité que de paternalisme, puisqu'ils sous-entendent ainsi que le patient ne sait pas ce qui est bon pour lui – voire, s'il le sait, qu'il aurait tort de ne pas suivre ces recommandations bienveillantes. Ce faisant, les jeunes médecins sont persuadés que leur comportement est judicieux et altruiste et que forcer les patients à accepter leurs prescriptions est moralement justifié, *puisque c'est dans leur intérêt !* Comment ne pas voir, dans cette conviction, celle du missionnaire qui cherche sa propre salvation dans l'évangélisation des innocents ?

La morale sanitaire imposée aux patients n'est pas seulement le fait des médecins. Souvent, ces derniers ne sont

que les complices, serviles ou ignorants, de l'industrie. Les pratiques dites de *disease-mongering*, désinformation visant à créer de toutes pièces des maladies, telles que les décrit Jörg Blech dans son ouvrage *Les inventeurs de maladies* – ont en effet une puissante influence sur le corps médical, tout particulièrement en France. Ainsi, il y a plusieurs décennies, les « normes » physiologiques concernant, par exemple, le taux « normal » (traduire : « non dangereux ») du cholestérol sanguin ont été fixées par des « experts » étroitement liés aux fabricants de médicaments… destinés à « traiter » l'excès de cholestérol. L'utilisation phénoménale de ces molécules est sans commune mesure avec les besoins réels de la population. Mais face à une désinformation culpabilisante et effrayante (le « risque » d'accident cardiovasculaire), les patients font appel aux médecins ; et les médecins, soigneusement désinformés, prescrivent, y compris aux patients qui n'ont rien demandé. Ne sont-ils pas là pour les sauver ?

Le sentiment « apostolique » inconscient ou inavoué qui anime tant de médecins est renforcé en l'absence de rigueur scientifique et en présence d'a priori idéologiques – que cette idéologie soit celle des médecins eux-mêmes ou celle de la société au sein de laquelle ils exercent. De sorte qu'au minimum, beaucoup de médecins justifient leur paternalisme par la nécessité de « montrer la lumière » à leurs patients ou tout au moins de leur faire éviter les « erreurs de jugement » (alimentaires, sanitaires, comportementales) qu'ils pourraient commettre par ignorance ou par faiblesse morale.

Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, lorsque le corps médical dans son ensemble (quoi qu'en pensent, quoi que fassent, individuellement, ses membres) impose ou renforce des « normes » sanitaires en dépit des acquis scientifiques (ou des doutes inhérents à toute approche qui se dit telle), il se

comporte, ni plus ni moins, comme un instrument des pouvoirs politiques et économiques.

Mais est-ce bien ce qu'on attend de lui ?

La dévalorisation de la médecine générale en France

Lorsque, en 1983, je me suis installé dans un village de 1500 habitants à quinze kilomètres au nord du Mans (Sarthe), j'avais clairement pour objectif de soigner le mieux possible les patients de la commune qui feraient appel à moi. En pratique, cela signifiait que je recevais les habitants de tous les âges et leur délivrais de mon mieux le maximum de soins. Pendant mes études, je n'avais pas appris à poser des DIU (« stérilets ») ou à prescrire une contraception orale. Je l'ai appris dans le cadre de vacations hebdomadaires au centre d'interruption de grossesse de l'hôpital du Mans. Je n'avais pas non plus appris à examiner des enfants avant de devenir étudiant puis interne dans ce même hôpital, non universitaire, mais très ouvert à la formation des jeunes médecins. Si j'avais passé la fin de ma formation en CHU, où les services spécialisés ne forment que les étudiants destinés aux spécialités, je n'aurais pas pu apprendre à soigner les patients qui constituent la grande majorité d'une clientèle de médecin de famille. De même, comme j'avais pris de nombreuses gardes dans les services d'urgence pour adultes et pour enfants, j'avais appris à faire le diagnostic d'une fracture *avant* de demander une radiographie, à nettoyer et suturer des plaies de toutes les parties du corps ou presque, à poser et retirer contentions, attelles et plâtres sur doigts, chevilles, genoux, poignets. Je savais retirer un corps étranger non perforant d'une cornée ou d'une narine, un bouchon d'une oreille, un hameçon d'un pouce. Je savais subodorer la différence entre la raideur

méningée bénigne d'une maladie virale et celle d'une maladie bactérienne plus inquiétante. Je savais examiner l'abdomen douloureux d'une petite fille et entendre la mère quand elle me confiait que son fils aîné avait eu *exactement la même douleur* lors de son appendicite. Je savais aussi que lorsqu'un enfant a mal au ventre, ça peut être dû à une migraine sans mal de tête, que lorsqu'un adulte a mal au ventre, ça peut être dû à une hernie de la paroi et non aux organes situés en dessous…

J'avais beaucoup appris parce que je m'étais trouvé dans un environnement favorable à l'apprentissage : un hôpital vaste, mais dont les services étaient à taille humaine ; des médecins qui connaissaient leur métier et qui partageaient leur savoir avec leurs collègues du service voisin ; des infirmières et infirmiers qui souvent avaient grandi, vivaient et travaillaient au milieu de la population qu'ils soignaient et qui, inévitablement, la respectaient.

Lorsqu'une femme vivant dans les environs avait besoin de se faire poser un DIU, elle avait le choix d'aller se le faire poser par un gynécologue, à quinze kilomètres, ou de se le faire poser par des généralistes du canton. Lorsqu'un adolescent faisait une chute à vélo sur l'asphalte de la route, il savait qu'il pouvait entrer au cabinet du généraliste local pour être examiné et pansé et n'aurait pas nécessairement besoin d'aller passer des radiographies. Lorsqu'une personne âgée toussait et faisait de la fièvre, elle savait qu'elle ne serait pas contrainte de se faire hospitaliser : son médecin de famille pouvait venir la soigner chez elle.

En 1993, lorsque j'ai cessé de travailler à la campagne pour ne plus exercer que des vacations en centre de planification, à l'hôpital du Mans, ce type de pratique était encore bien réel. Vingt ans plus tard, ce tableau idyllique de la médecine

générale (il l'était du moins à mes yeux, dans mon secteur d'activité, et à une époque donnée, mais il ne l'était pas partout…) a fait place à une situation catastrophique. En 2014, le clivage entre spécialistes et omnipraticiens (généralistes/médecins de famille) s'est accentué. D'après des chiffres publiés par le conseil national de l'Ordre des médecins français, d'ici à 2020, les spécialistes seront plus nombreux que les généralistes. Il n'y a à cela rien d'étonnant : les étudiants en médecine sont beaucoup plus nombreux à choisir une spécialité, dont les conditions d'installation, d'exercice et de rémunération sont bien plus attrayantes. La situation est d'autant plus dramatique que les généralistes voient leurs possibilités diagnostiques et thérapeutiques s'appauvrir à mesure que la technologie hospitalière et spécialisée s'accroît. Alors qu'ils sont en première ligne, et devraient donc non seulement assurer les soins de premier recours mais aussi permettre de distinguer ce qui nécessite des soins spécialisés (lourds et coûteux) et ce qui ne les justifie pas, les généralistes français sont de plus en plus démunis, harassés de paperasse, contraints, par la baisse de la démographie et le manque de remplaçants, à ne plus prendre de vacances – bref, à assurer une charge de travail de plus en plus lourde et de plus en plus dévalorisée. Une politique de santé tournée vers les besoins de la population devrait valoriser l'exercice de la médecine générale/de famille, en donnant aux praticiens de terrain non seulement les moyens de délivrer des soins de qualité et d'éviter le recours inutile à l'hôpital, mais aussi la rémunération que ces soins justifie. Or, il n'en est rien. Les hôpitaux universitaires sont en grande majorité les fiefs (j'utilise ce terme de la féodalité à dessein) des pratiques spécialisées. À quelques exceptions près (en province, le plus souvent) peu de CHU ont un département de médecine générale aussi

influent sur l'enseignement que peuvent l'être ailleurs ceux de cardiologie, de chirurgie ou d'obstétrique.

Une politique de santé au service de la population devrait chercher à satisfaire les besoins spécifiques de celle-ci. Pour ce faire, il est indispensable d'enquêter sur place et de dresser la liste des points forts et des points faibles dans une région donnée. Qui serait le mieux à même de contribuer à ce bilan ? Les professionnels de terrain – généralistes et spécialistes de campagne et de petites villes, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, psychologues, etc. – s'ils étaient organisés et coordonnés adéquatement. Or, en France, on ne soigne pas horizontalement – d'égal à égal, en synergie – mais surtout verticalement – par délégation de responsabilités ou d'obligations. Du haut vers le bas. Jamais dans l'autre direction.

La délivrance des soins devrait, pour être efficace et pertinente, être coopérative. Hiérarchie et luttes de pouvoir contribuent malheureusement à maintenir les différentes professions à l'écart les unes des autres. Elles contribuent aussi aux luttes de pouvoir entre médecins.

Il y a quelques années, le concours français de l'internat a été transformé en examen national « classant » (l'élitisme encore) obligatoire pour tous. Tous les médecins, enfin, sont internes avant de se mettre à exercer. À l'issue des résultats, les candidats postulent pour telle ou telle fonction dans le ou les hôpitaux de leur choix. Chaque année, un nombre important de postes d'internes en médecine générale ne sont pas pourvus : les étudiants qui pourraient les obtenir préfèrent repasser le concours pour accéder à une spécialité.

Quand on a été formé dans un CHU, au milieu des appareillages et des technologies les plus complexes et les plus sophistiquées, la perspective d'aller exercer à la campagne,

loin des « plateaux techniques » est aussi rassurante que celle de sauter d'un avion sans parachute. Face à la rémunération médiocre, aux gardes obligatoires (parfois, sur réquisition), et à l'appauvrissement des zones rurales (pas d'école à laquelle conduire ses enfants, pas de travail pour le conjoint…), la plupart des jeunes médecins qui ne font pas carrière à l'hôpital préfèrent se spécialiser pour s'établir en ville.

En France, l'accentuation des inégalités d'exercice entre médecins de famille et spécialistes hospitaliers est la conséquence de l'élitisme du monde médical, lequel ne fait que singer la structure de la société française. Cette dernière peut être, schématiquement, représentée sous la forme d'une pyramide de sphères (d'activité et d'influence). Les sphères supérieures correspondent aux centres de pouvoir politique et économique que sont Paris et les grandes villes de province (Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille, Toulouse…).

À mesure que l'on s'éloigne de ces sphères, pouvoir et influence diminuent et les moyens diminuent également. Dans un pays aussi centralisé et hiérarchisé que la France, statut, pouvoirs et influence des médecins sont étroitement liés à leur implantation géographique.

Résultat : aujourd'hui, en France, la démographie des généralistes est en chute libre. Harassés, frustrés et noyés par l'isolement, l'absence de soutien et le mépris de pouvoirs publics et des spécialistes, des omnipraticiens dans la force de l'âge choisissent, souvent la mort dans l'âme, de « dévisser leur plaque » et de s'orienter vers une autre activité, voire un autre pays[31].

---

31. Voir à ce sujet Le dernier billet des « Carnets d'un médecin de Montagne » – http://genoudesalpages.blogspot.ca/2014/06/bilan-et-point-final.html#more

Héritière d'une longue tradition, la profession médicale se présente comme le parangon des vocations soignantes. Lorsqu'elle reste perchée sur un maillage d'élitisme, de corporatisme sectaire et de luttes de pouvoir, elle ne remplit pas du tout cette mission supposée : comment ceux qui se consacrent, dès le début de leur formation, à défendre leur statut et leurs privilèges pourraient-ils se sentir honorés de délivrer des soins et exercer avec humilité ? Quant à celles et ceux qui échouent à entrer dans la carrière hospitalo-universitaire, leur reprocher de préférer à la difficulté de la médecine générale rurale ou de quartier le confort d'une pratique spécialisée en ville, c'est oublier les raisons qui les ont fait devenir médecin.

Il faut noter que cette situation n'est pas inévitable, même dans les pays les plus industrialisés. En Grande-Bretagne – dont le système de santé, il est vrai, pêche par d'autres côtés – les médecins de famille sont véritablement les points d'ancrage de la délivrance des soins. Ils sont aussi les mieux formés, les plus investis dans les recherches portant sur le soin au quotidien, et les plus ouverts au partage des connaissances avec les citoyens. Au Québec – comme, d'ailleurs, dans l'ensemble du Canada – la médecine de famille est une spécialité de même importance que les autres ; les omnipraticiens y sont beaucoup mieux rémunérés qu'en France, et même si devenir médecin confère des privilèges indéniables, cela comporte aussi des obligations civiques. Les professionnels de santé québecois ont pour vocation première de servir la communauté, non de s'isoler dans une caste et de dominer l'ensemble du système. À ce titre, beaucoup de médecins exercent en service d'urgences et en maternité et certains se portent volontaires pour aller exercer, plusieurs semaines par an, dans des dispensaires ou centres médicaux très éloignés de leur lieu d'exercice habituel. Le Québec est très vaste (deux fois et demie la superficie de

la France), mais tout est fait pour offrir des soins de qualité à tous, en particulier aux populations autochtones vivant aux confins de la province.

Un bilan affligeant

En 2014, alors que l'assemblée nationale du Québec vient de voter une loi favorable à l'assistance médicale à mourir dans le cadre des soins palliatifs, et qu'euthanasie et/ou suicide assistés sont légaux dans plusieurs États d'Europe (Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Suisse) et d'Amérique (Oregon, Vermont, Washington, Nouveau-Mexique, Montana), les attentes des citoyens français en matière de législation de la fin de vie continuent à faire l'objet d'un rejet violent de la part d'une grande partie du corps médical. En 2012, le président de la République nouvellement élu avait chargé le Comité consultatif national d'éthique de se pencher sur les difficiles questions de la fin de vie. Ce n'était pas la première fois que le Comité planchait sur le sujet : un rapport rendu en 2000 soulignait déjà que des actes d'euthanasie – plus précisément de mort donnée à un patient par un médecin – étaient couramment pratiqués, dans la plus grande hypocrisie et dans une clandestinité qui ne pouvait que desservir l'intérêt des patients. Il rappelait que le suicide n'était pas un délit, mais n'en concluait pas pour autant que (par exemple) l'assistance au suicide pourrait être accordée aux personnes qui ne désirent pas mettre fin à leurs jours de manière violente – ce qui est inévitable quand on n'a pas accès aux médicaments dont les médecins disposent. En 2013, un sondage national indiquait que plus de 90 % des Français étaient favorables à une législation de l'euthanasie, similaire à celles de la Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas. Qu'à cela ne

tienne! le CCNE a fermement renouvelé son opposition à l'euthanasie et au suicide assisté, et proposé plutôt « un débat national »… après avoir déjà organisé huit débats publics dans huit grandes villes de France.

Le rapport remis au Président de la République est toutefois riche d'enseignement[32]. Chacun peut le consulter en ligne sur les sites officiels, mais jetons simplement un œil à quelques phrases-titres du sommaire :

« UNE MÉDÉCINE QUI NE PRÊTE PLUS ATTENTION À LA PAROLE »
« UNE PRISE EN COMPTE DE LA DOULEUR ENCORE ALÉATOIRE »
« L'INSUFFISANTE FORMATION ET L'IMPOSSIBLE PARTAGE DES COMPÉTENCES »
« LA LOI LEONETTI (sur les soins palliatifs) : UN CHEMIN MAL CONNU ET MAL PRATIQUÉ ET QUI RÉPOND POURTANT À LA MAJORITÉ DES SITUATIONS »
« LA CULTURE HOSPITALIÈRE DE PLUS EN PLUS SPÉCIALISÉE EXCLUT LA MORT DE SES PRÉOCCUPATIONS »

À la page 29, au sujet de la douleur, on peut lire :

> Si la médecine offre aujourd'hui des possibilités très sophistiquées de traitements contre la douleur, leur maniement concret laisse à désirer. Il y a peu de cours pratiques au profit d'abondants cours théoriques de pharmacologie sur les effets secondaires. En ce domaine comme dans beaucoup d'autres, les infirmières elles-mêmes sont de moins en moins aidées par des cadres de proximité responsables de la qualité et de la sécurité des soins qui préfèrent ou qui sont sommées d'accomplir des tâches administratives dénuées de toute attention réelle, directe

32. Commission de réflexion sur la fin de vie en France – Rapport du 18 décembre 2012. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf

à la personne malade. La loi ou la réglementation hospitalière aggravent la situation en empêchant des soignants infirmiers de prescrire de leur propre chef des médications antalgiques, en urgence, la nuit par exemple, sans une prescription médicale écrite, datée et signée, le plus souvent d'un interne de garde.

La méconnaissance des demandes anticipées est flagrante, comme celle du projet de soins. La souffrance psychique est peu prise en compte.

Et page 38, au sujet de la « culture » hospitalière :

Les médecins n'ont pas appris à travailler sur cette ligne de crête correspondant à la limite des savoirs, à la limite de la vie, à leurs propres limites et aux limites des personnes malades. Ce temps de la fin de vie est un temps de souffrances aussi bien du côté des personnes malades que du côté des acteurs de santé. C'est probablement pourquoi les médecins ont cru pouvoir se distancier de la question en occultant la dimension sensible, relative à l'humain, pour surinvestir la dimension technique. Ce faisant c'est la part proprement humaniste de la fonction du médecin qui s'est estompée.

On ne saurait mieux dire, en aussi peu de mots.

Au sujet de la loi Leonetti sur les soins palliatifs, votée sept ans auparavant, le rapport déclare sans ambages, page 42 :

Les citoyens et le corps médical sont loin de s'être approprié la loi Leonetti, issue du Parlement et non du gouvernement, sept ans après sa promulgation. Ignorée par le plus grand nombre, elle est généralement perçue par les citoyens comme une loi qui protège les médecins des foudres de la justice lorsque ceux-ci arrêtent les soins, et perçue par les médecins comme plutôt adaptée aux situations de réanimation adulte et néonatale qu'aux situations vécues dans le quotidien des soins. Elle n'est pas vécue comme le respect du droit des malades et elle est loin d'avoir clos le débat sur ces droits.

> Jusqu'à maintenant, ce que l'on nomme souvent hâtivement « débat sur les questions concernant la fin de vie » est à vrai dire plutôt marqué par des postures assez dogmatiques et des a priori, plus que par une attention réelle à des situations infiniment différentes les unes des autres. La complexité réelle est souvent gommée par des arguments simplificateurs.

Parmi les problèmes majeurs que rencontre la prise en charge de la fin de vie, le rapport cite (même page) :

- l'exigence d'égalité confrontée à la demande de réponses personnalisées,
- la culture curative en situation de quasi-monopole,
- le caractère extrêmement limité de l'accès aux soins palliatifs dans les situations réelles de fin de vie,
- le cloisonnement délétère du système de santé, la trop grande verticalité des compétences et l'insuffisante transversalité des pratiques,
- l'absence de culture réelle de la collégialité,
- […]
- l'insuffisante information donnée au malade,
- les graves insuffisances de la formation des médecins et soignants,
- le prisme excessif d'une culture de la performance technique et économique dans l'univers de la santé…

Même si ces points concernent une situation bien précise qui ne recouvre pas l'ensemble des activités du corps médical français, il serait naïf – ou hypocrite – de prétendre que les lacunes ici dénoncées sont elles aussi ponctuelles. Si les médecins français sont incapables de prendre en charge traitement de la douleur et demandes de fin de vie par manque de formation, par méconnaissance de la loi et du fait de structures verticales et cloisonnées, on peut penser qu'il en va de même *dans tous les domaines*.

V

Femmes, médecins et maltraitance dans la France du XXIe siècle

La maltraitance est un risque inhérent à l'asymétrie qui fonde la relation de soin. L'appel du patient met le soignant *en position* de le traiter, mais aussi de le maltraiter : le soignant peut décider de soigner ou d'agir en bourreau. Pour l'empêcher d'être un bourreau, il existe trois types de repères et garde-fous : la loi (les règles sociales) ; le sens moral et la conscience professionnelle du soignant ; et, surtout, *ce que dit le patient*. Ce qui permet à une relation d'être non maltraitante, condition indispensable (mais non suffisante) pour être conforme à l'éthique, c'est le respect simultané et constant de ces trois types de repères.

Dans les pages qui suivent, je vais me concentrer sur la maltraitance individuelle imputable à une catégorie particulière de médecins, les gynécologues (parfois également obstétriciens).

Quand on se rappelle les principes fondamentaux de l'éthique (autonomie, bienfaisance, non malfaisance, justice, confidentialité, loyauté), il n'est pas très difficile de repérer un professionnel maltraitant. C'est même très simple : un

professionnel est maltraitant quand on se sent *systématiquement* mal à la fin de la rencontre. Je dis « systématiquement » parce qu'on peut bien sûr être insatisfait d'une rencontre sans que le soignant ait été maltraitant : parce qu'on est soi-même préoccupé, fatigué, soucieux, etc., ou parce que le courant n'est pas passé, ce qui est toujours possible.

Mais une relation de soin est essentiellement destinée à nous faire aller moins mal. Quand ce n'est *jamais* le cas, ça ne peut pas être simplement parce que le patient y met de la mauvaise volonté (ou parce que sa maladie s'aggrave). Sortir systématiquement angoissé, frustré, en colère, en larmes, avec un sentiment d'humiliation ou de culpabilité d'une rencontre avec un.e professionnel.le de santé est un signe qui ne trompe pas. Si le professionnel de santé ne vous a pas écouté.e, vous êtes parfaitement en droit, vous, d'écouter ce que vous ressentez après l'avoir vu.

D'autres symptômes permettent de repérer la maltraitance, et ils sont les mêmes que dans toute autre relation – avec un supérieur hiérarchique, un conjoint, un parent. Ils tiennent, une fois encore, en peu de mots : le patient se sent « coincé », non parce qu'il est malade mais parce que les paroles et les actes du professionnel ne lui donnent aucune latitude pour se poser, réfléchir, prendre le temps de décider. Toutes proportions gardées, la relation de maltraitance médicale est similaire à la relation de maltraitance dans un couple : c'est une relation de pouvoir et non de respect mutuel.

S'il est difficile d'en prendre conscience et, plus encore, de l'admettre, c'est parce que notre interlocuteur est une personne de confiance, nous lui accordons un crédit important et nous sommes prêts (parce que nous avons des scrupules) à envisager que s'il nous dit que nous avons tort, c'est parce qu'il a raison.

