

La relation malade-médecin en souffrance(s) ?



**Isabelle
Moley-Massol**



Médecin psychanalyste
et onco-psychologue, hôpital Cochin,
AP-HP, Paris.

La presse se fait l'écho d'un malaise grandissant dans notre système de santé. D'un côté des malades insatisfaits, revendicatifs, qui seraient de plus en plus nombreux à porter plainte. De l'autre, des médecins, des soignants en grande difficulté, chiffres à l'appui, qui attestent d'un taux croissant d'épuisements professionnels, de dépressions et de suicides.

Si la relation patient-médecin demeure le socle essentiel de tout acte de soin, elle vacille sur ses bases. Essayons de comprendre son évolution à la lumière des transformations profondes de notre société : ses progrès techniques, ses nouvelles formes cliniques, ses politiques de santé et ses valeurs structurelles.

Le témoignage des patients que nous rencontrons montre que la plupart se déclarent satisfaits de leurs médecins et reconnaissants. Ils se sentent en confiance.

Il existe, par ailleurs, de nombreux médecins heureux et épanouis dans un travail qu'ils estiment gratifiant.

Ce constat posé, il n'en reste pas moins que quelque chose a changé dans la relation entre patients et médecins, depuis des décennies déjà, qui semble prendre de l'ampleur et qu'il faut pouvoir reconnaître. Le malaise est croissant du côté des médecins (il conviendrait de distinguer l'exercice hospitalier et l'exercice libéral et les différences entre spécialités), des urgentistes, des internes, dont la souffrance au travail est devenue véritablement préoccupante.

Il ne s'agit en aucune façon d'instruire à charge ou à décharge dans un manichéisme simplificateur, entre "c'était mieux avant!", "rien ne va plus!" et inversement, mais d'essayer de mettre en lumière les mouvements de société qui conduisent au réaménagement d'une relation aussi investie que celle qui lie un patient à son médecin et le médecin à son patient. Les transformations du lien médecin-patient sont la conséquence des mouvements de notre histoire : la désacralisation du médecin, la démocratisation qui tend à effacer les inégalités entre les individus et à permettre à chacun d'accéder à l'information, les avancées de la science et des techniques qui, en même temps qu'elles apportent un progrès, complexifient les pratiques avec, pour conséquence, la multiplication des intervenants spécialistes et la fragmentation de plus en plus précise du corps du malade, l'apparition de l'informatique dans l'interface médecin-malade mais aussi médecin-administration. Enfin, les politiques d'économie de la santé et leurs injonctions contradictoires de plus en plus pressantes, quand elles veulent concilier ce qui s'avère définitivement inconciliable : une qualité des soins optimale et la rentabilité.

On comprend que l'on ne peut penser la relation patient-médecin isolément, sans la situer, d'une part, dans le fil d'une histoire sociale et, d'autre part, en lien avec différents systèmes qui interagissent : l'institution, le politique et l'opinion publique.

Verbatim des plaintes des patients

"Je ne suis pas reconnu, écouté, respecté", "Je suis un numéro", "Je suis réduit à un bout de chair malade, sans identité", "Mon corps m'est devenu étranger, un corps en pièces détachées, qui appartient au médical, un corps comme lieu de passage où l'autre fait intrusion", "Le médecin ne me regarde pas, il a les yeux rivés à son ordinateur quand il me parle", "Le médecin ne m'examine pas, ne me touche pas", "Ma véritable douleur n'est pas prise en compte", "Je n'y comprends rien, je vois défiler des blouses blanches sans savoir qui est qui et qui fait quoi, qui est responsable de moi", "J'attends, j'attends et l'on ne me dit rien, on ne m'explique rien. C'est terriblement angoissant", "Il m'a tout balancé, brutalement, debout, entre deux portes, et je suis resté seul, sonné!", "La consultation a été expédiée", "La médecine s'est dépersonnalisée, déshumanisée. On est devenu des anonymes", "Je suis en colère"...

