



HAL
open science

La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient Commentaire

Alexandre Jaunait

► **To cite this version:**

Alexandre Jaunait. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient Commentaire. Sciences Sociales et Santé, 2007, 25, 10.3917/sss.252.0067 . hal-03738190

HAL Id: hal-03738190

<https://hal.science/hal-03738190>

Submitted on 23 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LA RELATION DE COOPÉRATION MÉDICALE ET L'ASYMÉTRIE MÉDECIN-PATIENT

Commentaire

Alexandre Jaunait

John Libbey Eurotext | « [Sciences sociales et santé](#) »

2007/2 Vol. 25 | pages 67 à 72

ISSN 0294-0337

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-67.htm>

Pour citer cet article :

Alexandre Jaunait, « La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. Commentaire », *Sciences sociales et santé* 2007/2 (Vol. 25), p. 67-72.
DOI 10.3917/sss.252.0067

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

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

La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient

Commentaire

Alexandre Jaunait*

L'article de J.P. Pierron propose une interprétation des transformations de la relation médecin-malade à partir d'une réflexion ambitieuse mettant en perspective le passage progressif d'un cadre paternaliste à une configuration d'autant plus difficile à saisir qu'elle ne se résume pas à une inversion du modèle traditionnel de l'autorité médicale. D'emblée, l'auteur juge peu satisfaisante l'opposition entre un modèle paternaliste qui donne à voir le patient soumis à une autorité écrasante du médecin, d'une part, et un modèle consumériste du malade-usager qui retournerait les prérogatives de la décision médicale, d'autre part. La littérature sociologique sur les « nouveaux malades », la philosophie morale et l'éthique appliquée comme l'analyse du droit montrent en effet que penser la relation médecin-malade sous le seul angle d'une asymétrie de pouvoir qui pourrait être renversée est une lecture inadéquate de la configuration contemporaine, notamment telle qu'elle est portée en France par le dispositif récent de la loi du 4 mars 2002. Sur ce point, l'article de J.P. Pierron décrit avec beaucoup d'intuition et de finesse la nécessité d'interpréter la relation thérapeutique sous la forme d'un mode

* Alexandre Jaunait, maître de conférences en science politique, Faculté de Droit et des Sciences Sociales, Université de Poitiers, France ;
e-mail : alexjaunait@hotmail.com

de coopération médicale qui ne confronte pas le patient au médecin mais les réconcilie au contraire. C'était d'ailleurs explicitement l'objet de la loi du 4 mars 2002, au-delà du renforcement des droits des malades, que de mettre un terme à l'accumulation de décisions juridiques opposant médecin et malade en matière de responsabilité médicale.

L'approche philosophique offre au lecteur une perspective très large des mutations du contexte d'exercice de la médecine, en montrant notamment comment le droit a permis au malade de transformer en profondeur sa propre position face au médecin. L'auteur souligne, en outre, comment cette position et les modes de coopération qui en résultent doivent être rapportés à des transformations civilisationnelles plus larges et plus profondes telles que la sécularisation des mœurs et l'individualisme démocratique. Une mise en contexte aussi ambitieuse peut évidemment être discutée tant les notions proposées sont larges et elles-mêmes susceptibles de diverses interprétations. De même, la description historique des étapes constitutives de la médecine moderne est sans doute un peu rapide et n'évite pas la réification des collectifs, la médecine semblant se mouvoir d'elle-même ou sous l'influence de grandes tendances qu'il est parfois difficile de contrôler ou de réfuter. Mais il ne s'agit là que de remarques marginales liées à la très grande difficulté d'embrasser autant de questions sur une aussi longue période et en rapport à des perspectives conceptuelles aussi complexes.

Je voudrais, en revanche, discuter ce texte sur trois points essentiels dont on doit à l'auteur de les avoir mis en lumière et articulés de manière remarquable : le rapport de la déontologie au droit, la fin de l'autorité médicale et la question de la confiance.