Et, de même que dans une relation abusive entre conjoints ou entre parent et enfant, celui ou celle qui est maltraité.e cherche, consciemment ou non, à retrouver la bienveillance (et l'approbation) de celui ou celle qui le maltraite. En vain.

S'il est un domaine où j'ai pu assister personnellement aux conséquences néfastes de la « culture des docteurs », c'est la santé des femmes. J'aime l'expression : c'est la traduction littérale et exacte du terme anglais « women's health », et il est couramment utilisé au Québec. En France, il n'y a ni centre, ni diplôme universitaire, ni spécialiste portant officiellement ce titre. Seul semble exister celui de « gynécologie-obstétrique », comme pour indiquer que la santé de la moitié de la population est indissociable de la sexualité, de la procréation, et de la médecine.

Au jour où j'écris ceci (été 2014), le terme de santé des femmes n'est jamais employé sur le site du ministère de la Santé français et le mot « santé » n'apparaît pas non plus sur le site du ministère des Droits des femmes. Pour ajouter un paradoxe à un autre, la page « Droit à disposer de son corps » de ce dernier site affiche, lorsque je la consulte le 27 juin 2014, une infographie sur l'IVG, mais ne mentionne nulle part le mot « accouchement » – alors qu'en toute bonne logique, le droit de disposer de son corps devrait concerner aussi cet événement-là. Mais nous y reviendrons.

Compétence, empathie et genre du médecin

Ici, j'aimerais rapidement régler un compte à deux idées reçues. J'ai souvent entendu dire de certains médecins « Il ne répond pas aux questions » ou « Il a un caractère de chien » ou « Il est brutal » suivi de la phrase « ***mais*** il est compétent » ou d'une de ses variantes : « ***mais*** il est *sûrement* compétent » et « ***mais*** il a l'air compétent ». Il est grand temps de faire un sort

à l'idée reçue selon laquelle un professionnel de santé dénué d'empathie pourrait être compétent.

Il n'y a pas de compétence médicale sans qualités relationnelles et il n'y a pas de qualités relationnelles sans empathie. Un point, c'est tout. Le médecin qui ne m'écoute pas, qui n'entend pas ce que je lui dis de moi, ou qui me traite avec distance ou mépris, ne peut pas savoir qui je suis. Il ne peut pas connaître mes préférences, il ne peut pas m'éclairer sur ma situation, il ne peut pas comprendre mes choix.

Un chirurgien orthopédiste qui opère à la chaîne des patients avec lesquels il n'a aucun contact n'est ni un soignant, ni même un professionnel de santé, c'est une planche à billets. Un neurologue qui assène froidement des diagnostics de maladies dégénératives ou de tumeurs malignes est un pervers. Un obstétricien qui déclare négligemment à la femme dont l'enfant est mort à l'accouchement « C'est pas grave, vous en aurez d'autres » est une crapule.

Et, dans mon esprit, les trois termes sont interchangeables.

Il ne s'agit pas de stigmatiser les mouvements d'humeur éruptifs et occasionnels d'un soignant harcelé, harassé ou ayant des problèmes personnels. Le *burn-out* peut frapper tous les soignants, et il se manifeste souvent par une irritabilité qui peut passer pour de l'agressivité. Mais, sans s'attarder sur les comportements insupportables (mais pas si rares) cités plus haut, le refus de répondre aux questions, l'impolitesse, les agressions verbales, le mépris, la surdité sélective, la dérision, le dénigrement, la désinvolture et tous les manques de respect, lorsqu'ils sont systématiques et quotidiens, sont *toujours* une marque d'incompétence. Quels que soient les diplômes et la notoriété de la personne en question.

Selon la seconde idée reçue (cruciale en ce qui concerne la gynécologie), les femmes seraient « de meilleures médecins

pour les femmes » que les hommes. Or, ce n'est pas si simple. Des travaux ont certes montré que le genre du praticien entre en ligne de compte dans le choix et les préférences des patients. De plus, les modes de communication employés par les femmes sont différents de ceux qu'emploient les hommes, ce qui influe sur le comportement du médecin, mais aussi sur la *perception* que les patients (hommes et femmes) ont du médecin.

Lorsque les femmes choisissent leur médecin, elles le font sur des critères personnels variés, parmi lesquels figure parfois (mais pas toujours) un double a priori : un médecin est un soignant ; une femme sera plus attentive qu'un homme aux préoccupations d'une femme. Étant donné la réalité de la formation médicale en France, ces attentes sont susceptibles d'être cruellement détrompées. De fait, les réseaux sociaux abondent en témoignage de femmes cruellement déçues par l'obscurantisme de leur gynécologue féminine, ou surprises par la bienveillance de certains obstétriciens masculins. Car l'attitude de chaque médecin découle en très grande partie, nous l'avons vu, de ses traits de personnalité (les femmes, comme les hommes, peuvent se sentir supérieures, être perverses ou détachées), de ses origines sociales et des conditions dans lesquelles il ou elle a reçu sa formation… de « docteur » ou de soignant. Il n'est donc pas possible d'anticiper la « bienveillance » (ou la compétence) d'un praticien à partir de son genre.

Voyage en santé des femmes

Lorsque j'ai commencé mon exercice médical, en 1983, je n'imaginais pas me « spécialiser » dans la santé des femmes. J'étais généraliste, heureux de m'occuper des femmes, des

enfants, des personnes âgées et même, parfois des hommes entre 25 et 50 ans, fraction de la population qui consulte le moins un médecin. Mais la même année, j'ai commencé à assurer des consultations de planification (autrement dit : de conseil et prescription contraceptive) et, au bout de quelques mois, pris la succession d'une collègue au centre d'interruption de grossesses du centre hospitalier du Mans, où j'avais terminé ma formation.

Cette double activité m'a très vite fait comprendre à quel point les femmes – qui sont pourtant les premières demandeuses de consultation médicale en France – étaient souvent mal reçues, très peu écoutées, rarement respectées et fréquemment incomprises et méprisées par le corps médical environnant.

Je préciserai d'abord ceci : dès le début de mes études et de mes remplacements d'aide-soignant, j'ai constaté que tous les patients parlaient volontiers des médecins qu'ils avaient connus et en particulier de celui ou de celle qui les avait le plus marqués par sa gentillesse, son écoute et sa compréhension. Il arrivait, cependant, qu'ils en évoquent d'autres en citant les paroles blessantes ou les comportements brutaux qu'ils leur avaient fait subir. La « culture médicale » dans laquelle j'avais été formé spécifiait toujours qu'il fallait « se méfier de ce que disaient les patients ». Lorsque l'un d'eux se plaignait d'un médecin, il fallait toujours, a priori, prendre ses déclarations avec des pincettes. Il avait peut-être mal compris. Il n'était peut-être pas en mesure de comprendre. Bref : le doute devait profiter au confrère. Spontanément, et peut-être parce que j'avais moi-même beaucoup souffert du mépris et des violences morales que j'avais vues infligées (et parfois subies) à l'hôpital, je prenais *toujours* les paroles du patient au sérieux. Toutes les personnes qui se présentaient

à moi étaient des victimes, et les médecins qui ne les avaient pas soignées correctement, des bourreaux.

Évidemment, ce n'était pas si simple.

Au fil de mon exercice, de discussions avec des praticiens bienveillants et chevronnés et d'une quinzaine d'années de participation à un groupe Balint, ma perception s'est nuancée. J'ai d'abord appris à mieux écouter les patient.e.s et en particulier à leur faire raconter en détail leur histoire et à leur faire décrire leurs émotions.

À partir de 2001, date de la publication de mon livre *Contraceptions mode d'emploi* et surtout de 2003, date de la mise en ligne de mon site *Winckler's Webzine*[1], largement consacré à la santé des femmes, j'ai reçu des milliers de messages d'internautes m'interrogeant sur la grossesse, les méthodes contraceptives, les infections sexuellement transmissibles et la sexualité en général.

À ce jour, mon site propose près de 1200 articles, dont les plus consultés concernent la contraception et la sexualité. Il reçoit en moyenne 6000 visites par jour, 200 000 par mois en 2014.

À l'époque où j'ai créé mon site, les forums féminins étaient rares. Un très grand nombre de messages qui m'étaient envoyés commençaient en substance de la manière suivante : « Je ne parviens pas à obtenir de réponses de mon/ma gynécologue, pouvez-vous m'en donner ? Voici mon histoire. Merci de me lire. »

Je me suis mis à donner les réponses que je pouvais donner, et à publier questions et réponses anonymisées, afin qu'elles servent au plus grand nombre. La rubrique « Questions/Réponses », alimentée entre 2003 et 2006, com-

1. www.martinwinckler.com

prend soixante-dix pages, contenant entre quatre et huit Q/R chacune, soit plusieurs centaines d'échanges. Je n'ose me demander quelle proportion infime cela représente par rapport à toutes les questions que les femmes se posent en ce domaine. Car même si j'ai dû cesser d'alimenter la rubrique, faute de temps, les questions n'ont jamais cessé. Chaque jour, des femmes différentes se posent pour la première fois des questions concernant leur physiologie, leur sexualité, leur fertilité. Les médecins n'en auront jamais fini d'y répondre, car les connaissances ne cessent d'évoluer, ni les situations nouvelles d'apparaître.

Dix ans après que j'ai commencé cette activité de partage des connaissances en ligne, les réseaux sociaux se sont développés et multipliés. Sur Facebook, les échanges vont bon train et dénoncent sans cesse les maltraitances vécues par les femmes dans tous les domaines de la santé.

Au cours de la décennie écoulée, les sages-femmes françaises se sont vu accorder le droit de prescrire toutes les contraceptions, ce qui est un progrès considérable car cela augmente le nombre de professionnel.le.s à qui les femmes peuvent s'adresser.

Beaucoup de ces professionnel.le.s sont conscient.e.s de l'ampleur des problèmes, et des lacunes en termes d'information des patientes. Le site et la page Facebook de Formagyn, un groupe de gynécologues et de sages-femmes, témoigne chaque jour de leur volonté de partage des expériences et des attitudes, mais aussi des techniques et approches bénéfiques pour les patientes. C'est réconfortant et encourageant : les choses sont en train de changer, grâce en particulier à ce que je qualifie volontiers d'« horizontalisation » des rapports entre soignant.e.s et patient.e.s grâce à l'internet et aux partages de connaissances – mais aussi de coups de gueule – qu'il permet.

Au cours des années 1980-1990, lorsque j'exerçais au centre de planification du centre hospitalier du Mans, j'avais une vision très pessimiste des conditions dans lesquelles les femmes se faisaient soigner en France. Certes, je vivais dans un département peu mis en valeur (la Sarthe, à mi-chemin entre Paris et la Bretagne), mais les équipements et les médecins ne manquaient pas sur son territoire, la maternité du Centre hospitalier du Mans était justement réputée pour son équipe de praticiens et de sages-femmes actifs et bienveillants ; le centre d'IVG fonctionnait bien, grâce à une demi-douzaine de généralistes chevronnés, présents pour certains depuis sa création à la fin des années 1970 ; les gynécologues médicaux étaient nombreux en ville. Une patiente vivant dans la Sarthe pouvait espérer trouver réponse à ses questions ou une aide à ses soucis de santé. Et pourtant.

Histoires de DIU

À l'époque, les facultés de médecine ne formaient pas les généralistes à la contraception, et réservaient cet enseignement aux « spécialistes-de-la-femme » – gynécologues-obstétriciens (qui pratiquaient accouchement et interventions chirurgicales à l'hôpital et en clinique) et gynécologues médicaux (qui pratiquaient la gynécologie, mais non l'obstétrique ou la chirurgie, en cabinets privés). Cette situation de « chasse réservée » était irrationnelle sur le plan scientifique, et néfaste pour la délivrance des soins : la contraception fait partie de ce qu'on appelle les « soins primaires » – traitement des maladies les plus fréquentes, éducation, prévention. Elle devrait être systématiquement enseignée aux généralistes, qui sont les premiers interlocuteurs des femmes et aussi les plus nombreux (cent mille, contre quelques milliers de « spécialistes-de-la-femme »).

Bon an mal an, plusieurs centaines de généralistes, en particulier ceux qui exerçaient en centre d'IVG (que la plupart des spécialistes fuyaient), se formaient à la contraception en autodidactes, à la fin de leurs études. À partir de 1983, j'ai pu moi aussi bénéficier de cette formation sur le terrain.

En 1994, au bout de dix années de pratique, et fort de plusieurs publications (romans, articles) sur le sujet, j'avais une assez bonne vision de la situation dans laquelle beaucoup de « spécialistes-de-la-femme » français (mal)traitaient les patientes.

En guise de contraception, la majorité des prescriptions des gynécologues concernaient une seule forme : la pilule. Diaphragmes et spermicides, qui avaient été les premières méthodes disponibles en France dans les années 1960, étaient considérés comme sans intérêt. Les DIU (dispositifs intra-utérins) au cuivre ou « stérilets » (puisque c'est ce nom malheureux qu'on leur donne en France), pourtant extrêmement efficaces et délivrés par toutes les pharmacies, étaient rarement mentionnés par les praticiens. Un dogme franco-français rejetait absolument l'éventualité de les proposer à une femme n'ayant jamais eu d'enfant. Beaucoup les refusaient même aux femmes qui en avaient eu et en voulaient encore. Cet ostracisme n'avait aucun fondement scientifique : la méthode était couramment proposée outre-Manche et en Europe du Nord, y compris aux très jeunes femmes.

Pour ma part, j'en prescrivais régulièrement depuis le milieu des années 1980, aux patientes vues au centre d'IVG qui, après plusieurs échecs de pilule, trouvaient le port d'un DIU moins menaçant qu'une nouvelle grossesse inopinée.

En 1994, je reçus en consultation une jeune femme de vingt ans dont la contraception habituelle avait échoué ; elle

désespérait de pouvoir en utiliser une autre (les contraceptions hormonales lui étaient interdites). Je lui proposai un DIU, ce qu'aucun praticien avant moi n'avait fait. Après m'avoir posé toutes les questions qu'elle désirait (sur le rejet de cette méthode par la majorité des médecins, sur sa sécurité d'emploi, sur la crainte qu'elle avait de compromettre sa fécondité en utilisant un objet dont le nom contenait l'adjectif « stérile »), elle me demanda de lui en poser un. Je restai son médecin pendant les quinze années qui suivirent, jusqu'aux toutes dernières semaines avant mon départ. Au cours de l'une des consultations (elle avait mené deux grossesses sans problème et avait toujours utilisé des DIU dans l'intervalle) elle me déclara en substance : « Si vous ne m'aviez pas proposé cette méthode, je n'aurais pas pu faire les études que je voulais, choisir ma voie et décider de mes grossesses. »

Ce jour-là, je pris conscience qu'un soignant peut, selon son attitude, compromettre considérablement la qualité de vie des patient.e.s, ou au contraire, la rendre incomparablement meilleure.

J'avais seulement, pensais-je, effectué un geste banal, répété plusieurs fois par semaine : insérer un « petit T en plastique entouré d'un fil de cuivre » dans la cavité utérine d'une femme qui me l'avait demandé. Mais ce simple geste témoignait d'une interaction beaucoup plus complexe : j'avais pris le temps d'écouter la patiente, je lui avais proposé des méthodes que je savais sûres mais diabolisées, j'avais écouté ses questions, j'y avais répondu sincèrement, mais c'était la première fois que je posais un DIU à une très jeune femme sans enfant ; même si intellectuellement je savais que c'était médicalement justifié et sans danger, le travail de sape de mes années d'études (« Et si il lui arrive une bricole ? Hein ? *Ce sera ta faute !!!* ») planait comme un oiseau de mauvais augure. Nous avions convenu

que si quoi que ce soit d'inhabituel se produisait, elle pouvait m'appeler et que je la recevrais en urgence.

Il n'y eut pas de bricole, et je serai toujours reconnaissant à celle que je nomme désormais « la patiente Alpha », car elle fut déterminante pour ma pratique en santé des femmes, de m'avoir conservé sa confiance envers et contre les cris d'orfraie des autres médecins qui, apprenant qu'elle portait un DIU, cherchaient à le lui faire retirer à tout prix.

Fort de cette confiance et d'un suivi sans heurt, je me mis à proposer des DIU à toutes les patientes susceptibles de les utiliser. À la fin de l'année 2008, lorsque je quittai le centre de planification après y avoir exercé vingt-cinq ans, les plus jeunes femmes qui m'avaient demandé de leur poser un DIU avaient quinze et seize ans. Elle se portaient parfaitement bien et se félicitaient d'une méthode qui les protégeait à l'insu de leur famille et pour laquelle elles n'avaient pas besoin de consulter ou de passer à la pharmacie à tout bout de champ.

À partir de 2003, après la création de mon site, je me suis mis à envoyer aux internautes qui avaient essuyé un refus de DIU les documents (en français) de l'International Planned Parenthood Federation soulignant l'efficacité et l'innocuité de la méthode. Après 2004, j'y ai joint les recommandations de l'ANAES (prédécesseur de la Haute Autorité de Santé), lesquelles énoncent clairement que le DIU peut être prescrit en « première intention » – autrement dit : comme première contraception à la grande majorité des femmes. Certaines internautes allaient déposer les documents sur le bureau de leur gynécologue qui, parfois, les lisait avec intérêt et, devant l'évidence scientifique, reconsidérait sa position. D'autres fois, le professionnel s'enfermait un peu plus dans son refus. Partout en France, malgré les évidences, beaucoup de spécialistes-de-la-femme restaient inébranlables.

En 2004, au cours d'un congrès régional de l'ANCIC (Association nationale des centres de contraception et d'interruption de grossesse), je revins sur le dogme anti-DIU. Un grand patron de gynécologie français très médiatique et spécialisé dans la contraception des adolescentes me demanda ce qu'il en était des « risques d'infection et d'infertilité ». Je lui répondis qu'il s'agissait d'une crainte infondée : de nombreuses études avaient montré que les utilisatrices de DIU ne sont pas plus infertiles, après utilisation, que les utilisatrices de pilule. Les infections sont liées à l'activité sexuelle et non à la méthode. Non seulement il ignorait l'existence de ces études, mais il poussa le bouchon jusqu'à me demander de lui envoyer les références. Je lui répondis que je le ferais volontiers, mais qu'elles sont à la disposition de tout internaute : les organismes internationaux (OMS, Population Reports, IPPF) donnent ces informations en ligne, afin que les soignants des pays en développement y aient accès.

Mais quand un grand patron spécialisé (et a priori soucieux du confort des femmes) ne connaît pas les travaux concernant son champ d'activité, comment s'étonner de tant d'obscurantisme chez les praticiens insensibles ou fermés aux besoins des femmes ?

Le même phénomène d'obscurantisme se fit jour au début des années 2000, lorsqu'une nouvelle méthode contraceptive apparut. Il s'agissait d'un implant en plastique souple, de la taille d'une allumette, contenant une hormone contraceptive, et qui après avoir été inséré sans douleur sous la peau du bras, confère une contraception continue pendant trois ans. Je fus l'un des tout premiers praticiens de la région à en proposer aux patientes, mais aussi l'un des rares à accepter de les retirer. Le geste était simple, mais il semblait représenter pour les « spécialistes-de-la-femme » du secteur, une

épreuve insurmontable. Au bout de quelques années, je voyais régulièrement des femmes entrer, poser la boîte contenant l'implant sur mon bureau et déclarer : « J'ai demandé à mon/ma gynécologue de m'en prescrire un, mais il/elle est *contre.* » Ou, pire encore « il/elle ne les pose pas ». J'étais toujours tenté de demander : « C'est quoi, son métier, exactement ? »

Le pire était que parfois, la prescription demandée par la patiente n'était pas appropriée : l'implant peut provoquer des poussées d'acné et de pilosité chez les femmes qui y sont sujettes, ou une prise de poids importante chez les femmes prédisposées. Il suffisait de quelques minutes de conversation avec elles pour qu'elles se rendent compte que leur choix n'était pas forcément le meilleur. Souvent, elles avaient choisi un implant pour le substituer à une pilule quotidienne qu'elles étaient fatiguées de prendre. Évidemment, on ne leur avait pas parlé de DIU.

La pilule : une prescription sous influence

La résistance des médecins à prescrire autre chose que la pilule ne sort pas du néant. Elle a, en gros, trois origines.

La première est le fond de misogynie qui caractérise la médecine française. Dans « Les médecins et la "nature féminine" au temps du Code Civil », passionnant article paru en 1976 dans la revue *Annales*[2], Yvonne Knibiehler rappelle que la Révolution et l'Empire furent des périodes de régression pour les femmes, mais de croissance pour la médecine.

> La Révolution et l'Empire marquent une régression relative de la condition féminine ; des droits nouveaux sont créés pour les

2, Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 31e année, no 4, 1976. p. 824-845.

> hommes seuls ce qui accroît l'inégalité traditionnelle entre les deux sexes ; le droit de voter au niveau national c'est-à-dire de participer à la vie politique est accordée aux hommes et pas aux femmes. L'Université et les lycées qui font de l'enseignement un service public sont ouverts aux hommes pas aux femmes et on sait que le Code civil prive la femme mariée de droits considérés comme naturels peu de temps auparavant.

C'est sous l'Empire qu'apparaissent les premiers « grands patrons » hospitaliers. C'est aussi à cette époque qu'on s'intéresse aux maladies des femmes et que, sous l'influence d'un médecin nommé Pierre Roussel et de son ouvrage *Système physique et moral de la femme* on commence à élaborer une vision de la féminité qui servira de modèle au corps médical jusque tard au XX^e^ siècle.

> Avec ses menstrues, ses grossesses, sa ménopause, la femme est une éternelle malade et surtout l'accouchement même normal la met en état de souffrance et de dépendance comme la plus grave maladie. (Cité par Knibiehler, 1976 : 829)

À la fin du XVIII^e^ siècle, l'*Encyclopédie* dirigée par Diderot et d'Alembert faisait état de nombreux progrès de la connaissance qui permettaient de sortir des stéréotypes hommes-femmes – la névrose hystérique y était décrite comme touchant les personnes des deux sexes ; mais les médecins de l'Empire et de tout le XIX^e^ siècle l'attribuent de nouveau exclusivement aux femmes. À la même époque, l'obstétrique devient une discipline entièrement contrôlée par les médecins – c'est-à-dire par des hommes. Ce sont eux qui débattent, lors d'accouchements difficiles, du dilemme : « sauver la mère ou sauver l'enfant ? » Car si l'on pratique une césarienne (pour sauver l'enfant), la mère, très souvent, n'y survit pas ; si l'on choisit de sauver la mère, c'est l'enfant qui ne survit pas à un accouchement instrumental par voie basse.