Verbatim des plaintes des médecins

“Je ne me sens pas reconnu”, “J’ai l’impression que tout est dû, que le patient est un consommateur de soins qui revendique des droits et que je suis réduit à un prestataire de services”, “Les médias nous pointent du doigt, comme si nous étions des nantis, des privilégiés, sans connaître notre quotidien”, “Je suis sollicité sans cesse, pour tout et n’importe quoi”, “Je me sens complètement absorbé par des tâches non médicales, administratives, informatiques. C’est absurde!”, “Je perds le goût de mon travail”, “Je me sens débordé, impuissant, j’ai perdu le contrôle, je suis épuisé”, “Je suis en colère”...

Ces patients et ces médecins expriment une souffrance.

Par définition, le malade adresse une plainte au médecin, c’est le fondement de la relation de soin, l’appel à l’autre. Le reproche le plus souvent fait au médecin, au corps médical, est de ne pas suffisamment prendre en considération le sujet qui s’en remet à lui et de se limiter à des gestes techniques qui traitent l’organe.

Les médecins dénoncent, pour leur part, la dégradation de leurs conditions de travail. Ils s’en prennent aux contraintes de plus en plus asphyxiantes : administratives, informatiques, organisationnelles, qui ont un retentissement sur leur disponibilité et la relation avec leurs patients. Des médecins évoquent des changements dans la demande des patients, les exigences sans limite de la part de certains, parfois agressifs, réclamant un dû, dans la confusion entre droit à l’accès aux soins et droit à la santé, obligation de moyens et obligation de résultats, avec la menace qu’ils portent plainte.

Ces médecins souffrent d’un manque de reconnaissance, de l’opinion publique, des médias qui les malmènent, mais, plus encore, au sein même des équipes, entre soignants au sens large, et de la part de l’administration. L’absence de solidarité est sûrement un des facteurs les plus lourds de conséquences pour le bien-être au travail, notamment quand les soignants en difficulté ne se sentent pas soutenus par l’encadrement et la direction.

Coincés entre leurs conceptions d’une *“bonne médecine”*, le manque de temps et des pressions économiques contradictoires, des médecins peuvent se vivre dans une impasse, à l’opposé de leur idéal de pratique. Il se sentent lâchés, incompris, empêchés dans leur capacité à prendre soin. Il peut en résulter un conflit interne d’une extrême violence et cela peut conduire à des situations de dépression grave, désormais identifiées sous le terme de *“syndrome d’épuisement professionnel des soignants”*, ou encore *“burn out”*, qui signifie littéralement être *“cramé”*, avec toutes les conséquences dramatiques possibles qui s’ensuivent.

La souffrance au travail ne se réduit pas à la surcharge de travail, même si elle peut en constituer un facteur, comme on peut le voir, notamment, avec des internes soumis à un nombre d’heures de travail considérable, contraints à l’impossible, face à des situations médicales et humaines auxquelles ils ne sont pas forcément préparés.

La souffrance s’installe insidieusement, quand le sujet est confronté à son impuissance à faire face malgré des efforts croissants, à une perte progressive du sens de sa tâche et, finalement, au constat qu’il est en train de trahir ses propres valeurs. Il s’agit d’une souffrance éthique majeure, qui s’accompagne de sentiments de honte, de culpabilité, de déshumanisation, jusqu’à la haine de soi. Affects désorganisateur du sujet, d’autant plus catastrophiques qu’ils sont **vécus dans la solitude** et non verbalisés. On constate malheureusement combien il est difficile pour beaucoup de médecins de se reconnaître en difficulté, de l’exprimer et de demander de l’aide, alors que le recours à des tiers bienveillants, collègues, hiérarchie, psychologues, est la seule sortie possible de ce conflit moral. L’instance, à la fois personnelle et culturelle, qui intime l’ordre au médecin de *“se débrouiller tout seul”*, *“de serrer les dents”*, *“de ne jamais se montrer défaillant”*, posture forcément intenable, engendre un point de vulnérabilité majeur sur lequel les mentalités devront bien évoluer.