À plusieurs reprises, l'auteur oppose l'autorité de la tradition médicale — la déontologie — à la loi — le domaine du droit. Il est indiscutable que la déontologie a longtemps représenté un ensemble de valeurs corporatives n'exprimant justement qu'une tradition et faisant barrage au droit de la santé, à l'empowerment juridique des malades et à la prise en considération des impératifs de la gestion des intérêts collectifs — la maîtrise des dépenses de santé, par exemple. Mais il est important de souligner en contrepoint la transformation continue, depuis cinquante ans, des codes de déontologie, et cela d'autant plus que l'évolution des codes trace justement les contours de cet espace de coopération médicale qui apparaît si essentiel dans la démonstration de J.P. Pierron. Rappelons d'emblée que les codes de déontologie sont du droit puisqu'ils ont une valeur réglementaire. On peut certes n'accorder aucune pertinence à cet argument, mais il me semble important en ce que la déontologie ne saurait être opposée au droit comme une sphère de principes moraux hermétiques aux considérations générales de la collectivité. Depuis les années quatre-

vingt-dix, les règles déontologiques ont été reconnues aussi bien par la Cour de cassation que par le Conseil d'État (1) comme des normes guidant la décision judiciaire dans le domaine de la médecine. On peut même avancer à cet égard que les codes, qui ne mentionnent certes que les règles d'exercice professionnel des médecins, ont été guidés dans leurs transformations par les droits des malades, véritables prémisses de modernisation des devoirs médicaux (Jaunait, 2005). Mais peut-être ces remarques apparaissent-elles encore étranges dans la réfutation de l'opposition entre droit et tradition et il me faut les expliciter. La reconnaissance de la déontologie par le droit — les commentateurs ont comparé la loi du 4 mars 2002 à un cinquième code de déontologie... — est importante car elle semble démontrer que c'est justement la mutation de la réflexion médicale sur ses propres devoirs qui autorise une forme nouvelle de coopération médicale. En contrepoint d'une tendance à la juridicisation et à la conflictualisation de la relation médecin-malade, la prise en compte des codes de déontologie par les tribunaux montre que c'est le droit lui-même qui « importe », au cœur de ses propres catégories, les normes de la profession médicale, voire même ce qu'on pourrait appeler des méta-normes, comme la notion de confiance sur laquelle je reviendrai. La déontologie est aujourd'hui source de droit car la tradition médicale modernisée semble fournir, du point de vue des tribunaux, les normes d'évaluation de la relation médecin-malade les plus pertinentes.

Par ailleurs, mais c'est une remarque de faible importance, il est sans doute incorrect d'écrire que le « Code de déontologie médicale et le Code de la santé ne connaissent pas, voire ignorent le mot "patient" ». Au contraire, le Code de 1995 a délibérément modifié la rédaction de son titre II « Devoirs envers les malades » (Code de 1979) en un « Devoirs envers les patients » particulièrement clair. Les commentaires du Code de déontologie médicale renvoient d'ailleurs à cette modification en indiquant que le terme de patient est aujourd'hui mieux adapté que le terme de malade, les sujets de la médecine ne consultant pas seulement parce qu'ils sont porteurs d'une pathologie — on pense aux états non pathologiques, à la médecine préventive ou à la médecine de contrôle, etc. À cet égard, il est intéressant de souligner que J.P. Pierron fait preuve d'originalité en justifiant son usage du terme de patient — par rapport au terme de malade — au seul regard de l'étymologie du mot et non en rapport avec les interprétations traditionnelles et professionnelles du changement de terme.

(1) Voir le chapitre « Responsabilité médicale » du Rapport de la Cour de cassation (2000 : 377-395). En outre, dans son fameux arrêt Milhaud (CE. Ass., 2 juillet 1993, Milhaud : 194.), le Conseil d'État a été jusqu'à reconnaître l'existence de « principes déontologiques fondamentaux » sur le modèle des « principes généraux du droit ».