L'essor de la médecine à une époque de relative régression des droits des femmes va teinter notablement l'idéologie médicale, qui va se construire sur une image de la femme soumise pendant toute sa vie à ses « humeurs », à sa « matrice » et aux symptômes qui la fragilisent, physiquement et psychologiquement. Cette vision teinte fortement la culture médicale, aujourd'hui encore. La prescription de pilule a ceci de particulier par rapport à celle d'un DIU, d'un implant, d'un diaphragme ou de crèmes spermicides qu'elle maintient les femmes dans la dépendance du médecin. La loi autorise la prescription pour un an depuis fort longtemps, mais au début des années 2000, de nombreux praticiens contraignaient encore les femmes à venir les voir deux ou trois fois par an pour la renouveler. Le bon sens veut qu'une femme qui va bien et n'a pas de souci avec sa pilule n'a pas besoin de médecin, et qu'elle n'hésitera pas à consulter en cas de problème. Mais pour certains praticiens tout se passe comme si les femmes étaient intellectuellement incapables de prendre la décision de consulter quand elles en ont besoin et de ne pas le faire si tout va bien. Une utilisatrice de DIU ou d'implant n'a pas besoin de consulter tous les quatre matins (même si certains praticiens leur recommandent une « visite annuelle » médicalement inutile). Sa liberté est bien plus grande.

Le deuxième motif de prescription préférentielle de la pilule est moins avouable : c'est le confort du praticien. En faculté de médecine, la formation à la contraception est inexistante pour les généralistes, mais pas vraiment très importante pour les spécialistes, à qui l'on parle plutôt d'endocrinologie de la grossesse et de la ménopause, de cancers et d'obstétrique, de traitement de la stérilité et de colposcopie. Le simple fait que, jusqu'au début du XXI^e^ siècle, les gynécologues français continuent à utiliser des pinces de

Pozzi, instrument barbare de maintien du col de l'utérus, et ne disposent pas de pinces plates (comme les Britanniques), bien moins traumatisantes, en dit long sur leur insouciance à l'égard du confort des femmes.

Prescrire une pilule, ça demande cinq secondes : le temps d'écrire le nom sur l'ordonnance. Poser un DIU ou un implant ne demande pas beaucoup plus de temps (cinq ou dix minutes, sans se presser), mais c'est plus long à apprendre et plus long à faire en consultation : il y a des instruments à préparer, des gestes à faire, des précautions à prendre. Tout ça prend du temps. Et le temps, c'est de l'argent. Prescrire exclusivement la pilule, c'est s'assurer qu'on va recevoir beaucoup de patientes en peu de temps. C'est aussi donner à la patiente l'illusion du choix en gardant le contrôle de la situation : le nombre de marques est si grand qu'on peut toujours faire mine de prendre en compte ce qu'elle dit pour choisir laquelle va convenir. Mais cela reste le choix du médecin, non de la première intéressée. Le vrai partage consiste à lui exposer *toutes* les méthodes afin qu'elle, et elle seule, choisisse. Dans cette perspective, une première consultation de contraception peut durer trente à quarante-cinq minutes. Pour un praticien payé à l'acte, c'est beaucoup trop long. Si le choix de la patiente se porte sur un implant ou un DIU, il peut ne pas la revoir pendant plusieurs années. Il faut donc avoir une conception très altruiste (et pas du tout paternaliste) de son métier pour accepter de donner simultanément à la patiente le contrôle de la prescription et celui de la fréquence des consultations, et cela en sacrifiant des consultations avec d'autres patientes potentielles.

Bien entendu, tous les praticiens ne raisonnent pas en ces termes, mais le fait est que, d'après le témoignage de nombreuses internautes, la prescription de pilule en cinq minutes, à la chaîne, est encore une expérience courante.

La troisième influence favorisant le « tout-pilule » est, bien entendu, celle des industriels. La contraception hormonale est en effet du pain bénit pour les fabricants : depuis la commercialisation des premières pilules au cours des années 1960, les industriels se sont engagés dans une concurrence effrénée. L'objectif déclaré, au fil des trois décennies écoulées, fut successivement d'éviter les effets indésirables graves (en baissant les doses d'estrogènes), puis de mettre à la disposition des femmes des pilules adaptées à leur physiologie et à la « subtilité de leurs rythmes hormonaux » puis, de produire des effets cosmétiques en utilisant des hormones synthétiques dont les effets étaient de combattre l'acné, mais aussi, de manière plus insidieuse, la prise de poids. Certains de ces produits (Diane 35) n'avaient pas comme indication officielle la contraception, mais étaient destinés au traitement de l'acné. Pendant plusieurs décennies, gynécologues, dermatologues et généralistes les prescrivirent sans retenue, malgré les avertissements de revues comme *Prescrire* et plusieurs alertes venues d'autre pays – l'Angleterre et le Canada en particulier.

Cette stratégie plus préoccupée de marketing que de réelle efficacité a eu pour effet une multiplication des marques de pilule, mais aussi la prescription élargie, par gynécologues et dermatologues, de pilules dites « de troisième génération », dont les effets secondaires graves (phlébites et embolies pulmonaires) étaient plus nombreux. Les femmes les plus exposées à ces effets secondaires sont les jeunes femmes, car ils surviennent le plus souvent pendant les deux premières années de prise. Début 2013, une jeune femme nommée Marion Larat porta plainte contre le laboratoire Bayer, fabricant de Diane 35. Elle avait souffert d'un accident vasculaire grave qui la laissait handicapée. Elle reprochait au laboratoire d'avoir promu son médicament sans informer correctement

les prescripteurs – et donc, les femmes – de ses dangers potentiels.

À l'occasion de cette plainte et du mouvement médiatique qui suivit, les utilisatrices de contraception se mirent à questionner vivement les pratiques de prescription des médecins français. Des accidents graves et plusieurs décès avaient déjà été dûment répertoriés par l'agence du médicament. De ce fait, beaucoup de patientes changèrent de méthode, pour passer au DIU par exemple, mais aussi à des méthodes « naturelles[3] ».

Il est très probable que le niveau de confiance envers un certain nombre de médecins a dû se modifier, surtout si lesdits médecins n'ont pas répondu de manière intelligible aux interrogations légitimes des patientes.

Même si les industriels ont une responsabilité importante dans cette situation, les médecins ne sont pas innocents pour autant. L'information sur les dangers de ce type de pilule et les précautions à prendre pour ne pas y exposer les femmes existait depuis longtemps dans la presse médicale internationale et j'en avais fait état en 2001 dans *Contraceptions mode d'emploi*. Les hospitalo-universitaires français, concernés au premier chef par la mise à jour des connaissances scientifiques, auraient dû non seulement la diffuser auprès de leurs collègues et de leurs étudiants, mais aussi auprès du grand public.

Au Royaume-Uni, le NHS (National Health Service) britannique diffuse constamment en parallèle des informations à l'intention du grand public ; *The Drug and Therapeutics Bulletin*, bulletin critique sur le médicament, et le *British*

3. www.lepoint.fr/sante/les-francaises-n-aiment-plus-la-pilule-21-07-2014-1847774_40.php

National Formulary, dictionnaire destiné aux prescripteurs, sont des organes indépendants de l'industrie et des pouvoirs publics, et publiés par le *British Medical Journal,* l'une des plus grandes revues médicales au monde. En France, le dictionnaire Vidal, distribué gratuitement aux médecins, est financé par l'industrie, comme le sont 90 % des publications destinées aux médecins. Le fait que la profession médicale française reste collectivement inerte face à cette tutelle en dit long sur son état d'esprit – et ses intérêts propres.

Une vision archaïque de la « nature féminine »

L'image archaïque des femmes cultivée et transmise par la profession médicale explique bien entendu les fortes résistances que rencontrent encore aujourd'hui les femmes en demande de contraception, d'IVG ou d'intervention de stérilisation. Cet archaïsme de la pensée médicale retentit aussi sur la perception par les médecins de demandes plus personnelles.

Au fil de mes 25 ans de pratique, j'ai entendu les patientes exprimer de plus en plus fréquemment des questions et des expériences autrefois à peine esquissées. Il y a trente ans, très peu de femmes parlaient des effets de la contraception sur leur libido. À partir de 1990, j'ai entendu un nombre croissant de femmes mentionner une baisse de libido après que leur gynécologue leur avait prescrit « la toute dernière pilule » ou échangé (sans leur demander leur avis) leur DIU au cuivre contre un DIU hormonal. Lorsqu'elles évoquaient ces modifications de désir ou de réactivité, la plupart des médecins leur répondaient : « C'est psychologique » et passaient à autre chose. Or, le simple bon sens devrait obliger tout médecin à prendre au sérieux une baisse de la libido, pour trois raisons

au moins : 1) c'est un effet secondaire connu de *la plupart des médicaments* ; 2) c'est un effet secondaire *des hormones utilisées pour la contraception* ; 3) une baisse de libido, lorsqu'elle est durable, peut être le premier signe d'une maladie sérieuse. Elle doit toujours être prise en compte[4]. Je ne compte pas les femmes de tous âges qui m'ont dit avoir ainsi souffert pendant plusieurs mois ou plusieurs années du manque de considération accordé à ce type de plainte et qui parfois, pour pouvoir se sentir de nouveau elles-mêmes, en étaient arrivées à interrompre leur contraception et à courir le risque d'une grossesse non désirée.

Le même type d'attitude était (et est encore, comme la situation précédente) rencontré par les femmes qui demandaient à leur médecin son accord pour prendre leur pilule en continu et, ainsi, éviter d'une part d'avoir des menstruations, mais aussi de subir le « syndrome prémenstruel » que la semaine d'arrêt provoquait chez elles tous les mois. La prise continue n'a rien de nouveau : c'est ce que préconisaient les inventeurs de la pilule dans les années 1950. La semaine d'arrêt, qui produit des saignements artificiels, n'a été proposée que parce que le dosage des premières pilules provoquait des symptômes mimant la grossesse et que l'absence de règles aggravait les choses. Aujourd'hui, beaucoup de femmes n'ont aucun symptôme quand elles prennent la pilule ; la prise continue leur permet de se passer de phénomènes gênants, et

4. Quand elle est mentionnée par un homme, elle est toujours prise en considération ! Et les fabricants des traitements du « dysfonctionnement érectile » en ont largement profité. Pour beaucoup de médecins français, une baisse de la libido féminine semble toujours, par principe, être psychologique, alors qu'elle peut aussi, parfois, être signe d'une infection chronique, d'une anémie, d'une maladie de la thyroïde, d'un cancer…

augmente l'efficacité de leur contraception. De plus, beaucoup de femmes ont adopté depuis longtemps la prise continue, pour des raisons pratiques ou professionnelles : infirmières et sages-femmes, sportives de haut niveau, agentes de bord de longs courriers. Et cependant, de nombreux médecins français continuent à « diaboliser » la prise continue en arguant du caractère « naturel » des menstruations. Peu importe qu'on leur rappelle que la prise d'hormones contraceptives bloque l'ovulation en mimant une grossesse (pendant laquelle, en principe, on n'a pas de menstruations) ; que les femmes enceintes puis allaitantes n'ont pas de menstruations parfois pendant deux ou trois années d'affilée ; et que beaucoup d'utilisatrices d'implant, d'injections trimestrielles ou de DIU hormonal n'ont pas de règles non plus… Pour eux, il est « normal » pour une femme d'avoir des règles ou d'être enceinte. Mais être libérée de ces deux phénomènes à la fois leur semble une situation contre nature.

Le Canadien William Osler, l'une des plus grandes figures tutélaires de la médecine anglo-saxonne – il fut professeur dans les facultés de médecine de McGill (Montréal, QC), Johns Hopkins (Baltimore, MD) et d'Oxford – disait à ses étudiants : « Écoutez bien ce que vous dit le patient en entrant dans votre bureau, car le plus souvent, il vous donne le diagnostic. »

Il semble que ce précepte de bon sens n'ait pas cours dans les facultés de médecine française. Ou que les praticiens l'oublient vite. Car, si la douleur est notoirement mal prise en compte en France, les douleurs ressenties par les femmes sont particulièrement mal écoutées. Pendant les dix ou douze premières années de ma carrière, lorsque j'exerçais à la campagne, j'ai vu un grand nombre de femmes se plaindre de troubles digestifs aigus, qualifiés par les médecins de « crises de foie »,

qui étaient en réalité des migraines parfaitement identifiables (les femmes avaient mal à la tête *après* avoir eu mal au ventre et vomi). On leur prescrivait des « dépuratifs biliaires », médicaments inutiles et inefficaces, qui ne résolvaient pas leur problème, alors que la prévention et le traitement des migraines était simple et bien codifié.

Les douleurs des menstruations n'étaient pas mieux prises en compte : beaucoup de jeunes femmes se voyaient prescrire une pilule pour les atténuer, mais on laissait des femmes plus âgées souffrir le martyre sans les traiter et on les culpabilisait quand elles demandaient trois jours d'arrêt de travail parce que la douleur était trop insupportable. Ce type de douleurs était pourtant caractéristique d'une endométriose, une affection fréquente, due au passage du sang menstruel dans les trompes et à l'intérieur de l'abdomen. Je ne peux pas compter le nombre de fois où j'ai évoqué ce diagnostic élémentaire, qui figurait dans tous les traités de gynécologie, et entendu ces patientes me répondre que personne – pas même les gynécologues qu'elles avaient maintes fois consultés – n'avait jamais prononcé ce mot devant elles.

Dans un cas comme dans l'autre, il ne pouvait pas s'agir d'ignorance – ce sont, encore une fois, des diagnostics enseignés à tous les étudiants en médecine – mais d'un manque d'attention élémentaire à ce que disaient les femmes.

Discriminations ethniques et sociales

Exerçant dans un département rural, dont la population était plutôt modeste, il m'est arrivé à de nombreuses reprises d'être témoin de discriminations sociales et ethniques de la part du corps médical. Le service de planification où je travaillais recevait en particulier deux catégories de femmes qui ne trou-

vaient pas souvent d'écoute auprès des praticiens de ville : les migrantes et les immigrantes. Les femmes migrantes étaient souvent soupçonnées d'être insolvables et d'avoir un niveau de compréhension inférieur à celui de la population générale. Elles avaient souvent été enceintes tôt dans leur vie et mis au monde plusieurs enfants avant d'avoir atteint l'âge de trente ans ; elles avaient aussi souvent recouru à l'IVG pour une raison simple : on leur prescrivait la pilule sans se demander si elles trouveraient facilement des pharmacies pour la leur délivrer et on ne leur proposait jamais un DIU ou un implant. Pourtant, quand ces alternatives leur étaient décrites (le plus souvent par une assistante sociale dévouée à ces femmes et qui travaillait volontiers avec nous), beaucoup les adoptaient, soulagées à l'idée d'être protégées d'une grossesse pendant trois, cinq ou dix ans.

Les femmes immigrantes, surtout si elles étaient musulmanes, rencontraient une autre difficulté : celle d'avoir à se faire prescrire une contraception sans que leur famille soit au courant, mais aussi sans qu'un médecin de sexe masculin leur impose un examen gynécologique. Il n'était pas difficile de les recevoir, de dialoguer avec elles et de leur proposer une méthode (pilule ou implant, par exemple) qui leur conviendrait. Mais apparemment, le changement de paradigme que ce type de soin exigeait (« Cette femme n'est pas *malade* ; elle désire ne pas être enceinte contre son gré. ») semblait inaccessible à beaucoup de gynécologues.

Le manque de respect pour les croyances n'était pas réservé aux femmes musulmanes. Une patiente souffrait d'une grave baisse de libido sous pilule depuis une de ses grossesses. Elle craignait d'opter pour un DIU au cuivre qu'elle percevait comme une méthode abortive. Son médecin s'était moqué d'elle, puis l'avait harcelée de manière répétée pour

qu'elle change de contraception. Elle avait préféré changer de médecin. Au centre de planification, conseillère et médecin lui expliquèrent qu'un simple changement de pilule ou le recours à un DIU hormonal pourrait résoudre son problème tout en respectant ses représentations.

Au cours de mon exercice au centre d'IVG et de planification, j'ai également eu l'occasion de recevoir un certain nombre de femmes prostituées. Que leur situation soit temporaire ou permanente, elles étaient bien sûr très préoccupées par le risque de grossesse et les conséquences de leur activité sur leur fertilité et leur état de santé. Elles hésitaient bien sûr à parler de leur mode de vie, et n'abordaient le sujet que lorsqu'elles se sentaient en sécurité, parfois après être venues en consultation pendant plusieurs années. Révéler leur prostitution à une conseillère, à une infirmière ou à un médecin était toujours un saut dans l'inconnu et une profonde marque de confiance. Ces femmes avaient souvent vu des médecins se fermer à la suite de cette révélation ou pire : adopter une attitude méprisante ou très hostile. Lorsqu'elles étaient reçues avec respect, leur mode de vie ne changeait pas, mais leur qualité de vie s'améliorait considérablement.

Préjugés de (tous) genres

Le sexisme larvé de leur culture incite certains gynécologues – hommes et femmes – à adopter face à toutes les femmes une vision stéréotypée des genres. Mais aussi à soumettre les femmes à des interrogatoires en règle sur leurs pratiques sexuelles, et ce, dès la première consultation.

Le vieux praticien qui nous aida à fonder le groupe Balint du Mans, Pierre Bernachon, énonçait souvent la phrase suivante, qu'il avait lui-même apprise de Balintiens de la

première heure : « Quand on pose des questions, on n'obtient que des réponses. » Il nous signifiait ainsi que souvent, les questions « orientées » des médecins incitent les patients à répondre ce qu'ils pensent qu'il « faut » répondre et non ce qui pourrait apporter des renseignements opportuns. Car, souvenons-nous, les patients se font des médecins une image modelée à la fois par leurs propres perceptions, par leurs représentations symboliques et fantasmatiques, mais aussi par les conventions sociales. Beaucoup de patients qui consultent un médecin éprouvent un malaise qui peut aller jusqu'à la culpabilité. Plus le médecin se comporte de manière stéréotypée et mécanique, plus le patient peut se sentir, consciemment ou non, tenu de donner « les bonnes réponses » – soit pour aller plus vite, soit pour en finir plus rapidement, soit encore pour ne pas avoir à s'étendre sur tel ou tel aspect de sa vie privée. Les médecins dont l'attitude est très formalisée et ritualisée sont donc susceptibles d'induire par leurs questions des réponses qui ne reflètent pas la réalité. Ou de provoquer une réaction de repli. Ainsi, s'il peut être médicalement approprié de demander à une patiente de décrire son cycle menstruel ou si elle a déjà été enceinte, il n'est pas toujours justifié de lui demander *d'emblée* si elle a des relations sexuelles et avec qui.

Un jeune médecin reçoit une très jeune adolescente qui, très timidement, lui demande s'il veut bien lui prescrire une contraception. Bienveillant et soucieux d'aider la patiente, mais tout de même préoccupé par son très jeune âge, le praticien lui demande d'emblée si elle a des relations sexuelles. Il croit le faire avec délicatesse et a la surprise de voir qu'à cette question, la jeune femme se replie sur elle-même et ne prononce plus un mot. Pendant dix minutes, montre en main, il tente de la sortir de son mutisme par des questions répétées

puis se voit contraint de la laisser partir, sans contraception évidemment. Quelques semaines plus tard, il voit la jeune femme sortir du centre d'IVG où lui-même vient apprendre à pratiquer des IVG. Pendant sa vacation, la conseillère lui raconte – sans savoir qu'il l'a déjà vue – l'histoire de l'adolescente : elle est enceinte parce qu'elle ne peut aller demander une contraception à son médecin de famille, puisqu'elle vit dans un tout petit village. Elle n'a eu qu'une occasion, il y a quelques semaines, d'aller consulter en ville, à l'insu de sa famille, un jeune praticien qui ne croulait pas sous l'activité. « Il était très gentil, dit la conseillère, mais il lui a posé la seule question qu'il ne fallait pas lui poser : si elle avait des relations sexuelles. Elle en avait, bien sûr. Et elle était terrorisée à l'idée d'être enceinte. Mais elle ne pouvait pas en parler, elle avait trop honte. C'étaient des rapports clandestins imposés par son oncle. »

Dans un autre registre, la plupart des femmes homosexuelles que j'ai reçues en consultation m'ont rapporté les attitudes inacceptables de certains médecins à la découverte de leur orientation : ironie, humour déplacé, incrédulité forcée (« Vraiment ? Vous êtes sûre ? C'est définitif ? C'est pas une phase ? »), dénigrement (« Ben pourquoi vous prenez la pilule, alors ? Ça coûte cher à l'assurance-maladie ! »), stupidité (« Pourquoi vous êtes venue consulter un homme, alors ? »), mépris criminel (« Ben alors, c'est pas la peine que je vous fasse de frottis, vous risquez rien. »). Pendant les deux dernières décennies du XX^e^ siècle, à l'apparition du sida, les hommes homosexuels avaient considérablement souffert en France de l'hostilité (et de la peur) de nombreux médecins. Mais ils avaient fini par constituer des réseaux de praticiens et de soignants sans préjugé, prêts à les accueillir, les soigner et les soutenir. Malheureusement, peu de gynécologues se

sentaient concernés par ces problèmes : la grande majorité des gynécologues de ville, en France, étant des femmes et n'ayant pas d'activité hospitalière, elles n'avaient pas aussi souvent la possibilité d'être identifiées comme « gay-friendly ».

Les femmes transgenres et les personnes intersexuées sont elles aussi les victimes de l'hostilité et de l'obscurantisme violent des médecins français de toutes spécialités. Après la publication de *Changer de sexe – Identités transsexuelles*, le livre de Stéphanie Nicot et Alexandra Augst-Merelle, j'ai eu l'occasion de recevoir plusieurs patientes transgenres qui m'ont fait partager leur expérience. Le tableau brossé par le livre m'avait laissé stupéfait. Les récits de ces personnes m'ont atterré. Les personnes désireuses de faire leur transition d'un genre à l'autre sont traitées comme des malades mentales ; lorsqu'elles veulent bénéficier d'un traitement médical et/ou chirurgical, elles doivent se plier à une expertise psychiatrique et se faire stériliser ! Bien sûr, la stérilisation est exigée par les pouvoirs publics français, contre la résolution 1728 du Conseil de l'Europe (pourtant votée par la France), qui demande aux États membres de garantir le changement des papiers d'identité sans obligation de stérilisation ou d'autres procédures médicales. Mais à ce jour aucun syndicat médical français ne s'est élevé contre cette violation flagrante des droits de la personne. Les associations d'entraide (l'Association Nationale Transgenre, en particulier) déconseillent d'ailleurs vivement à leurs adhérent.e.s de faire appel aux chirurgiens français, en raison de leur attitude hostile et de leurs procédures chirurgicales catastrophiques.