Le changement de la relation patient-malade, reflet de l’évolution d’une société

Le changement dans la relation entre les malades et le médecin a été progressif et a accompagné l’évolution de notre société et de ses valeurs, sa sécularisation et sa démocratisation, comme l’a très bien analysé J.P. Pierron (1).

Le siècle des Lumières a vu le développement de la science, s'écartant peu à peu de l'idée d'un déterminisme divin, d'une maladie apparentée au mal, le médecin opérant comme intermédiaire entre Dieu et les hommes, doté de fonctions sacerdotales pour prendre soin de l'homme dans sa globalité, corps et âme, vie et salut.

La remise en question d'un certain ordre médical s'est renforcée au milieu du XX^e siècle et plus tard, avec l'occurrence du sang contaminé puis lors des premiers états généraux des malades atteints d'un cancer qui ont pris la parole. Enfin, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a marqué un tournant majeur dans l'instauration d'un nouveau modèle relationnel entre soignants et soignés, écrit J.P. Pierron (1).

La relation entre malade et médecin est passée de l'ère charismatique où le médecin était doté d'une autorité incontestée et incontestable, dont l'ordonnance faisait office de commandement, à l'ère de la loi et du patient citoyen.

Cette évolution n'a pas pour autant effacé les fondements originels de la relation entre le malade et le médecin, reposant sur une attente mutuelle, d'un Médecin Idéal, d'un côté, et d'un Patient Idéal, de l'autre.

L'être humain n'est pas qu'un être doué de raison, il est surtout un être de passions et de contradictions, particulièrement dans son rapport à la vie, la mort, sa chair. L'homme contemporain qui a écarté Dieu peut rester attaché à une certaine pensée magique, à une figure sacralisée et omnipotente. Pour preuve ces patients qui, à la fois, s'en remettent à la médecine classique et consultent des gourous, cherchent des remèdes miracles.

La science est attendue. Elle devrait être toute-puissante à repousser la maladie, la mort, le malheur, et, dans le même temps, on s'en défie, la rendant parfois responsable de tous les maux contemporains, jusqu'à donner à la "Nature-Toute-Bonne" le statut de divinité, dans une déplorable opposition entre nature et culture.

L'homme du XXI^e siècle se sait mortel mais nie sa finitude, ses limites. La maladie, le vieillissement, la stérilité, la mort sont devenus des scandales.

Ces contradictions sont au cœur même de l'être humain. Elles s'expriment dans les attentes des malades, entre "Je veux savoir" et, dans le même temps, "Je n'en veux rien savoir", entre "Je veux la vérité, docteur", et "Dites-moi une vérité qui ne me désespère pas", entre des demandes sociétales au nom du malade et des mouvements de défense personnels et intimes face à la maladie qui peuvent s'y opposer.

Comment répondre à la légitime revendication d'autonomie du patient alors que l'annonce même de la maladie précipite de facto le sujet malade dans la dépendance ?

Le danger serait que la reconnaissance des droits du patient citoyen, valables pour tous, efface l'écoute de l'intériorité de chaque individu, la prise en compte de ses spécificités, ses désirs, ses ambivalences, ses flous. Le médecin, les soignants doivent être en mesure d'entendre ces contradictions, dans un lien empathique et vivant avec chaque patient, ses affects, ses croyances, son tumulte intérieur.

Penser le sujet malade, c'est le penser à la fois en tant qu'être social, dans un environnement et une culture, et dans son individualité. Les deux vont de pair et il convient de veiller à ce que le premier n'écrase pas le second.

Le droit du patient à l'information est inscrit dans le Code de déontologie médicale¹. Son droit à ne pas être informé est tout aussi inaliénable.