Le deuxième point de discussion que je souhaitais soulever porte sur la fin de l'autorité médicale. C'est un constat sur lequel je ne suis pas d'accord, mais il ne s'agit là que d'un contrepoint personnel et susceptible de révisions. Avant tout, je ne pense pas que l'autorité du médecin soit fondée sur sa seule compétence scientifique. L'état de vulnérabilité du patient, si bien décrit par J.P. Pierron dans la relation médicale, montre bien que la théorie paternaliste accorde largement autant d'importance aux états émotionnels d'un malade qu'à la compétence du praticien. C'est parce que le malade n'est pas une personne autonome lorsqu'il est affecté par une maladie que le médecin est en droit de prendre des décisions à sa place. Dans la théorie paternaliste stricte, le malade est traité comme un enfant structurellement incapable de prendre des décisions le concernant. Comme l'explique J.P. Pierron, cette conception de l'autorité dans laquelle le médecin se substitue totalement à son patient dans une espèce d'opération magique de représentation n'a plus cours aujourd'hui. Elle n'est pas plus acceptée par la morale positive qu'elle n'est sanctionnée par le droit. Mais si l'on se penche plus avant sur les textes régissant le rapport médecin-malade, on remarque que l'intuition fondamentale de la théorie paternaliste, portant sur les états émotionnels du patient, n'a pas disparu, loin s'en faut. Ce qu'on appelle l'exception ou encore « privilège thérapeutique » en témoigne bien. Cette exception suppose qu'un médecin peut laisser un patient dans l'ignorance de son mal — ce qui, à ce stade, viole le droit à l'information du patient — dans les cas où ce patient pourrait prendre des décisions qui lui seraient néfastes s'il avait connaissance du diagnostic. C'est le cas classique de patients maniacodépressifs dont on craint les réactions impulsives. En d'autres termes, l'argument paternaliste des états émotionnels du malade, justifiant le pouvoir et l'autorité du médecin contre les droits apparents du patient, reste aujourd'hui valide et se trouve d'ailleurs reconnu aussi bien par le code de déontologie que par la Cour de cassation.

J'essaye, sans doute maladroitement, d'affirmer que les termes de l'autorité médicale ont certes changé mais qu'ils sont loin d'avoir disparu. Il me semble en effet défendable que l'évolution vers la décision partagée ne permet pas de dire que l'autorité du médecin n'existe plus. Dirait-on que parce qu'un enfant a des droits ses parents n'ont plus d'autorité ? Sans doute pas car le passage de la prémisse à la conclusion est profondément contre-intuitif : le fait qu'un mode relationnel asymétrique ait été l'objet de rééquilibrages décisifs ne permet pas de conclure que certaines des prémisses de ce modèle ont disparu. C'est ce que j'ai essayé de démontrer à partir de l'exemple de l'exception thérapeutique : même si le modèle a changé, même si le patient doit être informé, même si le consentement doit être librement recueilli et dans des conditions précises

et énoncées, l'intuition paternaliste selon laquelle l'asymétrie émotionnelle entre un médecin et un patient ne saurait être négligée pour assurer une médecine de qualité, est conservée dans le droit comme dans l'éthique de la médecine contemporaine. Les amendements d'un modèle ne permettent pas de conclure sans autre démonstration à la disparition de tous les éléments qui qualifient ce modèle. Et après tout, n'est-ce pas là une intuition ordinaire des patients que nous sommes ? Le plus savant et le plus informé d'entre-nous n'a-t-il jamais ressenti l'autorité de son médecin ? Le caractère éminemment complexe de la notion d'autorité, le fait qu'elle soit substantiellement liée à des sources diversifiées de légitimité et que nous accordions de la valeur à ces formes de légitimité sans qu'elles apparaissent jamais dramatiquement en concurrence avec l'idée de droit, mais qu'elles l'informent au contraire, ne me semble pas permettre de conclure à sa fin.