L'une des patientes transgenres que j'ai suivies au cours de ma carrière vivait dans une ville très éloignée de la mienne. Elle avait seulement besoin qu'on lui renouvelle périodiquement son traitement hormonal (elle ne désirait pas se faire

opérer). Elle connaissait parfaitement le mode d'emploi et les effets (désirés et indésirables) de ses médicaments. Elle n'avait pas à proprement parler besoin d'une *surveillance* médicale ; elle avait besoin d'un soignant prêt à répondre à ses questions au téléphone ou en tête-à-tête quand *elle* en éprouvait la nécessité et qui ne la soumette ni à des examens inutiles, ni à des jugements de valeur.

En 2009, année de mon arrivée au Québec, j'ai écrit et publié *Le Chœur des femmes,* roman transposant mon expérience au centre de planification. L'un des thèmes que j'y aborde est celui de l'intersexualité. La publication du livre m'a valu de recevoir régulièrement, au cours des cinq années écoulées, des témoignages de personnes intersexuées nées en France me faisant part de leur expérience le plus souvent extrêmement douloureuse. Le schéma est effrayant dans sa répétition : un enfant né avec une anatomie sexuelle « non conforme » est opéré, en bas âge ou juste avant la puberté, afin de lui conférer une « apparence normale » (le plus souvent féminine, car il est beaucoup plus facile, chirurgicalement, d'amputer des organes que de les reconstruire) *sans qu'on n'ait jamais demandé à cet.te enfant le genre auquel il ou elle s'identifie*. Les parents, le plus souvent désarmés, sont à peine consultés et l'attentisme est vivement déconseillé par les médecins. Or, les intersexuations concernent beaucoup plus souvent des personnes de génotype XY (donc génétiquement masculines) que des personnes XX (génétiquement féminines). Même si l'identité de genre n'est pas toujours superposable au sexe chromosomique (les personnes transgenres en sont témoins), la réassignation autoritaire et systématique d'une personne intersexuée en femme est, scientifiquement parlant, illogique. Lorsque la variante anatomique est un clitoris « hypertrophié » chez un enfant de sexe chromosomique

féminin, la chirurgie est tout aussi inappropriée, étant donné le rôle de la sensibilité clitoridienne pour la sexualité ultérieure de la personne.

L'approche la plus respectueuse serait donc, en l'absence d'anomalies mettant la santé en danger immédiat, *de ne pas intervenir chirurgicalement sur une personne intersexuée sans sa demande explicite*, afin de respecter son identité et de la laisser décider si semblable chirurgie correspond à ses vœux ou si – et cela arrive souvent – elle s'accommode de ses particularités anatomiques.

Les médecins sont seuls responsables des violences subies par les personnes intersexuées. En effet, la loi française n'exige pas qu'un individu soit porteur d'un appareil sexuel « conforme », elle exige seulement qu'il ait une des deux lettres « H » ou « F » inscrites sur son état civil. Pour satisfaire à cette obligation administrative, le genre pourrait être déterminé au vu du sexe chromosomique, ce qui n'est certes pas absolument prédictif de l'identité de genre de la personne adulte, mais qui, contrairement au choix « suggéré » par les médecins en fonction de leurs options techniques, n'entraîne aucune mutilation irréversible.

Le corps médical français est suffisamment influent auprès des législateurs pour suggérer le vote d'une loi autorisant une personne intersexuée ou une personne transgenre à changer de sexe sur son état civil sans être pour autant contrainte à se faire mutiler. Ce serait un engagement noble, respectueux et conforme à toutes les déclarations de droits de la personne adoptées par les pays développés.

Pourquoi ne le fait-il pas ?

Bien faire en évitant de faire mal

Au début des années 2000, à la suite de la publication de *Contraceptions mode d'emploi*, des associations de généralistes me demandèrent de servir de « généraliste expert » lors de séminaires de formation continue à la contraception. Avec eux, comme avec les rares étudiants et internes qui demandèrent à suivre mes consultations, je partageais avec bonheur mon expérience pratique : aider la femme à choisir ou à changer de pilule, insérer un DIU *sans faire mal* (« Si ! Si ! C'est possible ! »), retirer un implant en quinze secondes…

Hostiles à l'idée de faire du mal, beaucoup de soignants s'échinent à réévaluer les gestes douloureux et à les remplacer par des procédures indolores. En santé des femmes, de telles améliorations du confort des femmes sont possibles, et simples à mettre en œuvre. Encore faut-il faire l'effort d'y réfléchir et expérimenter – par exemple, éviter d'employer les pinces de Pozzi, dont l'utilisation est insupportablement douloureuse ; ou bien, apprendre à insérer un DIU sans introduire préalablement un hystéromètre (qui peut déclencher des contractions pénibles) et sans pousser le tube d'insertion jusqu'au fond (ce qui peut faire un mal de chien et, en outre, perforer la paroi de l'utérus), ou encore suggérer à la patiente de photographier avec son cellulaire le site d'insertion de son implant, pour que tout praticien en connaisse précisément l'emplacement et évite de la martyriser pour le lui retirer.

Je ne crois pas avoir ressenti de plus grande joie professionnelle que celle d'entendre une femme dire « Ça y est ? Mon DIU est posé ? J'ai rien senti ! » et un médecin en formation me demander : « Comment faites-vous ? Chaque fois que j'ai assisté à une pose de DIU, j'ai vu la femme sauter en l'air ! » Je ne crois pas avoir éprouvé de plus grande fierté qu'en entendant

des généralistes de mon âge me remercier de leur avoir montré comment retirer un implant en moins de trois minutes.

Tout ça n'avait rien de spectaculaire, et ça n'avait pas à l'être. Car la « patiente Alpha » m'avait aidé à comprendre qu'en matière de soin, il faut parfois très peu de chose pour rendre la vie d'autrui meilleure – il faut simplement le vouloir et s'en donner les moyens, ouvrir les oreilles, les yeux et l'esprit, et toujours se rappeler que, pour le patient, les bienfaits du soignant dépendent d'abord de son humilité.

Violences insupportables…

En gynécologie, la maltraitance peut survenir à tout moment de la rencontre avec le professionnel de santé.

Au cours des deux décennies écoulées, j'ai reçu les témoignages d'actes de maltraitance caractérisée, révoltants, et qu'aucun « principe de précaution » ne pouvait expliquer.

Cette femme, enceinte pour la troisième fois malgré la pilule. Elle était catégorique : elle ne l'avait jamais oubliée. Ignorant qu'il est parfaitement possible à une femme d'être enceinte sans oubli si la pilule est inadaptée à son profil particulier, son médecin avait refusé de la croire et la lui avait represcrite à trois reprises. Dans les centres d'IVG, les soignants savent parfaitement que la grande majorité des femmes qui demandent à interrompre leur grossesse s'en veulent quand elles ont oublié leur pilule. Quand elles sont sûres de n'avoir pas commis d'erreur, elles sont désarmées et ne comprennent pas. Il n'y a *aucune raison* de ne pas les croire.

Ces femmes, très nombreuses il y a encore quinze ans, beaucoup moins aujourd'hui, je l'espère, à qui leur gynécologue recommandait (sans aucune utilité ni justification) d'arrêter leur pilule pendant un mois d'été « pour voir si tout

marchait bien » – ça « marchait » tellement bien qu'elles étaient enceintes en septembre.

Cette femme de quarante-cinq ans, enceinte parce que son gynécologue-avec-pignon-sur-rue avait insisté pour retirer le DIU qu'elle aurait parfaitement pu garder jusqu'à sa ménopause : au lieu de lui en reposer un sur-le-champ, il lui avait imposé de revenir le mois suivant (deux consultations valent plus qu'une) sans lui proposer d'autre protection qu'un simple « Faites attention en attendant ».

Ces autres femmes, enceintes parce qu'on a jugé inutile qu'elles se protègent, « à quarante-cinq ans passé, vous ne risquez plus rien ».

Ces autres femmes encore qui, à l'issue d'une troisième césarienne, s'étaient réveillées avec une ligature de trompes. En faisant planer le risque de décès « si elles remettaient ça », l'obstétricien avait arraché en quinze secondes l'accord de leur mari dans le couloir, avant même de leur donner la moindre nouvelle sur l'état de la mère et de l'enfant.

Ces femmes qu'on avait terrorisées par des résultats de radiographies ou de frottis, et qu'on avait fait entrer en clinique dès le lendemain pour leur faire subir biopsies, hystérographies, cœlioscopies voire conisations d'intérêt discutable.

Ces femmes que certains gynécologues-bien-en-vue hospitalisaient pour la nuit dans leur clinique pour leur poser, au petit matin, un DIU sous anesthésie générale.

Ces femmes que l'on humiliait et insultait en salle d'accouchement parce qu'elles voulaient se lever et marcher ; le déplacement diminue la douleur et facilite la dilatation du col, les femmes le savent depuis des millénaires, mais les obstétriciens ne sont pas de leur avis.

Ces femmes dont l'obstétricien programmait l'accouchement un vendredi pour (disait-il sans rire) « pouvoir partir

tranquille en week-end » et qui, à l'arrivée, provoquait sans prévenir la rupture des membranes pour déclencher un accouchement qui se serait, autrement, fait attendre.

Ces femmes à qui on refusait une péridurale ou à qui, au contraire, on l'imposait.

Ces femmes à qui on interdisait d'allaiter leur bébé ou à qui on l'imposait. Culpabilisation à l'appui, bien entendu.

Ces femmes à qui on prescrivait une contraception en leur disant « C'est celle-là, à prendre ou à laisser ».

Les adolescentes à qui on refusait la pilule parce qu'elles fumaient (avant l'âge de 30 ans, le risque de grossesse non désirée est infiniment plus problématique que celui du tabac, mais beaucoup de gynécologues n'en avaient cure) ou à qui on ne la délivrait que sous condition de subir examen clinique et frottis tous les ans (ce qui est parfaitement abusif).

Les femmes qu'on soumettait à des interrogatoires en règle sur leur comportement sexuel, le nombre de partenaires, leurs IVG passées, leurs projets de grossesse.

Les femmes de trente-cinq ans sans enfant à qui on déclarait tout de go : « Il serait temps d'en faire. L'horloge tourne. »

Les femmes de tous les âges à qui on imposait examen gynécologique et examen des seins avant même de savoir pourquoi elles venaient consulter.

Les femmes enceintes venues demander une IVG qu'on soumettait à une litanie de reproches culpabilisants et de menaces terroristes sur leur fertilité future.

Ce ne sont là qu'une poignée d'exemples sur une très longue liste. Ce qui rend ces exemples pesants, c'est le fait que je puisse les classer en « catégories » de situation. Des messages identiques, sur des thèmes identiques, venus des quatre coins de France, indiquaient qu'il ne s'agissait pas de problèmes ponctuels, liés à des praticiens moins scrupuleux

que les autres, mais à des attitudes extrêmement répandues parmi les professionnels et par conséquent ancrées dans la culture médicale. Des témoignages de violence médicale, j'en reçois encore chaque semaine, alors même que je ne vis plus en France depuis cinq ans déjà.

… et maltraitances banalisées

La maltraitance gynécologique n'est pas toujours aussi brutale, mais les violences insidieuses et systématiques sont tellement banalisées qu'elles passent inaperçues ou, du moins, pour « normales ». Elles ne le sont pas.

Le premier grand domaine de maltraitance concerne, d'abord, les gestes et les procédures, injustifiés, stéréotypés, auxquelles les gynécologues soumettent les femmes : quoi de plus désagréable que d'être accueillie par un.e praticien.ne qui vous demande, avant même d'avoir posé les yeux sur vous, de vous déshabiller entièrement et de vous allonger, cuisses écartées, sur une table inconfortable ?

En santé des femmes, l'essentiel se passe toujours pendant la conversation, et non pendant le moment où le médecin procède à des impositions de mains ou à des instrumentations invasives sur le corps de la patiente. Comme l'a reconnu au cours de l'année 2014 un rapport du très sérieux American College of Physicians[5], l'examen gynécologique systématique d'une femme qui va bien n'a, médicalement parlant, aucune raison d'être. Cette vérité de bon sens, beaucoup de praticiens l'ont faite leur et ont cessé depuis longtemps d'enquiquiner les femmes, à la grande satisfaction de celles-ci. De la même manière qu'on ne met pas systématiquement l'index dans l'anus d'un homme qui ne se plaint de rien, il n'y a pas lieu

5. Accessible en ligne : http://annals.org/article.aspx?articleid=1884533

de glisser deux doigts gantés dans le vagin d'une patiente qui n'a rien demandé. Pas même « par précaution ». De même, la palpation systématique des seins d'une femme de moins de trente ans qui ne souffre de rien est le plus souvent abusive. Cela fait très longtemps qu'on sait que les frottis cervicaux de dépistage (*pap test*) peuvent être débutés à l'âge de vingt-cinq ans (ou huit ans après le premier rapport sexuel), et qu'on n'a pas besoin d'embêter les adolescentes avant ça – on n'a même pas besoin, d'après l'article cité plus haut, de leur imposer une « première consultation gynécologique pour voir si tout va bien… » Mais beaucoup de gynécologues l'ignorent.

Un examen médical en particulier fait l'objet de procédures, d'interprétations et de violences abusives : c'est l'échographie.

L'innocuité des ultrasons et l'informatisation des systèmes de visualisation a généralisé la diffusion d'appareils d'échographie que les « spécialistes-de-la-femme » utilisent à tout bout de champ : pour examiner les ovaires d'une femme sans symptômes, pour « vérifier » une grossesse déjà révélée par les symptômes de la patiente et le test urinaire, pour « contrôler » (le jour même, la semaine suivante, une fois par an) la « bonne position » d'un DIU, etc.

Comme l'examen gynécologique systématique, une échographie est le plus souvent inutile au cours d'une consultation courante. En toute bonne logique médicale, le recours à un examen doit être motivé par un ensemble d'éléments recueillis de la bouche du patient ou en l'examinant. Il sert à affirmer ou réfuter une hypothèse diagnostique. Procéder à un tel examen « à l'aveugle », c'est-à-dire en l'absence de tout signe évocateur, c'est s'exposer à pratiquer un geste inutile (donc coûteux en temps et en ressources) ou, pire, à découvrir fortuitement des images « atypiques » qui n'ont peut-être

aucune signification mais que les « spécialistes-de-la-femme » se sentent contraints d'explorer plus avant. L'échographie systématique est la boule de neige lancée négligemment sans penser qu'elle peut se transformer en avalanche. Je ne compte pas les « malformations » ovariennes, les « kystes multiples », les « images anormales » observés par des spécialistes trop zélés lors d'échographies « de précaution » et ayant entraîné pour les femmes concernées des angoisses, des traitements, parfois même des interventions totalement inutiles.

L'échographie est également l'occasion d'une intrusion insupportable, que certaines patientes n'hésitent pas à qualifier de viol. Il existe en effet deux méthodes échographiques. La première, la plus ancienne, consiste à poser une sonde arrondie sur l'abdomen. La seconde à introduire une sonde de forme phallique à l'intérieur du vagin. La seconde méthode produirait (d'après les opérateurs) de « meilleures images » que la première. Même si cela était vrai, ça ne justifierait pas pour autant d'imposer la seconde méthode à toutes les femmes, a fortiori pour un examen inutile !

Le code de déontologie des médecins inséré dans le Code de la santé publique français stipule :

> Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. (Article R4127-35)
>
> et
>
> Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. (Article R4127-36)

Le moins qu'on puisse dire, c'est que lorsqu'un praticien effectue des gestes systématiques similaires à ceux que je viens de décrire, il ne respecte ni l'un, ni l'autre de ces articles.

Tous ces gestes sont abusifs quand ils sont pratiqués de manière mécanique, systématique, répétée et rapprochée – à commencer par l'« obligation de consulter son gynéco une fois par an ». Une femme en bonne santé n'a besoin de voir un « spécialiste-de-la-femme » – ou, encore mieux et plus près de chez elle, un généraliste ou une sage-femme – que tous les trois ans, pour un frottis. L'implant pouvant être laissé en place trois ans et plus, les DIU entre cinq et douze ans, seules les utilisatrices de pilule ont (parfois) besoin de voir médecin ou sage-femme plus souvent, plus précisément tous les dix-huit mois, puisque les praticien.ne.s peuvent la prescrire pour un an, et le pharmacien la délivrer au vu de l'ordonnance pour six mois de plus.

Pour ma part, lorsqu'une patiente m'appelait pour me dire qu'elle avait seulement besoin d'un renouvellement, je préparais l'ordonnance (gratuitement, bien entendu) et on la lui postait afin de lui éviter de poireauter dans la salle d'attente rien que pour me dire que tout allait bien : elle l'avait déjà fait au bout du fil.

Mon attitude découlait d'une logique bien simple : quand une femme utilise une contraception, c'est parce qu'elle ne *veut pas* être enceinte ; mon rôle est de l'aider à ne pas l'être. Je n'ai jamais imaginé (et je n'ai jamais vu) qu'une femme demande le renouvellement d'une contraception qu'elle ne supporte pas ou qui provoque des effets indésirables. (Il m'est en revanche souvent arrivé d'entendre qu'on leur avait prescrit de force une pilule dont elles ne voulaient plus.) Enfin, après avoir expliqué aux patientes l'inutilité d'une consultation en l'absence de tout symptôme, je ne vois pas l'intérêt de leur en proposer une si elles-mêmes n'en veulent pas. Mais je les reçois sans hésiter si elles veulent me voir, fût-ce pour se rassurer. L'expérience montre que lorsque le médecin est rassurant, la

patiente se passe très bien de lui et ne consulte que lorsqu'elle le juge nécessaire.

Certains médecins seront révoltés par ce qu'ils considèrent peut-être comme de la désinvolture ou du laxisme. Ils ne parviennent pas à comprendre qu'une relation de soin digne de ce nom est un lien continu mais fluide, tantôt lâche, tantôt resserré quand le patient en a besoin. Ils oublient que le patient n'est pas attaché au médecin par un élastique sur lequel on tire pour les faire revenir. (Ce que font les praticiens qui contraignent les patient.e.s à venir consulter à date fixe, sans justification aucune.) Quand le capitaine-patient navigue sans encombre, le pilote reste à terre, et disponible à tout moment pour communiquer à distance.

Le mot-clé, ici, est bien sûr : « communiquer ».

La violence des mots

En plus des procédures et des gestes imposés, la maltraitance gynécologique se manifeste encore plus souvent par les mots blessants, les déclarations à l'emporte-pièce, les jugements de valeur, le sarcasme, le mépris.

Le Chœur des femmes raconte comment un praticien chevronné initie une jeune interne à la relation de soin dans un centre imaginaire de santé des femmes.

Depuis sa première publication par P.O.L et sa reprise au format de poche, ce livre me vaut *chaque jour* (je dis bien : chaque jour) un ou deux courriels de lectrices me remerciant de l'avoir écrit et qui, pour beaucoup, me confient, comme en écho, leur propre expérience de maltraitance gynécologique. À raison d'un ou deux messages par jour depuis maintenant cinq ans, cela fait près de trois mille courriels.

Je suis bien entendu heureux que des lectrices apprécient ce livre et me le fassent savoir de manière aussi spontanée. C'est bien pour avoir des retours de lecteurs que, depuis quinze ans, j'insère mon adresse courriel à la fin de mes livres. Mais il y a quelque chose de douloureux et de lancinant à lire, jour après jour, les confidences de femmes qui se sont fait maltraiter physiquement, verbalement, moralement par les médecins – femmes ou hommes – à qui elles sont allées se confier. Quelle violence ! Mais aussi : quelle trahison insupportable.

La violence des petites phrases portant sur l'aspect physique : « Vous êtes un peu trop grasse. Vous devriez faire plus attention ! » ou encore « Vous êtes bien mignonne. Si vous n'étiez pas ma patiente… »

Les commentaires inquisiteurs : « Vous avez des rapports sexuels ? Protégés ? À quelle fréquence ? Avec plusieurs partenaires ? Vous êtes folle ! »

Les remarques humiliantes : « Vous expliquer comment ça marche ? Vous avez fait des études de médecine ? Bon, alors ne cherchez pas à comprendre. »

Le discours terroriste : « Quoi ! Vous avez trente-six ans et pas d'enfant encore ? Faudrait vous dépêcher ! L'horloge tourne ! »

Le reproche : « Changer de pilule ? Encore ? Ça fait trois fois en un an ! Vous ne savez pas ce que vous voulez ! J'ai pas que ça à foutre, moi ! »

Le mépris : « Quoi ? Un contrat de naissance ? Qu'est-ce que c'est ? Si vous voulez accoucher dans ma clinique, faudra faire ce que je vous dis, sinon allez vous faire voir ailleurs. »

Le racisme : « Quel est le nom de votre ami, pour que je lui prescrive des antibiotiques pour la saloperie qu'il vous a collée ? Comment dites-vous ? Ah ! C'est un Arabe. Pas étonnant, alors. »

Le sarcasme mauvais : « Avorter ? Trop tard, ma belle, vous êtes enceinte de cinq mois et demi. Vous êtes pas très maligne pour une prof ! Bah, ça fortifiera votre couple. Quoi ? Vous aviez décidé de divorcer ? Dommage pour vous ! »

Le refus de soin et le mensonge : « Une ligature de trompes ? À votre âge ? Certainement pas. D'ailleurs, c'est interdit. »

Médecins et mensonges

Le mensonge est un problème récurrent en médecine. Pendant toutes mes études (je rappelle que les étudiants de ma génération sont pour la plupart encore en activité), j'ai vu, chaque jour, des médecins mentir aux patients dont ils s'occupaient. Ces mensonges portaient le plus souvent sur des maladies graves. Je ne compte pas les cancéreux inopérables vis-à-vis desquels ont violait trois fois le code de déontologie : la première fois en leur cachant leur état, la seconde en révélant la gravité de la maladie à leur famille tout en les enjoignant au silence, la troisième fois en mettant tout le monde dans l'incapacité de communiquer, pour faire face à la perspective d'une mort à brève échéance.