Mais de quoi est-il question quand on parle d'information ?

Informé un patient est un acte de soin à part entière, qu'aucun outil ne pourra jamais remplacer. Les médecins réticents face aux multiples sources d'information plus ou moins fiables dont dispose désormais le patient devraient prendre conscience de leur considérable supériorité sur Internet ou la rumeur. C'est la **transmission de l'information dans la relation** qui est opérante, dans la rencontre singulière entre un patient et son médecin, dans un lien investi et de confiance. Annoncer, informer n'est pas, ou ne devrait pas être, une simple transmission de renseignements au patient, mais une mise à disposition d'une connaissance sur la maladie et les traitements qui, par des échanges mutuels et avec tact, permettra au malade d'intégrer peu à peu la nouvelle, à son rythme, à sa façon, et de sortir de la sidération où l'annonce de la maladie a pu le précipiter dans un premier temps.

¹ Article 35 (article R.4127-35 du Code de la santé publique):

"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.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite."

Un patient qui a recueilli des données sur Internet n'est pas encore véritablement informé. C'est, pour le médecin, l'opportunité de ressaisir ces données dans la relation singulière avec son patient et d'en faire une véritable information, c'est-à-dire un énoncé humanisant qui donne du sens. Informer, recueillir un consentement, élaborer des décisions partagées demandent du temps, pour permettre au patient un travail d'intégration psychique, qui passe d'abord par une dé-formation de la représentation qu'il a de son corps, de son identité d'être malade, de sa vie, puis une remise en forme, et enfin une transformation.

Annoncer ou informer s'inscrit dans le soin quand il ne se limite pas à obéir à la loi, mais s'adapte aux besoins que le patient a de comprendre ce dont il souffre et le projet thérapeutique qui lui est proposé.

La question n'est pas de dire ou ne pas dire toute la vérité au malade sur sa maladie, mais de lui apporter une parole authentique et vraie, *"un juste dire"*, qui lui permette de *"faire avec"*, *"d'en faire quelque chose"*, étape par étape. Parler au malade nécessite d'abord de savoir l'écouter.

Une relation patient-médecin bienfaisante passe par un équilibre entre trois entités: le sujet malade, le sujet médecin et la maladie avec ses composantes biologiques et techniques.

Hippocrate écrivait déjà: *"L'art de la médecine se joue entre trois termes: la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade, aidé par le médecin, s'oppose à la maladie"* (2).

Si l'un de ces termes domine la pratique et abrase les autres, la relation de soins ne sera pas satisfaisante.

L'abus du côté du médecin consiste en un pouvoir sans partage de l'information et des décisions, sans tenir compte des besoins du patient. Un patient peut choisir de s'en remettre aveuglément à son médecin. Nous n'avons pas à juger cette attitude si elle émane du patient.

L'abus du côté du patient le transforme en consommateur de soins tandis que le médecin, déchu de son autorité, est réduit à un producteur de soins sous la menace plus ou moins forte du judiciaire.

Le déséquilibre du côté du biologique et de la technique se produit quand l'acte médical se limite aux investigations et au traitement de l'organe malade. L'individu malade est réifié, la relation soignante – le *"care"* (prendre soin) – occultée par un *"cure"* (traiter) exclusif.

Le modèle traditionnel, dit paternaliste, de la relation malade-médecin s'est fondé sur une clinique des maladies aiguës graves qui a longtemps formé l'essentiel des pathologies. Le patient, infiniment vulnérable, s'en remettait au docteur, qui décidait *"pour le bien du malade"*, maintenu à une place d'enfant ignorant et soumis.

L'idéal démocratique, la scolarisation du plus grand nombre et l'accès facilité à l'information ont reconfiguré la relation médecin-patient.