Je terminerai avec la notion de confiance dont je suis convaincu, tout comme J.P. Pierron, de l'importance fondamentale dans la relation thérapeutique d'aujourd'hui. La confiance est une forme de vulnérabilité acceptée mais dont il existe sans doute plusieurs expressions selon les contextes. Dans un modèle strictement paternaliste, la confiance est une forme de vertu attachée à l'état de malade : faire confiance est un véritable devoir du malade et correspond à une remise de soi absolue, à l'acceptation d'un transfert d'autorité aveugle au nom du principe de bienfaisance. Il me semble que, dans le cadre contemporain, que j'appellerai néopaternaliste (Jaunait, 2003), la confiance est devenue un choix et non un devoir — comme le rappelle J.P. Pierron à propos de l'information médicale que l'on peut choisir de ne pas connaître. On ne peut être forcé à faire confiance, mais on peut choisir d'accorder sa confiance, de même qu'on peut la retirer, et c'est en cela me semble-t-il que l'autorité du praticien demeure mais a changé de forme. La confiance est peut-être la norme qui régule aujourd'hui la relation médecin-patient et qui permet de distinguer le contrat médical de contrats juridiques plus classiques. Là encore, les jurisprudences de la responsabilité des médecins montrent bien que le droit encourage un type particulier de relations plutôt qu'une formalisation juridique opposant potentiellement le médecin au patient. La confiance ne se confond pas avec le contrat, mais elle en fait partie et c'est sur la base du succès de la relation de confiance que la réalisation ou non du contrat médical est appréciée par les tribunaux. On retrouve ici la critique que Durkheim (1930 : 180) adressait à Spencer en soulignant la normativité sociale implicite qui rend possible les contrats — ce que P. Pharo appelle une « norme de justice » (2). Toute la difficulté tient sans doute à

(2) In *Sémantique du contrat* (Pharo, 2001)

l'analyse d'un rapport de confiance unissant des êtres inégaux — en pouvoirs, non en droit — là où les philosophies du contrat ne nous ont appris qu'à penser des relations entre des agents désespérément similaires (3).

En définitive, je partage avec J.P. Pierron cette ambition de mieux décrire aujourd'hui, en sciences sociales, la relation thérapeutique comme un modèle de relations sociales qui suppose de comprendre les principes en jeu, interprétés par les acteurs et par les tribunaux, au lieu de n'y voir qu'une succession historique de modèles éthiques déplaçant le centre du pouvoir d'un lieu à un autre. Pratiquement personne aujourd'hui ne défend un modèle libertarien de la médecine dans lequel le médecin fournirait les informations (fact provider) tandis que le patient déciderait seul en fonction d'une utilité qu'il serait à même d'évaluer et ainsi de maximiser (value provider). La transformation de la relation médecin-patient en un modèle de coopération sociale guidé par une norme de confiance est sans doute beaucoup plus complexe à comprendre et n'autorise l'évaluation du rapport médecin-patient qu'au cas par cas — ce qui ne nous facilite sans doute pas l'objectif de produire des normes précises, générales et juridiquement mobilisables... Mais c'est aussi la seule configuration qui permette de combiner à la fois les intuitions essentielles des conditions requises pour exercer une bonne médecine, et la nécessaire assomption d'un patient autonome. En ce sens, et sous cette condition, un modèle de relations sociales est beaucoup plus à même de rendre l'exercice de la médecine profondément libéral au sens de la philosophie morale et politique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baier A., 1986, *Trust and anti-trust*, Ethics, 96, 201-230.
- Durkheim E., 1996 (1930), *De la division du travail social*, Paris, PUF.
- Jaunait A., 2003, *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient*, Raisons Politiques, 11, 59-79.
- Jaunait A., 2005, *Comment pense l'institution médicale ?*, Paris, Dalloz.
- Pharo P., 2001, *Le sens de la justice. Essais de sémantique sociologique*, Paris, PUF.

(3) *C'est sur ce point sans doute qu'une approche féministe de la confiance s'avèrera particulièrement féconde en s'attachant sans complexe à analyser les relations morales qui unissent des agents inégaux (par exemple, Baier 1986).*