Mais les mensonges concernent aussi les choix de vie en situation non dramatique – tout spécialement en ce qui concerne la reproduction.

Comme la contraception, la stérilisation volontaire cristallise les mensonges des médecins. Vasectomie, ligature de trompes et pose d'implants tubaires « Essure » sont des procédés de stérilisation légaux en France depuis 2001, sans autre condition qu'un délai de quatre mois de réflexion, pour toute personne majeure qui en fait la demande. Treize ans après la promulgation de la loi, de très nombreux gynécologues-obstétriciens (il s'agit toujours d'eux dans ce cas précis,

puisqu'ils sont les seuls spécialistes qui pratiquent les interventions féminines) continuent à la refuser aux femmes qui la demandent. Ils n'ont toujours pas compris que, d'après la loi, il en va de la stérilisation volontaire comme de l'IVG : *la femme qui la demande n'a pas à se justifier.* Mais beaucoup de médecins français se pensent au-dessus des lois.

Le Mouvement libre pour la stérilisation volontaire, une association sans but lucratif fédérant les patientes qui se voient opposer une fin de non-recevoir, énumère chaque jour sur sa page Facebook les « arguments » invoqués par les opposants (médecins ou non-médecins) à la stérilisation. Le florilège de ces « arguments » est oppressant tant il tourne en rond, car il oublie, inlassablement, qu'une personne qui se fait stériliser ne stérilise qu'elle-même. L'argument le plus souvent invoqué est que se faire stériliser est une décision « radicale » et que celles qui la prennent ne pourront pas changer d'avis. Or, comme le font remarquer certaines patientes avec beaucoup d'à-propos, avoir un enfant est tout aussi radical et il n'est pas possible de changer d'avis une fois qu'il est né. On pourrait également souligner qu'une femme capable d'avoir des relations sexuelles, de se marier ou de divorcer, de mener une grossesse à terme ou d'avorter (même si elle est mineure), d'exercer une profession, de payer loyer et impôts, d'acheter une maison, de conduire une voiture, de voter et, même, quand ça lui chante, de consulter un obstétricien (!) peut tout aussi bien décider de se faire ligaturer les trompes au jour et à l'heure de son choix.

L'autre argument invoqué est le risque que les femmes « regrettent leur décision plus tard ». Or, la stérilisation volontaire est légale dans de nombreux pays du monde, en particulier en Angleterre et en Amérique du Nord. Les pays en question ont, depuis longtemps, mené des enquêtes auprès des personnes concernées pour quantifier la fréquence de ces

regrets. Dès 1991, une enquête[6] américaine montrait qu'au bout de cinq ans, pas plus de 5 % des femmes en exprimaient, et que le facteur prédictif de regrets était l'âge de la femme : celles qui avaient subi l'intervention avant 30 ans étaient plus nombreuses à la regretter que celles qui l'avaient fait après cet âge ou juste après une naissance par césarienne. En 2006, une autre étude confirmait que les regrets étaient d'autant plus fréquents que la femme était jeune au moment de l'intervention. Mais « plus fréquents » ne signifient pas qu'ils étaient systématiques. L'immense majorité des femmes qui avaient demandé une stérilisation ne la regrettaient pas. Il est donc inacceptable de pénaliser un grand nombre de femmes (et de les exposer à des grossesses non désirées et à des IVG) au prétexte de protéger la faible proportion de femmes qui seraient susceptibles de regretter leur décision. Il est beaucoup plus éthique d'informer clairement les femmes sur les méthodes disponibles, sur leur taux d'efficacité (toutes les méthodes ne sont pas aussi efficaces et toutes ne sont pas réversibles), sur l'âge comme élément de décision – et de les laisser choisir, *puisqu'il s'agit de leur vie,* et que les femmes ne demandent pas (par exemple) l'autorisation d'un obstétricien pour entreprendre ou interrompre une grossesse.

Mais peine perdue ! On dirait que, dans l'esprit de beaucoup de gynécologues-obstétriciens, préserver la fertilité des femmes, envers et contre la volonté de celles-ci, est une mission sacrée. Une de plus.

Il n'est cependant pas acceptable que des professionnels censés donner toutes les informations aux patients leur assènent des mensonges et les empêchent, de facto, d'accéder à des procédures permises par la loi.

---

6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2022271

L'accouchement confisqué

Le troisième grand domaine de maltraitance en gynécologie-obstétricale est assez prévisible : la France est à l'heure actuelle l'un des rares pays d'Europe dont le bilan de natalité est positif. C'est aussi l'un des pays industrialisés où le monde médical se montre le plus coercitif en matière d'accouchement.

Tout, dans la situation de l'accouchement en France, est l'occasion de graves manquements à l'éthique. En voici quelques exemples, mais la liste est longue.

La liberté d'accoucher : d'après le CSP, tout patient a le libre choix du soignant et de la manière de se soigner ; ce n'est pas le cas des femmes enceintes, qui n'ont pas la liberté de faire appel à une sage-femme pour accoucher chez elles. L'entrave à cette liberté n'est pas inscrite dans la loi mais provient de l'attitude des gynécologues-obstétriciens, hostiles non seulement à la reconnaissance du statut des sages-femmes dans l'espace public qu'est l'hôpital, mais aussi en particulier à la liberté des patientes d'accoucher avec une sage-femme, en milieu démédicalisé, voire à domicile. Cette hostilité n'est pas justifiée : l'accouchement en maison de naissance, sous la surveillance exclusive de sages-femmes, est courant au Québec ; l'accouchement à domicile est pratiqué tout aussi couramment dans de nombreux pays développés européens (Pays-Bas, Scandinavie) et en Amérique du Nord, et tout cela, sans augmentation des risques et des dangers pour la mère et l'enfant, au contraire. Dans ces pays, les professionnels mettent en application les acquis scientifiques qui montrent que pour les grossesses sans complications, un accouchement est au moins aussi sécuritaire à domicile qu'à l'hôpital, et que

les soignants les mieux à même d'assurer des accouchements sans danger sont… les sages-femmes. En 2014, la principale revue médicale britannique, *The Lancet*, publiait une grande enquête consacrée à la naissance et soulignait l'importance primordiale des sages-femmes[7]. Le Collège Royal des gynécologues-obstétriciens britanniques publiait immédiatement une déclaration *appuyant* cette grande enquête, et insistait sur l'engagement de ses membres, aux côtés des sages-femmes, pour améliorer encore la sécurité et le confort des accouchements pour les femmes et les nouveau-nés. En France, au début de la même année, le Syngof (Syndicat national des GO français) déclarait « L'autonomisation des sages-femmes, portée par le climat d'effervescence actuel, ne peut se faire au péril des patientes. C'est pourtant le cas si les sages-femmes dévient vers le suivi gynécologique au-delà de la physiologie à laquelle se limitent leurs compétences[8]. » L'attitude paternaliste (et, pour tout dire, insultante) des « spécialistes-de-la-femme » hospitaliers français est en complète contradiction avec les faits scientifiques. Elle est, de plus, contre-productive : plutôt que d'accuser les sages-femmes d'être incompétentes, il serait beaucoup plus utile de les aider à étendre leur domaine de compétences. En l'état, la position des médecins équivaut à dire : « L'accouchement est notre domaine exclusif. N'y touchez pas. » On est loin de la déontologie, de l'éthique et du libre choix des patient.e.s.

Confort et respect pendant le travail : dans de nombreuses maternités françaises, le port d'un monitoring est obligatoire

7. Voir note de la page 114.
8. http://syngof.fr/communiques-presse/pouvoirs-publics-responsabilite-competences-sages-femmes/

(sous peine de menaces d'accidents) ; le maintien allongé parfois dans une position et une seule est imposé alors que rien ne s'oppose médicalement à ce qu'une femme aille et vienne dans la salle d'accouchement entre ses contractions ; les examens gynécologiques répétés (l'obstétricien le refait cinq minutes après la sage-femme et l'interne, pour « vérifier ») et donc souvent superflus mais invasifs sont pratiqués sans explication ni délicatesse.

Le confort de la patiente passe aussi par le respect de ses choix en matière d'anesthésie. Avoir le choix, c'est pouvoir prendre une décision en toute connaissance de cause. Quand une femme n'est pas sûre de vouloir une anesthésie péridurale, la moindre des choses est de lui indiquer jusqu'à quel moment du travail on peut la pratiquer et de lui demander régulièrement si elle en veut une. Il n'est pas acceptable que le médecin prenne l'indécision de la patiente pour une incapacité permanente à choisir, ou son silence pour un consentement tacite aux décisions qu'il juge, lui, préférables. S'il se révèle impossible, passé un certain stade du travail, de pratiquer la péridurale que demande la patiente, le médecin doit le lui dire, mais n'a pas le droit de la rudoyer ou de la vilipender parce qu'elle a pris sa décision trop tard. Il a seulement l'obligation de la rassurer et de prendre toutes les mesures possibles pour réduire son inconfort.

Procédures non consenties : La plupart des accouchements ne nécessitent aucun geste médical complexe. C'est vrai dans les pays en développement, où on manque de tout. C'est encore plus vrai dans les pays développés où la grande majorité des femmes est en bonne santé et où les grossesses se déroulent sans incident. Bien sûr, des événements imprévus peuvent survenir au moment du travail ou de l'expulsion. Mais tous les gestes

qu'ils sont susceptibles de nécessiter peuvent être discutés en amont. Le consentement au déclenchement provoqué ou à la pratique d'une césarienne peut être demandé plusieurs semaines avant un accouchement, mais ce que les médecins ne disent pas toujours, c'est qu'un déclenchement ou une césarienne ne devraient pas être imposés par le médecin, mais être décidés en tenant compte *à tout moment* des souhaits de la femme. Autrement dit, le consentement donné un mois avant l'accouchement peut parfaitement être retiré verbalement le jour de l'accouchement. Certains praticiens arguent qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir le consentement de la patiente pendant qu'elle est en travail. C'est vrai dans les rares situations d'urgence. L'accouchement, si intense soit-il, n'est pas à lui seul une urgence, c'est un phénomène physiologique que beaucoup de femmes dans le monde vivent sans la présence d'un médecin ! En dehors de l'urgence (d'un accouchement qui se passe de manière non physiologique) la patiente qui accouche ne cesse pas d'avoir des oreilles, des yeux et un cerveau en parfait état. La situation peut être délicate, ça ne la prive pas de sa liberté et de son jugement. De plus, une personne avertie, accompagnée et qui se sent en sécurité est toujours plus à même de prendre des décisions qu'une personne maintenue dans le silence, l'incertitude et à distance.

L'idée que l'on peut choisir est, en elle-même, libératrice et source de sécurité. Lorsqu'une patiente pense qu'elle n'aura pas le choix (pas même celui de consentir, puisque les décisions seront prises par le médecin), elle ne peut pas se sentir en sécurité. Et comme nous l'avons vu, l'anxiété aggrave la douleur et les symptômes de malaise.

Violences banalisées : Des gestes moins spectaculaires que la césarienne, mais potentiellement très pénibles comme

la rupture provoquée de la poche des eaux, l'utilisation de forceps et surtout l'épisiotomie au moment de l'expulsion font partie de ces gestes « automatiques » dont la violence et les conséquences sont incompatibles avec les soins de qualité.

L'épisiotomie est une procédure dont la fréquence a beaucoup diminué dans les pays européens. En Suède, sa fréquence est de 1%, contre 80% en Argentine. Elle est plus fréquente quand la patiente accouche avec un obstétricien qu'avec une sage-femme. Lorsque la patiente accouche debout (ou accroupie) ou couchée sur le côté, les épisiotomies sont moins fréquentes que lorsqu'elle accouche sur le dos. Et elles sont plus fréquentes lorsque l'accouchement est provoqué. La communauté internationale s'accorde à dire que l'épisiotomie doit rester un geste rare, pratiqué seulement dans certains cas très précis (de nombreuses études ont permis d'en préciser la nature) et non un geste systématique pratiqué à la convenance (traduire : pour le confort ou la tranquillité d'esprit) du praticien.

L'épisiotomie a pour justification de protéger la patiente de déchirures importantes pendant l'expulsion. Mais c'est un geste traumatisant, qui consiste à couper des muscles du périnée et susceptible de laisser des séquelles douloureuses.

Du point de vue éthique, déontologique et légal, il n'est pas permis à un médecin de pratiquer une épisiotomie sur une patiente qui la refuse, même si cette épisiotomie était médicalement justifiée.

Ici encore, il s'agit d'information, de communication, d'échange et de respect. Quand une femme se retrouve enceinte, elle a largement le temps de s'informer et de préparer son accouchement. Le rôle des professionnels de santé consiste, en particulier, à lui donner accès aux informations qu'elle désire afin de prendre des décisions en connaissance de cause. Il ne

consiste pas à porter des jugements sur ses décisions. Avoir un enfant est une décision importante. Ça peut être une décision problématique, mais ce n'est pas le médecin qui décide d'avoir un enfant. Au nom de quoi, alors, devrait-il décider de la manière dont se déroulent la grossesse et l'accouchement ? Son rôle consiste à s'assurer que l'un et l'autre se passent bien pour la femme et l'enfant, non à en imposer chaque étape ! Et même si telle ou telle procédure est favorable au bon déroulement de l'accouchement, ce n'est pas le médecin qui le détermine, c'est l'état des connaissances scientifiques, qu'il est de son obligation de faire connaître *loyalement* à la patiente.

Malheureusement, en France, beaucoup d'obstétriciens n'ont pas l'air de tenir ce raisonnement.

Difficulté supplémentaire : grossesse et accouchement ne sont pas tout à fait similaires aux autres situations de soin.

D'abord, parce que la femme et son enfant à naître ne sont le plus souvent ni malades ni menacés. Le suivi de grossesse et l'accouchement sont, dans la majorité des cas, des situations au cours desquelles les gestes d'observation, de surveillance, la patience et la réassurance priment sur les gestes invasifs. En surmédicalisant les femmes enceintes, on les traite comme des personnes malades ou en danger, ce que pour la plupart elles ne sont pas. C'est une tromperie.

On objectera que les médias contribuent beaucoup à inquiéter les femmes enceintes et les incitent, de ce fait, à surmédicaliser leur grossesse. C'est peut-être vrai pour certaines femmes, ça n'autorise pas à penser que c'est le cas de toutes. Et lorsque c'est le cas, le rôle du médecin devrait, précisément, consister à les rassurer et à relativiser le caractère inquiétant de la mésinformation dont elles font l'objet.

La seconde particularité de la grossesse, c'est que contrairement aux autres situations de soin, il est toujours possible de

contraindre la femme à accepter des décisions dont elle ne veut pas en prenant symboliquement l'enfant en otage. Déclarer tout de go « C'est mieux pour votre enfant » est une manipulation et une violence, car elle ne peut déclencher qu'une réaction émotionnelle, non la prise d'une décision raisonnée.

Toute décision a des conséquences. Pour prendre une décision raisonnée, il faut en avoir mesuré les risques et anticipé les conséquences. « C'est mieux pour votre enfant » n'est pas une information, c'est un ultimatum. En quoi est-ce « mieux » ? Qui a défini ce « mieux » ? Selon quels critères ? – Toutes ces questions, les femmes sont en droit de les poser et les médecins ont l'obligation d'y répondre, *loyalement*, comme le stipule en toutes lettres l'article R.4127-35 du Code de la Santé publique.

« C'est mieux pour votre enfant » est aussi paternaliste, aussi arbitraire et tout aussi anti-professionnel que le « C'est mieux pour vous » asséné à un malade sans autre explication. C'est, de plus, paralysant et culpabilisant.

La santé des femmes cristallise ce que la médecine française a de plus problématique, de plus fondamentalement contraire à l'éthique du soin – en un mot : le paternalisme.

Chaque fois qu'un médecin se comporte en Docteur avec une femme, il commet un triple abus de confiance : à l'égard de la patiente, de la société qui lui a donné le privilège d'exercer la médecine, et de tous les soignants qui se plient à leurs obligations.

En cela, et précisément parce que de nombreuses situations de la santé des femmes ne concernent pas la maladie mais le déroulement naturel de la vie (puberté, grossesse, accouchement, ménopause), il me semble que la santé des femmes peut servir de champ de réflexion générale pour la définition de ce que doivent être la relation de soin et les échanges entre soignants et patients.

Soumission à l'autorité et ascendant des médecins

En recevant son diplôme, un médecin se voit doté de privilèges très importants (toucher le corps des autres, y pénétrer, le soumettre à des explorations ou des traitements, lui faire courir les risques iatrogènes, telle la toxicité des médicaments). Ces privilèges immenses s'accompagnent (même en France) d'obligations strictes ; et ils ne donnent au médecin *aucun droit* sur le patient. *Jamais.*

Et cependant, beaucoup de médecins français violent leurs obligations.

Pire : beaucoup de patients s'y plient, se soumettent sans protester. On est en droit de se demander pourquoi.

Comme celui de tous les animaux, le cerveau humain porte en lui des processus psychologiques innés, sélectionnés par l'évolution pour leurs qualités adaptatives et propices à la survie. Ces processus – présents chez la plupart des mammifères et chez tous les primates – sont indispensables non seulement à la survie individuelle, mais aussi à l'organisation sociale.

Depuis la Seconde Guerre mondiale, d'innombrables travaux de psychologie clinique se sont penchés sur la question de la soumission à l'autorité. En 1963, l'expérience de Milgram semblait montrer que, sollicités par un « expérimentateur » en blouse blanche, des volontaires étaient prêts à administrer des chocs électriques (simulés, mais ils ne le savaient pas) à un sujet assis dans une autre pièce qu'eux. En réalité, une analyse plus récente semble indiquer que l'« obéissance » des volontaires était en fait inconstante, et variait en fonction du conflit moral qui agitait chacun d'eux. Ce conflit n'est pas spécifique aux humains : dans *The Age of Empathy,* Frans de Waal rappelle que des rats et des singes à qui on a appris à recevoir une récompense en actionnant une commande, cessent d'actionner

cette commande quand elle produit *aussi* un choc électrique chez un compagnon placé dans une cage voisine !

La plupart des invididus sont doués de sens moral, mais ce sens moral est parfois contrebalancé par le désir de se plier aux instructions d'une figure d'autorité. Ce phénomène de soumission varie avec l'âge, le statut, la culture d'origine et le niveau d'éducation des sujets. Il varie aussi avec le statut de la personne qui donne les ordres.

Dans les fantasmes de l'immense majorité des personnes, le médecin est la seule figure qui puisse faire rempart à la maladie, à la déchéance et à la mort. Il n'est donc guère étonnant de constater qu'un médecin suscite respect et confiance mais aussi que, face à sa blouse blanche, *l'obéissance se maintient à mesure que croissent le statut et le niveau d'éducation du patient* : qu'on soit pauvre ou riche, le corps médical bénéficie d'une aura considérable, et beaucoup d'entre nous semblent ne pas se donner d'autre choix que de plier à ses prescriptions… ou de se sentir coupables et inquiets de ne pas les suivre.

Cependant, les médecins ne suscitent pas seulement l'obéissance mais aussi la crainte, tout comme, jadis, dans les sociétés premières, la figure du shaman – tout à la fois prêtre, sorcier et homme-médecine qui invoquait les esprits pour expliquer l'origine de la maladie, pour la soigner, mais aussi parfois pour punir.

La déférence mêlée de crainte que beaucoup d'individus aujourd'hui ressentent à l'égard des médecins est-elle héritière de celle que nos ancêtres éprouvaient autrefois devant un shaman, un sorcier ou un grand-prêtre, porte-paroles des forces surnaturelles et garants des valeurs morales ? Se pourrait-il que cette « peur sacrée » ne soit pas uniquement le produit d'un apprentissage social mais, comme la soumission à l'autorité, un mécanisme psychologique inné, modelé par

l'environnement culturel… et plus ou moins marqué selon la manière dont se comportent les médecins rencontrés ? Il n'y a pas de réponse à cette question, mais il me semble qu'elle mérite réflexion. Car si cette « peur de la figure shamanique » nous habite, cela pourrait expliquer que nombre d'entre nous perdent tous leurs moyens face aux individus qui évoquent cette figure au plus près : des hommes sûrs d'eux et autoritaires, parlant avec sécheresse ou brutalité, refusant de dialoguer, et dont l'attitude condescendante, hautaine, culpabilisante et menaçante laisse entendre qu'ils ont mieux à faire que prendre nos maux en considération.

La maltraitance par délégation

Tout soignant est en position d'être maltraitant, mais les risques de maltraitance et de transgression sont souvent la conséquence des relations de pouvoir qui lui sont imposées. Ainsi, la hiérarchie hospitalière peut, dans certains contextes, être à l'origine de maltraitance par délégation. Deux exemples.

Au cours des années 1970, alors que je venais d'arriver comme nouvel étudiant dans un service de chirurgie digestive, l'interne dont je dépendais me charge de pratiquer un examen gynécologique sur une jeune patiente. Je lui demande pourquoi il me demande, à moi, étudiant inexpérimenté, de pratiquer cet examen, et à quoi il servira. Il me répond : « Il ne servira à rien, ça fait partie du bilan, et faut bien que t'apprennes. » Choqué, je vais bavarder avec la patiente, qui me confirme qu'elle n'a pas du tout de symptôme gynécologique. Je ne lui impose donc pas l'examen en question, mais je note dans le dossier qu'il est « normal » (pour éviter qu'on envoie quelqu'un d'autre le lui faire tout de même). Plus tard, lisant

le dossier, l'interne me lance divers explétifs supérieurs et méprisants destinés à me laisser entendre qu'il m'a purement et simplement bizuté. Il ne lui était pas venu à l'esprit que cet examen gynécologique abusif était une violence qu'il imposait à deux personnes : la patiente et moi. Je m'étais refusé à le faire, mais j'avais dû mentir dans le dossier, car avant que son auteur ne confirme mon intuition, je n'avais personne à qui me référer pour dénoncer l'abus de pouvoir et la maltraitance que j'avais soupçonnés.