La clinique contemporaine a changé, avec une augmentation considérable des pathologies chroniques qui demandent une autre approche de la relation thérapeutique, une nécessaire mutualisation des connaissances entre médecin et malade, rompant avec le modèle classique d'une transmission descendante du savoir. Dans ce modèle, il est reconnu au patient un savoir sur lui-même, qui est pris en compte. Il a droit à la parole. La relation se construit à deux, entre adultes partenaires, le patient participe aux choix thérapeutiques, **ce qui ne signifie pas pour autant que la relation soit symétrique, équivalente, avec un partage des responsabilités, ce qui serait une dérive aberrante et catastrophique.**

Ce sont sans doute les progrès scientifiques et techniques qui ont le plus métamorphosé la pratique médicale, avec l'intervention croissante d'un tiers dans le colloque singulier: la machine, ordinateur et autres. Machine qui explore, diagnostique et même opère. Elle apporte toujours plus de précision, supplée aux limites et défaillances humaines et, en même temps, fait écran, entre le médecin et le malade, qui se plaint de ne plus être regardé, palpé, ausculté, touché. Son corps est tenu à distance. Le sentiment du malade de ne plus être considéré dans sa globalité, en tant que sujet de soins, est aggravé par la multiplication du nombre d'intervenants. Devant l'ampleur et la complexité des connaissances médicales et thérapeutiques actuelles, il est devenu impossible à un seul médecin de tout connaître et de maîtriser de sa propre discipline. Les compétences se sont démultipliées, hyperspécialisées, avec toujours plus d'anonymat et une dilution des responsabilités. L'absence d'un médecin coordinateur véritablement identifiable peut donner au malade un sentiment d'abandon.

“À tel point qu’on peut se demander si l’on ne cherche pas à restaurer de la relation, fût-elle conflictuelle, par le droit. Le passage du patient qui se plaint au patient qui porte plainte est en effet contemporain, sinon consécutif, d’une médecine qui s’est hypertechnicisée (1).” “La convocation du droit est donc, dans les cas extrêmes (...), une forme de restauration du vis-à-vis (1).”

Parmi d’autres éléments significatifs qui ont contribué au changement dans le rapport entre malade et médecin, l’affaire du sang contaminé et l’émergence du sida ont joué un rôle de premier plan.

Dans les années 1980, des malades ont commencé à se regrouper en associations, devenant même partie civile dans des procès contre l’institution hospitalière.

Une défiance nouvelle est apparue à ce moment-là avec la nécessité de créer un contre-pouvoir au médical et au politique. “Le patient comme sujet de droit revendique d’être traité comme un égal, infléchissant la relation soignant-soigné de la relation de confiance vers le rapport contractuel (1)” .

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prolongé ce mouvement et a permis de franchir une étape fondamentale, inscrivant les droits du patient dans le marbre et définissant un nouveau cadre de référence. Cette loi a été complétée plus tard mais elle reste inaugurale. L’évolution de la sémantique témoigne de cette mutation. De nouveaux termes sont apparus, dont certains pourraient être discutés : l’*Usager*, toujours accompagné du spectre du *Consommateur* de soins, mais qui ne doivent pas se confondre, *Droits du patient*, *Partenaires de soins*, *Décision partagée*, *Éducation thérapeutique*, *Patient expert*, *Directive anticipée*, *Autonomie du patient*, *Faire alliance...*

Les conséquences

Depuis la loi du 4 mars 2002, les relations entre patients et médecins ne sont plus régies par le seul arbitrage traditionnel des “bonnes pratiques”, c’est-à-dire de règles inhérentes à la profession, éthique énoncée dans le serment d’Hippocrate et le Code de déontologie médicale. Elles sont désormais régulées par des textes de loi.

L’avènement du patient citoyen et de ses droits a fait immédiatement surgir la crainte d’une opposition radicale entre une médecine humaniste, que l’infléchissement du modèle dit paternaliste aurait supprimée, et une médecine contractuelle, faisant intervenir un tiers, la loi, comme si médecins et malades entraient de facto en concurrence, comme si les intérêts des uns s’opposaient à ceux des autres.