Dans l'un des premiers épisodes de *L'école de médecine,* le documentaire de Marie Agostini dont j'ai parlé plus tôt, on assiste à cette scène stupéfiante : une étudiante se voit confier la tâche de prélever les gaz du sang d'un patient âgé hémiplégique et aphasique, à demi paralysé et incapable de parler. Ce prélèvement consiste à plonger une longue aiguille dans l'aine du patient pour aspirer du sang artériel. C'est un geste délicat, que même les professionnels chevronnés peuvent rater, et intolérablement douloureux pour la personne qui le subit. Dans la séquence en question, on voit le résident expliquer très vaguement quoi faire à l'étudiante, et l'abandonner à son sort. Les séquences suivantes (filmées par un cadreur placé au bout du lit) la montrent qui tente vainement, à plusieurs reprises, de pratiquer le prélèvement, avec pour seul accompagnement les gémissements du malade incapable de protester et de se défendre : elle piquait, bien sûr, la jambe paralysée.

La maltraitance institutionnelle en France n'est pas anecdotique. Elle est si fréquente qu'elle a fait l'objet d'un rapport officiel à la Haute Autorité de Santé en 2010[9].

9. Claire Compagnon et Véronique Ghadi : « Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltrai-

Médecine pyramidale

En France, les abus de pouvoir des médecins découlent, tout bonnement, de la structure hiérarchisée de la société française.

Dans mon roman *Les Trois Médecins,* j'ai transposé le roman d'Alexandre Dumas, *Les Trois Mousquetaires* en épopée d'une poignée d'étudiants en médecine à Tourmens, une ville française imaginaire, pendant les années 1970. C'est une transposition très fidèle, qui respecte tous les morceaux de bravoure du roman de Dumas et donne à ses personnages principaux des alter-ego dans l'organigramme de la faculté : le Doyen Fisinger incarne Louis XIII ; le vice-doyen Le Riche (Richelieu), professeur de gynécologie-obstétrique, est secondé par les Docteurs Hoffmann (Milady de Winter) et Budd (Rochefort) et « parraine » les internes en chirurgie (les gardes du Cardinal). Le Professeur Vargas (Monsieur de Tréville) chaperonne une poignée d'étudiants voués à la médecine générale, parmi lesquels Bruno Sachs (D'Artagnan) et ses amis André Solal (Aramis), Basile Bloom (Porthos) et Christophe Gray (Athos).

Interrogé à la sortie du livre par un membre de la société des amis d'Alexandre Dumas, je le vis s'émerveiller : « Comment avez-vous fait pour transposer *Les Trois Mousquetaires* de manière aussi réussie ? » J'ai réfléchi quelques secondes et je me suis entendu répondre : « Au fond, c'était très simple : les facultés de médecine française sont structurées comme la France de Louis XIII… »

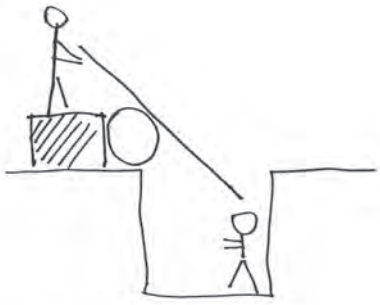
Comme le résumait une étudiante lors d'une rencontre publique, il y a une dizaine d'années, « l'organisation d'un service hospitalier français est pyramidale : le patron impose

---

tance "ordinaire" dans les établissements de santé» – Octobre 2009 – Disponible sur le site de la HAS – www.has-sante.fr.

ses décisions à ses "agrégés" ; les professeurs agrégés imposent les leurs aux chefs de clinique ; les chefs de clinique aux internes et aux infirmières ; les internes aux étudiants. Et les étudiants, sur qui apprennent-ils à exercer l'autorité que leurs aînés exercent sur eux ? Sur les patients ! »

Les médecins se comportent en supérieurs parce que la société leur a toujours laissé entendre qu'ils l'étaient. En France, l'asymétrie « fonctionnelle » de la relation de soin se confond presque toujours avec l'asymétrie sociale. Le schéma de la page 49 pourrait être redessiné de la manière suivante :



Dans tous les pays du monde, un médecin, avant même de délivrer des soins, est perché sur sa petite estrade personnelle. Non seulement par la société en général, mais par chaque patient.e, individuellement.

Cette position de supériorité symbolique lui confère, encore une fois, des traits bénéfiques (le respect inspire la confiance, la confiance est source de réassurance et d'effet placebo) mais aussi un ascendant incontournable.

Dans de nombreux pays, l'enseignement incite les praticiens à voir l'estrade comme contraire à l'éthique. En France, il semble qu'elle soit incluse dans la panoplie du médecin, et

voie même sa taille grandir avec le statut et la position hospitalo-universitaire du médecin.

Cette estrade – et l'ascendant qu'elle favorise sur les patients –, nombre de médecins français semblent en ignorer l'existence et ne s'interrogent pas sur ses conséquences : un rapport de force incompatible, par sa nature même, avec les échanges égalitaires, indispensables à la vocation libératrice du soin. D'autres usent et, pour certains, abusent de leur ascendant sans que cela suscite en eux le moindre dilemme. D'autres enfin en ont douloureusement conscience. Lorsqu'ils s'efforcent de se comporter autrement, ils se heurtent souvent au même type de réaction : « Comment peut-on soigner "correctement" des patients qui ne se plient pas à nos instructions ? »

Le paternalisme médical est une logique qui se mord la queue. Et qui ne veut pas en démordre.

Pour sortir de son cercle vicieux, il n'y a pas trente-six solutions. Il n'est peut-être pas possible de faire disparaître ce piédestal de l'esprit des patients. Mais on doit tout faire pour former des professionnels de santé qui refusent de s'y percher.

VI

De quelle relation de soin (et de quels médecins) avons-nous besoin ?

Penché au bord de ma fosse, le soignant me tend la corde ou le levier qui m'aidera à surnager et, dans le meilleur des cas, à regagner la terre ferme. Il s'engage à ne pas ménager ses efforts et à ne pas abuser de ma situation. Il agit de manière transparente, en me tenant toujours informé de ce qu'il fait et de ce qu'il sait, et en partageant sans réserve avec moi et mes proches les éléments de savoir et de savoir-faire qui me permettront de me passer de lui et de me remettre le jour venu à mener ma barque ou mon voilier.

Sans revenir sur les principes de bioéthique décrits plus haut, j'aimerais m'étendre sur quelques aspects de la relation de soin qui me semblent importants, mais passent souvent au second plan.

Le consentement éclairé

La notion de consentement éclairé découle directement du Code de Nuremberg et de ceux qui l'ont suivi (Déclaration d'Helsinki, en particulier). Elle stipule qu'on ne peut soumettre personne à une exploration, un traitement ou n'importe quelle

procédure médicale sans l'avoir clairement informé de leur nature, de ce qu'on en attend, et des conséquences possibles et plus rares de leur mise en œuvre.

Par extension, la notion de consentement éclairé s'applique à toute interaction dans le cadre d'une relation de soin.

Ainsi, lorsqu'on me propose une radiographie ou une prise de sang, il faut m'en expliquer l'intérêt et les limites pour que j'en apprécie l'utilité *à mes yeux*.

Le terme « éclairé » sous-entend non seulement que j'ai reçu l'information, mais aussi que je suis en mesure de l'utiliser.

L'une des objections le plus souvent soulevées par l'idée de consentement éclairé est celle-ci : « Il n'est pas possible d'informer quelqu'un *complètement*. Le consentement ne sera donc *jamais* éclairé. »

Cette objection n'est pas recevable, parce qu'elle envisage la notion de consentement éclairé comme un absolu, établi une fois pour toutes. Elle omet ainsi deux réalités ; la première est que personne – pas même le médecin – ne peut tout savoir à l'avance sur, par exemple, un traitement. Et que personne – pas même le patient – n'a le désir ou le besoin de tout savoir, tout de suite, une fois pour toutes. Pour que le patient puisse donner un consentement éclairé, il est nécessaire, avant tout, qu'il sache ce qu'il y a de plus important et qu'on ne lui cache rien d'essentiel – à chaque étape et tout au long de la relation.

Supposons que je souffre d'un cancer de la vessie, maladie dont le pronostic est sombre, et le taux de guérison assez faible. L'urologue m'explique qu'il y a deux traitements : la chirurgie et la radiothérapie. Il me conseille d'avoir recours plutôt à la première, qui est un peu plus efficace, et ne m'en dit pas plus. Ai-je été « éclairé » ? Pas vraiment. Car l'option chirurgicale signifie que je devrai, tout le reste de ma vie, porter une poche à urines sur l'abdomen. La radiothérapie,

même si son efficacité est moins assurée, me permet de continer à uriner normalement. Et, puisque dans l'un et l'autre cas, ma survie risque d'être courte, je peux préférer le traitement qui me donne la meilleure qualité de vie *de mon point de vue.* Selon qu'on me donne ou non ces informations, ma perspective sera très différente.

On peut alors comprendre qu'« éclairer » ne consiste pas à « tout dire » – ce qui est impossible, mais à dire *tout ce que le patient* veut *savoir pour prendre une décision qui soit la meilleure, à ses propres yeux.* Ce que le patient *veut* compte autant que ce que le médecin croit devoir lui dire.

Le médecin peut définir la part d'information qu'il doit donner, mais c'est au patient de délimiter la part qui *le* concerne, et qui peut déborder de ce que le médecin a anticipé. Ici apparaît une autre composante fondamentale du consentement éclairé – c'est un processus *continu :* le médecin peut toujours être amené à apporter des informations complémentaires, soit parce qu'il vient d'en avoir de nouvelles, soit parce que le patient en demande. Cette condition essentielle du consentement éclairé est consubstantielle à la relation de soin : l'un et l'autre s'édifient sur le *partage*, l'échange permanent de réflexions, d'informations, de questionnements, de mises au point, d'idées, d'intuitions entre patient et soignant. Si le médecin éclaire le patient sur ce qu'il sait du diagnostic, du traitement, du suivi, le patient éclaire le médecin sur ce qu'il veut, ce qu'il ne veut pas, ce qu'il ressent et ce qu'il redoute.

Lorsque je travaillais à la revue *Prescrire,* au cours des années 1980, je me souviens d'avoir eu une discussion avec l'un des rédacteurs, médecin généraliste lui aussi, autour de l'annonce du diagnostic de sclérose en plaques. Les premiers symptômes de cette maladie, qui évolue par poussées successives, sont parfois très fugaces et il n'était pas toujours facile

d'identifier la maladie à coup sûr. C'était d'autant plus problématique qu'il s'agissait alors (et encore aujourd'hui) d'une maladie pour laquelle il n'existe aucun traitement susceptible de la guérir ou de ralentir son évolution. L'évolution est très variable et imprévisible d'une personne à une autre : certains patients sont peu gênés et restent longtemps valides. D'autres se retrouvent rapidement très handicapés. Mon interlocuteur était d'avis que, en cas de première poussée de sclérose en plaques, il ne fallait pas donner le diagnostic à la personne concernée. Il appuyait son opinion sur la conviction qu'une telle annonce serait source, pour une personne désarmée, d'inquiétudes injustifiées (les poussées pouvaient rester espacées), d'un sentiment d'impuissance (il n'y avait pas de traitement), de désespoir (le diagnostic pouvait apparaître comme une condamnation), etc.

Cette position me mettait mal à l'aise : j'étais un jeune médecin bienveillant, je pouvais faire mien le désir de ne pas pourrir la vie d'une patiente (c'est une maladie qui touche plus souvent les femmes) en lui annonçant une nouvelle aussi lourde de signification.

D'un autre côté, je ne parvenais pas à me départir de l'idée qu'il n'était pas défendable de cacher à quiconque une vérité qui le concerne.

Quelques années plus tard, un ami américain très proche m'annonça, alors qu'il venait me rendre visite, être atteint de sclérose en plaques. Nous avions le même âge – une quarantaine d'années, à l'époque – et je pouvais tout à fait m'identifier à sa situation. Quand il me raconta la manière dont le diagnostic lui avait été annoncé, ce fut avec une perspective très différente de celle de mon confrère. Dès la première poussée, son médecin avait évoqué plusieurs diagnostics possibles, parmi lesquels la SEP figurait. Quelque

temps plus tard, il le lui avait confirmé de vive voix, au cours d'une consultation qui avait permis à mon ami, ainsi qu'à sa compagne, de poser toutes les questions qui lui venaient. Il en avait retenu essentiellement trois choses : que l'évolution de sa maladie était imprévisible ; que les traitements des poussées étaient inconstamment efficaces mais pouvaient soulager ses symptômes et que son médecin était à sa disposition pour lui répondre et le recevoir à tout moment. Mon ami conclut : « C'est un sale coup, mais au moins je me sens soutenu, ça m'a permis d'ajuster mes projets. » Comme je lui demandais lesquels, il me répondit : « J'avais prévu d'acheter une maison. Si je dois me retrouver en fauteuil roulant, je vais plutôt choisir une maison de plain-pied. »

Ce qui m'a le plus frappé dans son récit, c'est que jamais le médecin n'avait présupposé qu'il ne saurait pas faire face à l'annonce de sa maladie. Il la lui avait annoncée de manière à la fois factuelle et encourageante (il l'avait mis en contact avec une association de patients souffrant de SEP) et se tenait à ses côtés. Quand on avait ensuite proposé à mon ami de participer à l'expérimentation d'un médicament susceptible d'agir sur l'évolution des poussées, on lui avait expliqué clairement qu'il s'agissait d'un essai en double aveugle (ce qu'il voulait dire qu'il recevrait peut-être un placebo, et non le médicament actif) et que les effets secondaires pouvaient être marqués (ce qui voulait dire qu'il souffrirait peut-être plus du traitement qu'il n'en tirerait bénéfice). Il avait pesé le pour et le contre et avait fini par décider de ne pas s'enrôler dans l'essai. Son médecin n'en avait pas moins continué à s'occuper de lui avec le même soin.

Ces deux histoires illustrent une notion qui me semble fondamentale : si soigner, c'est aider l'autre à s'affranchir au mieux de la maladie, ou à y faire face, alors tout travestis-

sement de la vérité, même pour des raisons « bienveillantes » n'est pas seulement paternaliste, mais aussi incompatible avec le soin.

La notion de consentement éclairé peut sembler complexe. Elle ne l'est pas si l'on admet que le rôle du médecin consiste à délivrer au patient, mais aussi à traduire, toutes les informations qui le concernent, pour lui permettre de prendre ses propres décisions.

Le consentement (à un traitement, une procédure) n'est, au fond, qu'une des nombreuses étapes de la relation de soin : le capitaine-patient accepte périodiquement de changer de cap sur les conseils du pilote à qui il a accordé sa confiance. Mais, parce que la confiance ne peut être ni aveugle ni absolue et doit être méritée en permanence, le consentement doit être obtenu à tout moment.

Je dis bien : *obtenu*, comme dans le code de déontologie des médecins du Québec (Art 28. « Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. ») et non pas, comme le dit l'article R.4127-36 du CSP : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être *recherché* dans tous les cas. » (C'est moi qui souligne.)

La libre circulation du savoir

Pour être éclairé, il ne suffit pas de demander des informations le jour où on tombe malade. Il est aussi souhaitable de s'informer en permanence. Aujourd'hui, les moyens de s'informer sont nombreux. Trop nombreux, diront certains : comment s'y retrouver ? La facilité de recherche sur l'internet est source de confusion.

Je ne suis pas d'accord. Certes, le nombre de pages internet disponible est gigantesque, mais n'est-ce pas préférable à l'époque où seule une minorité socioculturelle avait accès au savoir ?

Certes, il y a beaucoup d'informations en ligne et il peut être difficile de s'y retrouver, mais on le fait de chez soi, on peut s'y atteler tous les soirs, sans être limité par le coût des documents. De plus, les associations à but non lucratif et les groupements de patients ont depuis longtemps investi l'internet pour échanger des informations scientifiques et des expériences pratiques.

Pendant mes deux premières décennies de pratique, j'ai fait de l'information contraceptive en tête à tête avec des femmes qui n'avaient que moi comme interlocuteur. J'avais la chance d'avoir accès à des revues, des livres, des documents audiovisuels. À partir des années 2000, l'accès à l'internet a démultiplié les possibilités pour les patients de s'informer mais aussi, et c'est tout aussi important, pour les soignants de partager le savoir, de lutter contre l'obscurantisme professionnel et contre la désinformation industrielle.

Aujourd'hui, les soignants ne sont plus les détenteurs exclusifs du savoir médical, et c'est tant mieux. Ça ne diminue en rien leur rôle : au lieu d'en être restés à une posture de maître délivrant des informations verticalement, ils peuvent aujourd'hui agir en tant que traducteurs, relais, lanceurs d'alertes mais aussi comme révélateurs de connaissances autrefois confisquées.

L'éthique d'un soignant impose qu'il partage le savoir et le diffuse.

Le respect absolu de la confidentialité

L'obligation de confidentialité est destinée à protéger le patient de la divulgation des informations qui le concernent. Si une jeune femme me révèle qu'elle est enceinte et désire interrompre sa grossesse, je ne dois le révéler à personne. Elle, en revanche, est libre de faire ce qu'elle veut de cette information. À l'opposé, si je reçois un résultat d'examen la concernant, je suis tenu de l'informer de son contenu et je ne peux pas le partager sans son autorisation (pas même avec un autre médecin) : le secret protège le patient, il n'a pas pour fonction de le maintenir dans l'ignorance.

Il m'a toujours semblé incroyable qu'en France, quand une personnalité publique est hospitalisée, l'un ou l'autre des médecins qui s'occupent de lui s'expriment devant les médias pour donner de ses nouvelles. En Amérique du Nord, c'est toujours un porte-parole du patient (un membre de sa famille, par exemple) qui livre ce genre d'information. Jamais le médecin.

Le secret ne disparaît pas à la mort du malade. C'est pour cette raison que Claude Gubler, médecin personnel de François Mitterrand, a vu son autorisation d'exercer révoquée après avoir publié un livre relatant sa relation professionnelle avec le Président de la République. Il avait le droit d'écrire ce qu'il voulait, mais il devait s'attendre à être disqualifié comme professionnel. En dehors de situations très précises, délimitées par la loi, un médecin ne peut pas violer le secret et continuer à exercer, car la divulgation met fin au contrat de confiance qui le liait à la communauté.

Le rôle du médecin (ou de l'équipe médicale, quand celui-ci travaille en équipe) par rapport au secret est double : il en est le gardien (quand les informations ont été acquises par

son intermédiaire), mais il en est aussi le témoin et le dépositaire (quand une information confidentielle lui est révélée par le patient). *Dans les deux cas, le médecin n'est jamais libre d'utiliser ce qu'il sait à sa guise*. Médicales ou personnelles, les informations appartiennent au patient et leur divulgation doit toujours se faire avec l'accord de celui-ci.

Cette double fonction met le médecin, *de facto*, dans la posture d'un *allié*. C'est pourquoi le secret a une limite, celle de son éventuelle dangerosité pour autrui. Devant un parent qui maltraite son enfant, une personne séropositive qui ne veut pas prévenir ses partenaires ou une personne qui va commettre un délit (une agression, par exemple), le professionnel de santé est en droit (dans certains pays, il est même tenu) de prévenir les autorités, afin de protéger les personnes. Le médecin est l'allié du capitaine-patient, il le pilote et se plie à ses décisions, mais n'a pas à rester passif si le capitaine décide d'éperonner un autre vaisseau ou ne fait rien pour l'éviter.

Partage du savoir et préservation du secret semblent, à première vue, contradictoires. En réalité, ils ne le sont pas, mais découlent du principe selon lequel *c'est au patient de définir ce qu'il fait des informations*. Le médecin, encore une fois, a pour fonction de le soutenir dans ces choix – tant que ceux-ci ne mettent personne d'autre en danger. Le patient doit être assuré de la loyauté du soignant à l'égard de la confidentialité. Et le médecin doit clairement exprimer qu'être l'allié de son patient, ça n'est pas être son complice.

Ça ne doit pas, non plus, être son bourreau : lorsqu'un médecin connaît le secret d'un patient, il n'a pas le droit de l'utiliser contre lui.

Lâcher prise

Exception faite d'une poignée de sociopathes (dont certains, malheureusement, jouissent d'un pouvoir considérable), les médecins sont des êtres humains, soumis à des émotions et à des pulsions profondes, complexes, pas toujours contrôlables. Par conséquent, *leur sens moral ne suffit jamais* à garantir l'éthique de la relation. La première obligation d'un soignant consiste donc à confronter en permanence ses attitudes propres à des repères extérieurs : le patient, des professionnels de référence, les travaux et la réflexion éthique touchant à son domaine d'activité.

Et, lorsqu'il est en difficulté, il doit demander de l'aide.

Pour beaucoup de médecins, c'est ce qu'il y a de plus difficile. On leur a en effet inculqué qu'ils ont à leur disposition des outils puissants, que les patients attendent beaucoup d'eux, qu'ils ne doivent pas les décevoir. On les a aussi formés dans l'idée que pour réussir, il faut se distinguer des autres professionnels, être « meilleur » qu'eux.

Demander de l'aide, c'est admettre son impuissance.

Je ne parle pas ici de l'attitude, parfaitement acceptable, qui consiste à envoyer un patient à un correspondant plus savant ou plus spécialisé, mais au fait de reconnaître un sentiment d'inadéquation ou d'ignorance, d'exprimer son désespoir devant la mort d'un malade, d'éprouver un sentiment d'échec quand un patient décide de rompre la relation de soin, de se sentir coupable quand on passe plus de temps à son travail qu'avec sa famille, d'avoir à faire le deuil des ambitions du passé, de pleurer les proches qu'on n'a pas pu empêcher de mourir.

Beaucoup de médecins ont le sentiment qu'ils ne sont même pas maîtres de leur vie. Se sentir professionnellement impuissant ou inadéquat peut se révéler insupportable.

Certains se réfugient dans des comportements de compensation. Au cours des années 1970, des enquêtes menées aux États-Unis indiquaient que les médecins étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues, de fumer, de divorcer, de souffrir d'infarctus précoce et de se suicider que les non-médecins.

Or, nous n'avons pas besoin de soignants qui se tuent au travail ou qui se sacrifient, qui se déchirent et s'opposent. Nous avons besoin de soignants qui travaillent en coopération – avec nous et avec les autres professionnels de santé.

En plus du respect des principes de bioéthique, les fondements d'une relation de soin sont simples ; ils peuvent, il me semble, se résumer en quelques mots : engagement, loyauté, partage.