Humanisme, sollicitude et droits du patient ne sont pas contradictoires.

Sans doute un nouvel *ethos* est-il toujours à construire pour que patients et médecins se reconnaissent comme alliés devant la maladie, mais non pas semblables, en écartant le danger d’une orientation désastreuse, celle qui ferait du patient un décideur consommateur et du médecin, un prestataire de services, déresponsabilisé, avec, en fin de compte, un patient abandonné à lui-même.

“Aussi, les droits du malade ne se substituent-ils pas à l’arbitrage d’une décision médicale, mais préviennent l’arbitraire d’une décision unilatérale et autoritaire (1).”

Il s’agit de penser le patient – le vulnérable – et le médecin à la “bonne” place, c’est-à-dire opérante dans le prendre soin, une place créée dans le colloque singulier, évolutive et marquée par la rencontre et les échanges. Le patient adresse une plainte au médecin et s’en remet à lui. La plainte apporte devant l’autre ce que, par définition, on ne peut porter seul. Au médecin d’y répondre dans ses dimensions d’expert et d’humaniste afin que s’instaure le socle fondamental de toute relation de soin, **la confiance**.

Le nouveau visage qui se dessine de la pratique médicale française influe forcément sur la relation de soin avec des déserts médicaux pour certaines spécialités, la médecine générale, et un rejet de l’exercice libéral par les jeunes médecins au profit du salariat et de l’exercice mixte. L’actualité révèle, par ailleurs, la crise grave que traversent les services d’urgence, débordés, devenus, au-delà des véritables urgences médicochirurgicales, les culs-de-sac de toutes sortes de plaintes physiques et morales. Le temps d’attente des patients y est souvent considérable. Ce sont des lieux qui concentrent une grande violence, subie quotidiennement par le personnel et les usagers.

Pour terminer, il faut évoquer les nouvelles contraintes des médecins libéraux et hospitaliers, liées à des impératifs économiques, administratifs et politiques. Le contrôle des pratiques, les évaluations

Références bibliographiques

1. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé* 2007;25(2):43-66. <https://doi.org/10.3917/sss.252.0043>
2. Hippocrate, *Épidémies*, I, 2, 5.
3. Dejours C. *Travail, usure mentale* [nouvelle édition]. Bayard, 2008.
4. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot : Paris, 1988, 1996.
5. Benoist J. À propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament. In : O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*. Fondation Marcel Mérieux : Lyon, 1999:383-94.

ne sont pas sans effets. L'incompréhension peut parfois polluer certains services, entre médecins et autres soignants, personnel administratif et direction. Le manque de reconnaissance et de respect des uns à l'égard des autres engendre une souffrance à tous les niveaux, dont le patient, in fine, est victime. La raison en est peut-être le changement de paradigme, qui rend difficile le partage d'un même projet autour du patient, entre ces différents systèmes aux logiques différentes.

Nous sommes passés d'une logique de métier (3), organisée autour d'objectifs de soins, à une logique de gestion. Un équilibre qui ne va pas de soi entre un point de vue économique, où la santé a un coût et un point de vue individuel, où elle n'a pas de prix.

Conclusion

Il n'existe pas un seul modèle relationnel patient-médecin, et chaque praticien exerce sa médecine, à sa façon, comme l'écrivait Balint (4). Les patients, dans la mesure où ils ont le choix, s'orientent vers les médecins qui leur conviennent, et ils sont largement majoritaires à exprimer leur satisfaction.

La relation de soin n'a pas évolué par changements brutaux et radicaux. La part active du patient s'est progressivement affirmée, sans toutefois effacer un certain "paternalisme" bien tempéré. On ne peut nier que le malade fragilisé, qui s'en remet au médecin, revit plus ou moins consciemment une relation de dépendance qu'il a connue enfant, avec son père et sa mère, qui ont pris soin de lui et de sa fragilité.

Ce qui a changé, et c'est heureux, c'est l'autorité médicale absolue et l'assignation du patient à la passivité. À partir de là, chaque patient a le droit de choisir sa façon d'être patient, sans que lui soit opposé un nouvel ordre moral: "Tu dois être autonome" qui viendrait remplacer le "Tu dois te soumettre" d'autrefois. La régression dans un cocon thérapeutique peut lui être nécessaire. Les avancées humanistes ont donné au patient le droit à la parole, ce qui ne lui donne pas tous les droits. Les souffrances du côté des patients et des médecins se retrouvent exprimées dans les mêmes termes: **un manque de reconnaissance et de respect.** Beaucoup de paroles ou de gestes agressifs de la part des patients ou des proches nous paraissent plus motivés par la frustration d'un défaut de communication avec le médecin ou l'institution, ou par l'anxiété, que par la revendication abusive "d'un tout, tout de suite", qui existe mais de façon nuancée, nous semble-t-il.

Quand le patient ne se sent pas entendu, s'opposer, dire "non" sont des façons de récupérer une place active de sujet.

Par ailleurs, la multiplication et la segmentation des tâches ont brouillé les relations de soins. Plutôt que de multiplier à l'hôpital les protocoles, les techniques managériales – le *New Public Management* –, les méthodes d'évaluation, les techniques d'entretien, des prêts-à-penser qui empêchent de penser, ne serait-il pas temps de s'écouter, en dépit des logiques différentes qui nous animent? Une démocratie ne vise pas à toujours s'accorder, mais à pouvoir se confronter sans rupture. Plutôt que de formater et de cloisonner métier par métier, fonction par fonction, ne serait-il pas plus productif de partager un objectif commun autour du patient, accessible à tous, entre médecins, soignants, aides-soignants, cadres, administratifs, médecins de ville? Ce sont des transmissions de l'information, des mises en commun de l'expérience de chacun, où chacun a sa part, quelle que soit sa fonction, qui peuvent **redonner du sens et le sentiment d'une équipe solidaire, dans un étayage mutuel.** Une reconnaissance des tâches qui laisse aux individus une liberté suffisante pour l'exercer avec leur intelligence et leur expertise. Car enfin, il ne s'agit pas d'opposer humanité, technique, organisation, droit et système de santé, mais de les penser conjointement, dans une coconstruction, au service d'un malade reconnu en tant que sujet, sans se démettre de ses responsabilités de soignant. Et de défendre une place acceptable pour le médecin, où son bien-être au travail est pris en compte et où il peut pleinement exercer Sa médecine, avec, osons le dire, bonheur.

"Aucune théorie de la médecine qui ne fait pas sa part à la vie secrète de l'homme malade et de son entourage de vie et de mort n'est viable, et une théorie qui ne fait pas leur part aux acquisitions des sciences biologiques positives et des effets objectifs des produits ne peut paraître que comme une aberration (5)."

Pour en savoir plus...

Consoli SM. In : Grimaldi A et Cosserat J (eds), *La relation médecin-malade*. Elsevier Masson, 2004.

Grimaldi A. *La relation médecin-malade dans tous ses états. Images en Dermatologie* 2017;X(3):86-8.

Ricoeur P. *Les trois niveaux du jugement médical. Esprit*, décembre 1996.

Sicard D. *La Médecine sans le corps, Une nouvelle réflexion éthique*. Plon, 2002.

Moley-Massol I. *L'annonce de la maladie. Une parole qui engage*. DaTeBe: Puteaux, 2004.

Moley-Massol I. *La relation médecin malade. Enjeux, pièges et opportunités*. DaTeBe: Courbevoie, 2007.

Moley-Massol I. *Le malade, la maladie et les proches*. L'Archipel, 2009.

I. Moley-Massol déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.