Afin d'offrir des soins de qualité, il me semble indispensable de former des soignants dont le leitmotiv ne serait plus « Faites-moi confiance, je contrôle la situation », mais « Faisons la route ensemble ».

Le soin étant une œuvre collective, il est nécessaire de concilier la délivrance des soins et les attentes des patients avec les aspirations légitimes des soignants – à qui on ne peut pas demander simultanément de soulager l'humanité et de s'épuiser à le faire. Le soin est incompatible avec le pouvoir et la compétition. L'un et l'autre devraient en être bannis.

Pour y parvenir, il est nécessaire de changer de paradigme.

VII

J'ai fait un rêve

À la fin de mes études, j'ai été interne, pendant deux périodes successives de six mois chacune, dans deux services contigus de médecine. L'un s'occupait plutôt d'affections cardiaques, l'autre plutôt d'affections digestives, mais comme il s'agissait d'un hôpital régional, les patients étaient reçus à mesure qu'ils entraient, et on les soignait pour ce qu'ils avaient. La diversité des situations, la polyvalence des médecins et des infirmières, mais aussi leur capacité à travailler ensemble (certains se connaissaient depuis vingt ans) faisait plaisir à voir. Les chefs de service (un homme dans l'un, une femme dans l'autre) ne se voyaient pas (et ne se comportaient pas) comme des patrons, mais comme des capitaines d'équipe. L'une des infirmières du service m'avait eu comme stagiaire infirmier quelques années plus tôt. Lorsque je suis devenu interne dans le service dont elle était la surveillante, elle m'a accueilli avec un grand sourire en me disant : « Une des filles est en congé de maladie. Tu veux bien faire les prises de sang pendant que tu fais ta visite ? » Sans réfléchir, j'ai immédiatement répondu oui. Elle a éclaté de rire en me disant qu'elle blaguait. Moi, j'étais très sérieux. J'avais vu des

internes américains faire des prises de sang, poser des perfusions, faire des prélèvements. Ils n'allaient pas les ajouter aux infirmières, déjà surchargées.

J'ai dit à ma surveillante : « On fait le même travail, de toute manière. » Je le pensais et je le pense toujours.

Il n'y a pas de discontinuité entre ce que font les professionnel.les du corps infirmier et du corps médical. Les membres des deux professions sont en contact direct avec le corps des patients. Les uns et les autres font des diagnostics, décident de conduites à tenir, assurent la surveillance, procèdent à des gestes invasifs ou réparateurs.

Ce sont des professions différentes, direz-vous. Certes, mais en quoi ? Et pourquoi ?

La différence ne tient pas aux gestes – fondamentalement, ce sont les mêmes, et certains gestes très spécialisés peuvent parfaitement être pratiqués par des infirmières, comme c'est le cas dans d'autres pays que la France.

Elle ne tient pas non plus au savoir ou aux capacités intellectuelles. Les infirmières chevronnées en savent beaucoup plus et sont souvent bien plus intelligentes – et bien plus soignantes – que les jeunes médecins qu'elles forment… et que certains vieux médecins. Yvonne Lagneau, la surveillante du service des IVG où j'ai pratiqué pendant quinze ans, aurait parfaitement pu pratiquer les IVG elle-même si elle en avait eu l'autorisation. Elle connaissait non seulement les moindres gestes, mais savait aussi très bien lire sur le visage et dans les soupirs des femmes. C'était une soignante accomplie, l'une des meilleures que j'aie rencontrées.

La différence entre la profession infirmière et la profession médicale ne tient pas aux compétences de leurs membres respectifs, mais uniquement à la différence de statut. Cette différence a longtemps été associée au genre

– les hommes devenaient médecins, les femmes infirmières – mais ce n'est plus vrai : il y a aujourd'hui plus de futures médecins femmes que d'hommes. Non, la différence est, à l'heure actuelle, purement et simplement, une différence de classe.

Les médecins (femmes et hommes) continuent à être issus des classes les plus favorisées. Les infirmiers et infirmières, les sages-femmes (qui en savent souvent plus que les obstétriciens), les orthophonistes (qui en savent souvent plus que les neurologues) viennent plutôt de classes sociales qui ne peuvent pas financer de longues études à leurs enfants.

Le jour où j'ai pris conscience de cette distinction arbitraire, qui tend à s'estomper dans les pays plus égalitaires – ceux où on forme des infirmières cliniciennes et où les sages-femmes deviennent docteures en bioéthique – mais qui persiste dans les pays où les soins sont les plus hiérarchisés, j'ai fait un rêve.

C'est un rêve ambitieux. Je n'en trace ici que les grandes lignes, car je ne suis pas architecte. Je me contenterai de lancer des idées simples, mais praticables, à taille humaine, en m'inspirant du travail accompli dans des pays riches comme dans des pays où on manque de tout, et des idées modestes, mais élégantes et vivaces, énoncées par le britannique E. F. Schumacher dans *Small Is Beautiful : Une société à la mesure de l'homme* (1973).

La France a besoin de soignants, ses facultés de médecine préfèrent former des Docteurs. Il semble hors de question de changer la mentalité d'institutions aussi archaïques. Alors, il faut nous en passer. Et, plutôt que de chercher à changer le système par le haut, le faire changer en partant du terrain, en élaborant de nouvelles manières de délivrer des soins, à l'échelle des besoins communautaires.

Imaginons de nouvelles écoles. Des écoles de soignants. Elles ne seraient pas téléguidées depuis la capitale, mais fondées et financées solidairement par les collectivités – régions, départements, communes – et par les entreprises locales.

Dans ces écoles, on formerait des soignants de première ligne, voués à prodiguer des soins de premier recours, à diffuser l'information sanitaire, à assurer les mesures de prévention.

Leur formation serait financée par le biais de contrats communautaires : ils auraient la perspective, une fois formés, d'être les salariés d'un département ou d'une ville de leur région. Ils sauraient dès le début qu'ils vont travailler dans *leur* communauté, pour la population dont ils sont issus.

Pour se familiariser avec la réalité quotidienne des soins, ils passeraient un an au moins à travailler comme aide-soignants hospitaliers, auxiliaires de puéricultures, aides à domicile. À l'issue de cette première période, ils réévalueraient leur décision de devenir soignants, au vu des appréciations des patients, de leurs superviseurs, de leurs camarades et de leur propre expérience.

Ceux et celles qui se révèleraient trop peu empathiques ou trop pervers – bref, incapables de tirer du plaisir du soin au quotidien – se verraient invités à se réorienter.

Ceux qui seraient convaincus de (et encouragés à) vouloir soigner s'engageraient dans la formation infirmière, apprendraient à panser et penser les soins au jour le jour, à faire du dépistage et des diagnostics courants, à délivrer du conseil contraceptif et de l'éducation sanitaire. Après avoir tous reçu la même formation initiale, ils iraient exercer leur métier de soignant de proximité. Au bout de deux ou trois ans, ils pourraient décider de reprendre leur formation, pour

devenir infirmier.e spécialisé.e, sage-femme, médecin de famille, chirurgien.ne, psychothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute – ou devenir cadre, chercheur en épidémiologie, responsable de plans de santé communautaires, etc. Le salaire, fixé par la collectivité, serait identique pour toutes les professions de santé et toutes les spécialités et n'augmenterait qu'avec l'ancienneté. Ce serait un salaire confortable, équilibré par des horaires de travail compatibles avec une vie de famille mais aussi avec la possibilité de continuer à se former. Ceux qui opteraient pour une spécialisation ne le feraient pas pour obtenir un meilleur statut – tout le monde aurait un statut équivalent – mais parce que cela correspondrait à leurs aspirations, à leurs capacités, à leurs découvertes, à leur désir d'évoluer.

Dans ces écoles, on ne formerait pas de futures élites, mais des alliés des patients. Des professionnels polyvalents, qui travailleraient ensemble, en réseaux fluides et inventeraient sur le terrain de nouvelles manières d'assurer les soins, d'utiliser les ressources disponibles et de compenser les lacunes.

Dans ces écoles de rêve, pendant la formation intiale et la formation spécialisée, l'enseignement serait assuré collégialement par des professionnels de tous les champs du soin, des sciences humaines, des arts et de tous les domaines utiles au soin – ainsi que par des patients. Cette collégialité assurerait que la formation repose sur le partage des savoirs et répond aux besoins de la collectivité – les patients seraient là pour le vérifier.

Les soignants auraient tous le même statut – soignant communautaire ; la même fonction : délivrer des soins équitables ; le même objectif : œuvrer à une plus grande justice sociale par l'amélioration de la santé des citoyens. Ils assureraient le recueil et la diffusion des informations sanitaires nécessaires au maintien de la santé dans la communauté et

par la mise en œuvre d'un savoir multidisciplinaire, feraient barrage à la désinformation commerciale et industrielle. Leur réflexion éthique ne se limiterait pas à la santé, elle porterait – comme cela devrait être le cas – sur tous les aspects de la vie dans la cité.

Leur réseau s'étendrait sur tout le territoire de leur région d'apparenance et serait connecté au réseau des régions limitrophes. Ce serait une « toile » humaine.

Une toile d'humanité.

Bien sûr, de par leur statut et leurs responsabilités, ces soignants ne seraient pas à l'abri des transgressions et de la tentation d'user de leur aura. Mais l'équivalence des statuts et l'horizontalité des relations réduirait beaucoup ce risque ; la possibilité de passer d'une profession, d'une spécialité à une autre, leur éviterait de s'épuiser dans une fonction, ou de s'y ennuyer.

Ils seraient tous, à égalité, allié.e, héraut, champion des patients, qu'ils accompagneraient et soutiendraient grâce au réseau qu'ils auraient contribué à tisser.

C'est un rêve, j'en suis bien conscient. Mais regardez vos écrans, cliquez sur les liens et vous verrez, partout sur la planète, dans des pays pauvres et des pays riches, que des bouts de ce rêve existent et fonctionnent déjà, ici et là. Pourquoi ne pas essayer de les reproduire et de les tisser ?

Nous sommes tous des patients, c'est à nous de dire de quels soignants nous avons besoin. Alignons, ensemble, bout à bout, les idées, les songes, les fragments d'ADN qui nous aideront à engendrer les soignants de demain.

Tourmens, 1973 – Montréal, 2014

Annexes

Annexe 1 : Les dix droits du patient

- Le droit de choisir son médecin
- Le droit d'être écouté et respecté
- Le droit à la confidentialité
- Le droit d'être informé (et de s'informer librement)
- Le droit de consentir (ou non) aux examens et aux traitements
- Le droit de ne pas souffrir
- Le droit de faire une pause et de réfléchir
- Le droit de demander réparation
- Le droit d'être représenté
- Le droit d'échanger et de partager

Source : Salomé Viviana et Martin Winckler, *Les droits du patient,* Paris, Fleurus, 2007.

Annexe 2 : Les comportements inappropriés des professionnels de santé

Voici une liste, non exhaustive, de signes qui doivent vous donner à penser que le professionnel de santé à qui vous avez affaire n'a pas un comportement professionnel. Comme vous le verrez, ils traduisent le non-respect des dix droits exprimés plus haut.

Votre médecin se comporte de manière inappropriée si :

- Il n'écoute pas ce que vous dites, vous coupe sans arrêt la parole ou vous ordonne de vous taire ;
- Il dénigre vos sentiments, vos émotions, votre expérience ou vos opinions ;
- Il tient des propos humiliants ou qui tendent à vous ridiculiser ;
- Il crie ou est verbalement violent ;
- Il ne répond pas aux questions et refuse de vous informer sur votre état ;
- Il reste silencieux, distant, évitant, évite le contact visuel, parle par monosyllabes ;
- Il vous reproche vivement, de manière autoritaire, de ne pas suivre ses prescriptions ;
- Il réagit aux questions ou à la remise en cause de ses prescriptions avec colère ; il se froisse facilement ;
- Il est insultant à votre égard ou à l'égard d'autres patients ;
- Il s'oppose fermement à ce que vous demandiez un second avis ;
- Il cherche à vous imposer un traitement ou des tests dont vous ne voulez pas ou refuse un traitement sans justification ; il menace de ne plus vous soigner si vous n'obtempérez pas ;
- Il viole (ou menace de violer) l'obligation de confidentialité en révélant des informations à votre entourage, ou vous révèle des informations qui ne vous concernent pas sur une personne de votre entourage ou un autre patient ;
- Il ne vous demande pas votre consentement pour pratiquer un geste médical ; il effectue sur vous ou une personne de votre entourage des gestes brutaux, inappropriés, déplacés ou agressifs ;

- Il vous demande des honoraires non prévus contractuellement, sans les justifier, en argent liquide, et sans vous remettre de reçu ;
- Il s'oppose à ce que vous preniez le temps de réfléchir à une procédure ou à un traitement ;
- Il refuse que vous le consultiez en présence d'un tiers (conjoint, parent, ami) ;
- Il s'oppose à ce que vous alliez demander conseil à un autre professionnel ;
- Il refuse de vous communiquer tout ou une partie de votre dossier.

Annexe 3 : Êtes-vous pris dans une relation de maltraitance médicale ?

Répondez par oui ou par non aux questions suivantes. Si elles vous semblent similaires à celles qui permettent de définir une relation abusive avec un parent ou un conjoint, c'est parce que tous les abus par personne de confiance sont similaires.

- Avez-vous peur de votre médecin ?
- Avez-vous tendance à éviter certains sujets de peur de contrarier votre médecin ?
- Avez-vous le sentiment que vous devez obéir aux instructions de votre médecin sous peine de le voir se « fâcher » ou « vous gronder » ? Et, si vous ne suivez pas ses prescriptions, trouvez-vous préférable de le lui cacher ?
- Avez-vous le sentiment que vous devez vous comporter d'une certaine manière pour obtenir du médecin qu'il s'occupe de vous ?
- Avez-vous le sentiment que votre médecin vous impose des gestes ou des tests inutiles ?

- Avez-vous le sentiment que vous ne pouvez pas dire « Non » à votre médecin ?
- Vous sentez-vous souvent plus mal en sortant de chez le médecin qu'en y entrant ?

Lorsque vous êtes en entretien avec lui, est-ce que votre médecin :

- vous humilie ou vous fait des reproches ?
- vous critique ou vous diminue ?
- ignore ou dénigre vos opinions, vos croyances ou vos questions ?
- vous laisse entendre que si vous êtes malade, c'est votre faute ?
- cherche systématiquement à vous effrayer ou à vous culpabiliser pour vous faire changer de comportement ?
- vous traite comme un cas, plutôt que comme une personne ?
- pratique le chantage moral (en menaçant de ne plus vous soigner si vous ne lui obéissez pas, par exemple) ?
- vous fait des remarques ou des propositions de nature sexuelle ?
- rejette vos questions, vos suggestions ou les informations que vous lui apportez ?
- a un tempérament irritable ou imprévisible ?
- vous fait souvent mal ou vous met souvent mal à l'aise quand il vous examine ?
- vous culpabilise ou vous embarrasse face à votre conjoint ou votre famille ?
- refuse que vous preniez une autre opinion ?
- refuse que vous ayez accès à certains traitements ou certains soins ?

- ne cesse de contrôler votre comportement ?
- porte des jugements sur vos comportements ?

Plus le nombre de « oui » est élevé, plus la probabilité est grande que cette « relation de soin » soit en réalité une situation de maltraitance.

Annexe 4 : Que faire, face à une maltraitance médicale ?

Les médecins sont des êtres humains, ils peuvent être physiquement harassés ou préoccupés par des soucis personnels. Un médecin fatigué a le droit d'être de mauvaise humeur. Un médecin qui a *toujours* un comportement désagréable n'a pas d'excuse.

Tout comportement médical maltraitant qui persiste malgré les protestations du patient trahit la confiance que celui-ci a accordé au médecin. Il ne doit pas être toléré. Il y a beaucoup de choses à faire face à la maltraitance exercée par un médecin. Je vais m'en tenir ici à la situation courante qu'est la consultation, mais les principes sont les mêmes pour les situations d'hospitalisation.

1. Refuser la maltraitance

La plus grande force de ceux qui nous oppriment, c'est l'idée que nous ne pouvons rien faire contre eux. La première chose à garder à l'esprit est qu'un professionnel de santé qui vous maltraite, de quelque manière que ce soit, *est dans son tort*. Il n'a aucun droit de le faire, et vous n'avez pas à vous sentir coupable de le ressentir ainsi et de rejeter son attitude. Aucun diplôme, aucun statut, aucun titre ne peut justifier un comportement maltraitant.

Vous êtes *toujours* en droit de dire à votre médecin que son comportement vous met mal à l'aise, vous choque, vous est désagréable ou insupportable ; vous êtes *toujours* en droit de refuser de vous déshabiller ou de vous faire examiner si cela vous est pénible ; vous êtes toujours en droit de demander des explications précises *avant* qu'on vous touche ; vous n'êtes jamais tenu de vous mettre dans une posture humiliante ; vous n'êtes jamais tenu de vous faire examiner par plusieurs médecins (qu'ils soient ou non en formation).

En dehors d'une situation d'extrême urgence, où votre vie est menacée dans l'heure, *toutes les décisions graves méritent réflexion*. Même une maladie grave (cancer) justifie que vous preniez le temps de réfléchir. Il n'est jamais justifié qu'on vous contraigne, sous prétexte d'« urgence », à vous faire opérer dans un très bref délai, sans vous avoir donné le temps de réfléchir, de poser toutes les questions, de demander à connaître toutes les options – voire de demander un second avis. Au moment où on vous donne le diagnostic, vous n'êtes pas brusquement beaucoup plus malade que vous ne l'étiez la veille. L'annonce de la maladie ne l'aggrave pas. Et cette annonce ne justifie pas que vous abandonniez vos décisions au médecin.

2. S'extraire de la situation

Si vous vous sentez maltraité, et si cette maltraitance persiste après que vous l'avez clairement exprimé, vous êtes en droit de partir.

Prenez vos affaires et sortez du bureau du médecin.

Vous avez toujours le droit de ramasser vos affaires et de sortir. Un médecin n'est pas un juge ou un officier de police. Et si le comportement du médecin a compromis le déroulement de la consultation et la prise en compte de votre

problème de santé, vous êtes en droit de ne pas le payer. Car ce n'est pas le droit de vous asseoir dans son bureau que vous rémunérez, c'est le service professionnel qu'il vous rend. S'il ne vous l'a pas rendu, il n'a pas à demander des honoraires.

Si vous vous trouvez à l'hôpital, *demandez à voir un autre médecin* en expliquant pourquoi à un autre professionnel de santé du service. En dehors des situations d'urgence, c'est presque toujours possible.

Si besoin, faites-vous seconder par un conjoint, un parent, un ami qui servira de témoin et de « tiers ». Beaucoup de comportements maltraitants cessent quand leurs auteurs ne sont plus en tête à tête avec le patient.

Votre dossier et vos résultats d'examens vous appartiennent. Le médecin est tenu par la loi de le transmettre au médecin de votre choix. En France, si votre dossier se trouve dans une clinique ou un centre hospitalier, vous pouvez saisir la CADA – Commission d'accès aux documents administratifs[10]. S'il s'agit d'un dossier conservé par un médecin privé, prévenez le médecin par courrier que vous porterez plainte au commissariat s'il ne transmet pas votre dossier à un autre médecin dans un délai d'une semaine. Et s'il ne le fait pas, allez porter plainte. (Note : vous ne pouvez demander la transmission d'un dossier que s'il vous concerne personnellement ou, dans le cas du dossier d'un enfant, si vous êtes détenteur de l'autorité parentale.)

3. Briser le silence

Les médecins maltraitants et de mauvaise foi se pensent hors d'atteinte. Cette illusion est entretenue par le silence de ceux

---

10. http://www.cadafr/

qu'ils maltraitent. Briser le silence, c'est inverser le rapport de force.

Après la rencontre, **écrivez noir sur blanc ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti**, ou parlez-en à quelqu'un et *enregistrez* vos propos pour garder la trace de tout ce que vous vous rappelez.

Parlez-en à une personne de confiance de votre entourage.

Si la maltraitance a été essentiellement verbale, **écrivez au médecin qui vous a maltraité pour lui dire précisément ce que vous lui reprochez**. Citez explicitement les articles du Code de Déontologie qui ont, à votre avis, été violés par son comportement. Et demandez-lui de vous répondre par écrit. Écrivez ou faites transcrire votre lettre à l'ordinateur et non à la main ; imprimez-la en plusieurs exemplaires. Indiquez dans l'en-tête que vous envoyez cette lettre en copie à son autorité de tutelle (Conseil de l'Ordre, Collège des médecins), au syndicat de médecins de sa spécialité, au service d'assurances sociales (en abusant de vous, il abuse du système, ce qui n'est pas acceptable), à la direction de l'établissement (si vous l'avez consulté à l'hôpital ou en clinique) ou au chef du service dont il dépend, ainsi qu'à une association de consommateurs ou de patients.

Le but de cette correspondance consiste, avant tout, à attirer sur le comportement du praticien l'attention des institutions et des organismes susceptibles d'interagir avec lui ou d'avoir connaissance d'autres abus.

L'objectif de la lettre (que vous enverrez en recommandé avec accusé de réception) est aussi d'obtenir une réponse du médecin – s'il est de bonne foi, il cherchera à s'amender. S'il ne l'est pas, la lettre (et surtout, le fait de savoir que d'autres personnes que lui ont été mises au courant de son comportement) a pour but de le déstabiliser. Elle a aussi pour but de créer un précédent – si tous les patients maltraités par un

même médecin écrivent et expriment leur révolte, ce comportement ne peut plus passer inaperçu.

Si vous devez retourner voir un médecin maltraitant, faites-vous accompagner par une personne de confiance qui notera ce qui sera dit et pourra servir de témoin.

(Note : le médecin n'a pas le droit de refuser d'entrer à votre accompagnant(e) si *vous* en faites la demande explicite. Le secret professionnel n'est pas opposable au patient. Si vous êtes d'accord pour qu'une autre personne entende ce qu'il a à dire, il ne peut pas s'y opposer. S'il refuse, n'entrez pas dans son bureau.)

Si la maltraitance a été morale ou physique, ou si vous estimez qu'il a commis un délit (le harcèlement sexuel ou le harcèlement moral sont des délits), ou une faute médicale (s'il vous a contraint à subir un traitement, à subir un examen ou une intervention dont vous ne vouliez pas, par exemple) **décrivez-le très précisément, comme dans le cas précédent**. Rappelez-vous que ce sont ses actes qui comptent (ses paroles, ses gestes, son comportement) et non vos sentiments. Citez les articles du code de Déontologie qu'il a enfreints ; joignez la référence des documents montrant qu'il a menti, ou qu'il ne respecte pas l'état des connaissances scientifiques sur le point qui vous concerne. **Puis, après avoir envoyé cette lettre à tous les interlocuteurs compétents, allez demander les conseils d'une association de patients ou de consommateurs ou d'un avocat, en vue d'une éventuelle action devant la justice.**

Note pour les lecteurs français : ne vous fatiguez pas à porter plainte devant l'Ordre des médecins. L'Ordre n'est pas une juridiction destinée à servir le citoyen. Il ne peut pas réparer un préjudice causé par un médecin, il ne peut que dicter des sanctions, et celles-ci sont rarement sévères.

Bibliographie

Balint, Michael. *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 2003.

Beauchamp, Tom L. et James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics,* Oxford University Press, Seventh Edition, 2013.

Beecher, Henry K. « Ethics and Clinical Research », *New England Journal of Medicine*, 1966, vol. 274, p. 1354-1360.

Blech, Jorg. *Les inventeurs de maladies : Manœuvres et manipulations de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Actes Sud, 2005.

Bourdieu, Pierre et Jean-Claude Passeron. *Les Héritiers – Les étudiants et la culture,* Paris, Éditions de Minuit, 1964.

de Waal, Frans. *The Age of Empathy : Nature's Lessons for a Kinder Society*, New York, Broadway Books, 2010. Trad. en français : *L'âge de l'empathie : Leçons de la nature pour une société solidaire*, Paris, Babel, 2011.

de Waal, Frans. *The Bonobo and the Atheist : In Search of Humanism Among the Primates*, New York, W. W. Norton & Company, 2014. Trad. en français : *Le Bonobo, Dieu et nous : À la recherche de l'humanisme chez les primates, les liens qui libèrent*, 2013.

Edelstein, Ludwig. *The Hippocratic Oath : Text, Translation and Interpretation*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943.

Gee, Henry. *The Accidental Species – Misunderstandings of Human Evolution*, The University of Chicago Press, 2013.

Goleman, Daniel. *Emotional Intelligence : Why It Can Matter More Than IQ,* New York, Bantam Books, 2005. Trad. en français : *L'intelligence émotionnelle*, Paris, J'ai Lu, 2003.

Hirigoyan, Marie-France. *Le harcèlement moral*, Paris, Pocket, 2011.

Hormblum, Allen M. *Acres of Skin : Human Experiments at Holmesburg Prison*, Londres, Routledge, 1998.

Hrdy, Sarah. *Mother Nature, Maternal Instincts and How They Shape the Human Species*, Ballantine Books, 2000. Trad. en français : *Les instincts maternels*, Payot, 2004.

Jonsen, Albert, Siegler, Mark et Winslade, William. *Clinical Ethics : A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, Seventh Edition, New York, McGraw-Hill, 2010.

Kahnemann, Daniel. *Thinking, Fast and Slow*, New York, Farrar, Straus and Giroux, 2011. Trad. en français : *Système 1/Système 2 : les deux vitesses de la pensée*, Paris, Flammarion, 2012.

Lehmann, Christian. *Patients, si vous saviez…*, Paris, Robert Laffont, 2003.

Lelord, François et Christophe André. *Comment gérer les personnalités difficiles,* Paris, Odile Jacob, 2000.

Lens, Peter et Gerrit Van der Wal. *Problem Doctors – A Conspiracy of Silence,* Amesterdam, IOS Press, 1997.

Nelson, Rick. *The Babymaker : Fertility, Fraud and the Fall of Doctor Cecil Jacobson*, New York, Bantam Books, 1994.

Nesse, Randolph M. et George C. Williams. *Why We Get Sick – The New Science of Darwinian Medicine*, Londres, Vintage Books, 1996.

Pignarre, Philippe, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte, 2003.

Reverby, Susan. *Examining Tuskegee : The Infamous Syphilis Study and its Legacy*. Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2009.

Schumacher, Ernst Friedrich. *Small Is Beautiful : A Study of Economics As If People Mattered,* 1973. Trad. en français : *Small is beautiful. Une société à la mesure de l'homme*, Paris, Seuil, coll. « Points », 1979.

Souccar, Thierry et Isabelle Robard. *Mensonges, Santé et Propagande*, Paris, Seuil, 2004.

Viviana, Salomé et Martin Winckler. *Les Droits du Patient*, Paris, Fleurus, 2007.

Watson, Fuller. *The Social Impact of Modern Biology*, Londres, Routledge, Paris, 1971. Trad en français : *Responsabiltié Biologique*, Hermann, 1974.

Winckler, Martin. *Contraceptions mode d'emploi*, Vauvert, Le Diable Vauvert, 2001. 3e édition : J'ai Lu, 2007.

Wooton, David. *Bad Medicine : Doctors Doing Harm Since Hippocrates*, Oxford University Press, 2007.

Table des matières

Préambule 9

I **Des animaux parmi d'autres** 17

II **Être soigné, être soignant** 29

III **Du serment d'Hippocrate à la bioéthique moderne** 89

IV **Plus docteurs que soignants : le « cas » des hospitalo-universitaires français** 115

V **Femmes, médecins et maltraitance dans la France du XXIe siècle** 169

VI **De quelle relation de soin (et de quels médecins) avons-nous besoin ?** 227

VII **J'ai fait un rêve** 239

Annexes 245

Bibliographie 255

1939 : l'alliance de la dernière chance. Une réinterprétation des origines de la Seconde Guerre mondiale • Michael J. Carley

L'aide au conditionnel. La contrepartie dans les mesures envers les personnes sans emploi en Europe et en Amérique du Nord • Gérard Boismenu, Pascale Dufour et Alain Noël

L'aide canadienne au développement • François Audet, Marie-Eve Desrosiers et Stéphane Roussel

L'analyse des politiques publiques • Luc Bernier, Guy Lachapelle et Stéphane Paquin

Anatomie de la prison contemporaine. Nouvelle édition • Guy Lemire et Marion Vacheret

L'année politique au Québec. 1997-1998 • Robert Boily

Apprendre en situation d'autodidaxie • Nicole Anne Tremblay

Approches et pratiques en évaluation de programmes. Nouvelle édition revue et augmentée • Christian Dagenais, Valéry Ridde

L'armée canadienne vous parle. Communication et propagande gouvernementales • Isabelle Gusse

Au cœur des débats. Les grandes conférences publiques du prix Gérard-Parizeau 2000-2010 • Marie-Hélène Parizeau (dir.)

Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord • Alain Beaulieu, Stéphan Gervais et Martin Papillon

Aux origines sociales de l'État-providence • Dominique Marshall

Aux sciences citoyen ! Expériences et méthodes de consultation sur les enjeux scientifiques de notre temps • Marie-France Duranceau, Léonore Pion et Florence Piron

La bataille de l'imprimé. Àl'ère du papier électronique • Éric Le Ray et Jean-Paul Lafrance (dir.)

La Beauce Inc. Capital social et capitalisme régional • Jacques Palard

De la beauté comme violence. L'esthétique du fascisme français, 1919-1939 • Michel Lacroix

Le bon sens à la scandinave. Les inégalités sociales de santé • Dominique Côté et Marie-France Raynault

La bourgeoisie industrielle au Québec • Arnaud Sales

Le Canadien de Montréal. Une légende repensée • Audrey Laurin-Lamothe et Nicolas Moreau (dir.)

La capacité de choisir. Le Canada dans une nouvelle Amérique du Nord • George Hoberg (dir.)

La Chine imaginaire. Les Chinois vus par les Occidentaux, de Marco Polo à nos jours • Jonathan D. Spence

Le comportement électoral des Québécois • Éric Bélanger et Richard Nadeau
Continuité et rupture. Les sciences sociales au Québec • Georges-Henri Lévesque (dir.)
Contre la réforme. La dérive idéologique du système d'éducation québécois • Normand Baillargeon
Converties à l'islam. Parcours de femmes au Québec et en France • Géraldine Mossière
Croissance et développement de l'enfant québécois de la naissance à six ans • Arto Demirjian
Le débat linguistique au Québec • Donat J. Taddeo et Raymond C. Taras
Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir • Vincent Lemieux
Les défis du nationalisme moderne. Québec, Catalogne, Écosse • Michael Keating
La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques • Monique Tardif, Martine Jacob, Robert Quenneville et Jean Proulx (dir.)
Démocratie médiatique et représentation politique • Denis Monière
La démographie québécoise. Enjeux du XX^e siècle • Victor Piché et Céline Le Bourdais (dir.)
Le désengagement de l'État providence • Nicole F. Bernier
Développement durable et participation publique. De la contestation écologiste aux défis de la gouvernance • Corinne Gendron et Jean-Guy Vaillancour (dir.)
La différenciation sociale. Modèles et processus • Danielle Juteau (dir.)
Un drame de la Deuxième Guerre. Le sort de la minorité japonaise aux États-Unis et au Canada • Greg Robinson
Douceville en Québec. La modernisation d'une tradition • Colette Moreux
Drogue et criminalité. Une relation complexe (2^e édition) • Serge Brochu
Éducation en milieu urbain • Manuel Crespo et Claude Lessard (dir.)
De l'éducation spécialisée • Maurice Capul et Michel Lemay
Éduquer avant l'école. L'intervention préscolaire en milieux défavorisés et pluriethniques • François Victor Tochon (dir.)
Emploi et salaire. Deuxième édition revue et augmentée • Jean-Michel Cousineau
Énergie et fédéralisme au Canada • Michel Duquette
Les enfants qu'on n'a plus au Québec • Jacques Henripin, Paul-Marie Huot, Évelyne Lapierre-Adamcyk et Nicole Marcil-Gratton
L'énigme haïtienne. Échec de l›État moderne en Haïti • Sauveur Pierre Étienne
L'état des citoyennetés. En Europe et dans les Amériques • Jane Jenson, Bérengère Marques-Pereira et Éric Remacle (dir.)
L'éthique et le droit. Face aux nouvelles technologies biomédicales • Guy Bourgeault

L'ethnicité et ses frontières • Danielle Juteau
Et si nous dansions ? Pour une politique du bien commun au Canada • Charles Blattberg
L'Europe qui se fait. Regards croisés sur un parcours inachevé • Gérard Boismenu et Isabelle Petit (dir.)
Le fédéralisme canadien contemporain. Fondements, traditions, institutions • Alain-G. Gagnon (dir.)
Fédéralisme et cours suprêmes. Federalism and Supreme Courts • Edmond Orban et collaborateurs
Femmes philanthropes. Catholiques, protestantes et juives dans les organisations caritatives au Québec • Yolande Cohen
France-Canada-Québec. 400 ans de relations d'exception • Serge Joyal et Paul-André Linteau (dir.)
La France depuis de Gaulle. La Ve République en perspective • Marc Chevrier et Isabelle Gusse (dir.)
La gauche et la droite. Un débat sans frontières • Alain Noël et Jean-Philippe Thérien
Gérer l'environnement. Défis constants, solutions incertaines • Edward A. Parson (dir.)
Gérer les catastrophes. L'incertitude à apprivoiser • Hélène Denis
Gestion des ressources humaines. Du modèle traditionnel au modèle renouvelé • Gilles Guérin et Thierry Wils
La gestion écologique des déchets • Jean-Guy Vaillancourt, Michel Séguin, Louis Maheu et Liliane Cotnoir, collaborateur : Pierre Hamel
La gestion environnementale et la norme ISO 14001 • Corinne Gendron
Grands projets et innovations technologiques au Canada • Philippe Faucher (dir.)
Grands Seigneurs et multinationales. L'économie politique de l'éthanol au Brésil • Michel Duquette
Les grèves au Canada : causes et conséquences • Robert Lacroix
Guide méthodologique universitaire. Un programme en 12 semaines • Aude Jimenez et Jamal-Eddine Tadlaoui
Gunnar Myrdal et son œuvre • Gilles Dostaler, Diane Éthier et Laurent Lepage (dir.)
Guy Rocher. Le savant et le politique • Violaine Lemay et Karim Benyekhlef (dir.)
Images et sociétés. Le progrès, les médias et la guerre • Catherine Saouter
Immigration et diversité à l'école. Le débat québécois dans une perspective comparative • Marie Mc Andrew
L'Inde et ses avatars. Pluralité d'une puissance • Serge Granger, Christophe Jaffrelot, Karine Bates et Mathieu Boisvert
L'individu et le citoyen dans la société moderne • Maryse Potvin, Bernard Fournier et Yves Couture (dir.)

Les inégalités sociales de santé au Québec • Katherine Frohlich, Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard (dir.)
Initiation à la recherche en géographie. Aménagement, développement territorial, environnement • Hervé Gumuchian et Claude Marois
L'intégration des familles d'origine immigrante. Les enjeux sociosanitaires et scolaires • Fasal Kanouté et Gina Lafortune (dir.)
L'intégration des immigrants. Cinquante ans d'action publique locale • Aude-Claire Fourot
L'interculturel au Québec. Rencontres historiques et enjeux politiques • Bob W. White et Lomomba Emongo
Interprétations radicales • Daniel Laurier
Introduction à la politique africaine. Deuxième édition revue et augmentée • Mamoudou Gazibo
Introduction à la victimologie • Jo-Anne Wemmers
Introduction aux relations internationales. Quatrième édition • Diane Éthier
Le Japon au travail • Bernard Bernier avec la collaboration de Vincent Mirza
Le Japon contemporain. Une économie nationale, une économie morale • Bernard Bernier
Jeux de mémoire • Bruno Roy et Paul Zumthor (dir.)
Les Juifs du Maghreb. Diasporas contemporaines • Jean-Claude Lasry et Claude Tapia
Maintenir la paix en zones postconflit. Les nouveaux visages de la police • Samuel Tanner et Benoit Dupont (dir.)
Les majorités fragiles et l'éducation. Belgique, Catalogne, Irlande du Nord, Québec • Marie Mc Andrew
Méchante langue. La légitimité linguistique du français parlé au Québec • Chantal Bouchard
Méthodes de recherche pour l'éducation • Jean-Marie Van der Maren
Micro-économie. Exercices et corrigés • François Leroux
Milton Friedman et son œuvre • Marc Lavoie et Mario Seccareccia (dir.)
Les meurtriers sexuels. Analyse comparative et nouvelles perspectives • Jean Proulx, Maurice Cusson, Eric Beauregard et Alexandre Nicole (dir.)
Un modèle québécois? Gouvernance et participation dans la gestion publique • Pierre Hamel et Bernard Jouve
Les migrations internationales contemporaines. Une dynamique complexe au cœur de la globalisation • François Crépeau, Delphine Nakache et Idil Atak (dir.)
Modernité et criminogenèse • Luigi Lombardi Vallauri (dir.)
Les mouvements sociaux • Antimo L. Farro
Naissance d'une populationé Les Français établis au Canada au XVII^e^ *siècle* • Hubert Charbonneau (dir.)

Nouvelles valeurs et gouvernance au Canada • Neil Nevitte (dir.)
Un nouvel ordre mondial made in China? • Mamoudou Gazibo et Roromme Chantal
Où va le modèle suédois? État-providence et protection sociale • Lionel-Henri Groulx
Les paradoxes de la démocratisation en Afrique. Analyse institutionnelle et stratégique • Mamoudou Gazibo
La pauvreté. Quatre modèles sociaux en perspective • Sylvain Lefèvre, Gérard Boismenu et Pascale Dufour
Penser l'international. Perspectives et contributions des sciences sociales • François Crépeau et Jean-Philippe Thérien (dir.)
Les pièges de l'austérité • Pierre Paquette et Mario Seccareccia
Planifier et évaluer l'action sociale • Ricardo Zúñiga
Politique internationale et défense au Canada et au Québec • Kim Richard Nossal, Stéphane Roussel et Stéphane Paquin
La politique comparée. Fondements, enjeux et approches théoriques • Mamoudou Gazibo et Jane Jenson
La politique économique du développement et les modèles d'équilibre général calculable • Bernard Decaluwé, André Martens et Luc Savard
La politique en questions • Professeurs de science politique de l'Université de Montréal
La politique internationale en questions • Professeurs de science politique de l'Université de Montréal
Les populations amérindiennes et inuit du Canada. Aperçu démographique • Louise Normandeau et Victor Piché (dir.)
La population du Québec d'hier à demain • Jacques Henripin et Yves Martin (dir.)
Pour comprendre le nationalisme, au Québec et ailleurs • Denis Monière
Pour un nouvel art de vivre. Entretiens sur la vie, la santé, l'éthique biomédicale et l'éducation • Daisaku Ikeda, René Simard et Guy Bourgeault
Pour un regard-monde • Armand Mattelart
Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté • Denis Lafortune, Marie-Marthe Cousineau et Claudia Tremblay (dir.)
Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques • Pierre Brisson
Profession démographe • Victor Piché
Profession géographe • Rodolphe De Koninck
Profession sinologue • Charles Le Blanc
Profession sociologue • Marcel Fournier
Protection de l'enfant : échec? • Alice Parizeau
Protection sociale et fédéralisme. L'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord • Bruno Théret

La psychocriminologie. Apports psychanalytiques et applications cliniques • Dianne Casoni et Louis Brunet
La psychologie des adolescents • Michael Claes
Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis • Gérard Daigle (dir.), avec la collaboration de Guy Rocher.
Les Québécois aux urnes. Les partis, les médias et les citoyens en campagne • Éric Bélanger, Frédérick Bastien, François Gélineau
Qitdlarssuaq. L'histoire d'une migration polaire • Guy Mary-Rousselière
Questions de criminologie • Jean Poupart, Denis Lafortune et Samuel Tanner (dir.)
Qui a peur de l'État? Le Canada dans un monde aux stuctures polycentriques de pouvoir • Gordon Smith et Daniel Wolfish (dir.)
Radioscopie de l'information télévisée au Canada • Denis Monière et Julie Fortier
Les raisons fortes. Nature et signification de l'appui à la souveraineté du Québec • Gilles Gagné et Simon Langlois
La recherche sociale en environnement. Nouveaux paradigmes • Robert Tessier et Jean-Guy Vaillancourt (dir.)
La recomposition du politique • Louis Maheu et Arnaud Sales (dir.)
Les relations ethniques en question. Ce qui a changé depuis le 11 septembre • Jean Renaud, Linda Pietrantonio et Guy Bourgeault (dir.)
Le régime monétaire canadien. Institutions, théories et politiques • Bernard Élie
La résolution de conflits. Guide d'implantation et de pratiques • Nina Admo
Les sciences sociales de l'environnement. Analyses et pratiques • Brigitte Dumas, Camille Raymond et Jean-Guy Vaillancourt (dir.)
Les scientifiques et la paix. La communauté scientifique internationale au cours des années 20 • Brigitte Schroeder-Gudehus
Sexes et pouvoir. La construction sociale des corps et des émotions • Marc Préjean
Les sextants de Pékin • Joanna Waley-Cohen
Signé Papineau. La correspondance d'un exilé • Yvan Lamonde
Socialisation et communication dans les jeux vidéo • Charles Perraton, Magda Fusaro et Maude Bonenfant (dir.)
La societé efficiente. Pourquoi fait-il si bon vivre au Canada? • Joseph Heath. Traduit de l'anglais par Jean Chapdelaine Gagnon
La sociocriminologie • Stéphane Leman-Langlois
La sociologie des populations • Victor Piché et Hubert Gérard (dir.)
Sociologie et société québécoise. Présences de Guy Rocher • Céline Saint-Pierre et Jean-Philippe Warren (dir.)
Sphères de surveillance • Stéphane Leman-Langlois (dir.)

Stratégies de recherche en sciences sociales. Applications à la gérontologie • Richard Lefrançois
Le système de santé québécois. Un modèle en transformation • Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux (dir.)
Le système politique américain • Michel Fortmann et Pierre Martin (dir.)
Terrorisme et anti-terrorisme au Canada • Stéphane Leman-Langlois et Jean-Paul Brodeur (dir.)
Théories de la politique étrangère américaine. Auteurs, concepts et approches • Charles-Philippe David (dir.)
Tradition et innovation en Chine et au Japon • Charles Le Blanc et Alain Rocher (dir.)
Traité de criminologie empirique • Marc Le Blanc et Maurice Cusson (dir.)
Trajectoires de la neutralité • Valérie Amiraux, David Koussens (dir.)
Le travail au féminin. Analyse démographique de la discontinuité professionnelle des femmes au Canada • Marianne Kempeneers (dir.)
Trois espaces de protestation. France, Canada, Québec • Pascale Dufour
Le vert et le bleu. Identité québécoise et identité irlandaise au tournant du XX^e siècle • Simon Jolivet
Les Vietnamiens de Montréal • Louis-Jacques Dorais et Éric Richard
Les visages de la police. Pratiques et perceptions • Jean-Paul Brodeur
L'univers social des adolescents • Michel Claes

Dans l'esprit de tous, la relation entre patient et médecin est simple et naturelle : l'un demande des soins, l'autre les lui prodigue. La réalité est souvent très différente.

Soigner est peut-être naturel quand il s'agit de nos proches, mais les professionnels de la santé n'ont souvent ni la formation ni la motivation pour exercer dans les conditions adéquates. Un peu partout, le monde médical reste marqué par une culture peu propice au souci et au respect de l'autre. Certaines attitudes médicales peuvent même être maltraitantes, en particulier à l'égard des femmes.

S'appuyant sur des exemples tirés des contextes français et québécois, Marc Zaffran a voulu aller au fond de cette question, qu'il a souvent abordée dans ses différents ouvrages : comment la relation entre patient et médecin peut-elle cesser d'être un rapport de force et devenir, pleinement, une relation de soin — c'est à dire d'entraide, de soutien et de partage.

Marc Zaffran a été médecin de famille et en santé des femmes en France de 1983 à 2008. Sous le pseudonyme de Martin Winckler, il est l'auteur entre autres de *La maladie de Sachs* (1998), *Le chœur des femmes* (2009) et *En souvenir d'André* (2012). Il vit à Montréal et a enseigné à l'Université de Montréal, à l'Université McGill et à l'Université d'Ottawa.

Les Presses de l'Université de Montréal

24,95 $ • 22 €

Aussi disponible en format numérique

www.pum.umontreal.ca

Photo : © Pascal Bastien / Divergence

isbn 978-2-7606-3406-0

9 782760 634060