

Échanges entre professionnels

La relation médecin-malade a dû évoluer pour s'adapter aux changements de sensibilités qui caractérisent l'essor de la médecine efficace. Devenue une véritable trilogie, elle ne peut plus reposer sur les modèles traditionnels centrés sur l'un des trois acteurs directement impliqués. Le modèle de l'accord mutuel librement consenti cherche à répondre à cette évolution dans le respect de chacun. Il nécessite un apprentissage de l'information et de la communication qui doit être intégré aux cursus de professionnalisation des personnels de santé.

Guy Llorca

Université Claude
Bernard Lyon 1,
Service de
rhumatologie, Centre
hospitalier Lyon-Sud,
Président du Comité
d'éthique du CHU de
Lyon

L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale

Mots clés : décision,
partage, relation
médecin-malade

Le xx^e siècle a connu de profonds bouleversements qui n'ont pas épargné le monde médical et la médecine. Bouleversements technoscientifiques, socioculturels et intellectuels qui ont fait naître de nouveaux savoirs et, conséquemment, de nouveaux pouvoirs à l'origine de nouveaux espoirs. Incomplètement satisfaits, ces nouveaux espoirs ont généré de nouveaux doutes qui ont directement affecté la relation de soin traditionnelle et ont remis en question le pouvoir médical. Dans le même temps, la médecine devenant efficace, la relation duelle médecin-malade s'est élargie : le malade, de moins en moins isolé, s'est entouré de ses cercles familiaux et socioprofessionnels ; pour être efficace, le médecin doit maintenant exercer avec une véritable équipe de soin ; la collectivité, enfin, participe réellement à l'échange par l'accès au soin et représente obligatoirement le troisième partenaire de cette nouvelle relation devenue réellement trilogique. C'est dans ce nouveau contexte que les modèles relationnels ont dû évoluer et se transformer.

Les modèles relationnels traditionnels

Ces modèles sont nés de la tension exercée entre les différents acteurs directement impliqués dans le soin. Ou, plus exactement, de la tension exercée par le modèle original sur la relation qui évoluait et rendait caduque la vision traditionnelle de l'échange duel poussé

à son extrême. Comme cette évolution a consacré trois acteurs primordiaux, les modèles ont cherché à privilégier tour à tour chacun des acteurs par rapport aux deux autres, et l'on peut ainsi décrire schématiquement trois modèles traditionnels (*tableau 1*).

Le modèle « paternaliste »

Le plus ancien de ces modèles, le modèle paternaliste, a prévalu depuis la médecine grecque et a caractérisé la relation médecin-malade occidentale, particulièrement celle de l'Europe continentale. Fondé sur l'altruisme, ce modèle fait référence au savoir. La décision est prise par le médecin selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non-malfaisance (*primum non nocere, deinde curare...*). Dans ce modèle, le médecin sait mieux que tout autre ce qui est bon pour chaque malade. Il décide seul, selon une maxime qui pourrait s'énoncer ainsi : « ne fais aux autres que ce que tu souhaiterais qu'ils te fassent ». Ce modèle, déjà mis à mal par Molière, a montré ses insuffisances : le corollaire de la maxime, c'est-à-dire sa formulation négative « ne fais pas aux autres ce que tu ne souhaiterais pas qu'ils te fassent » ne s'est malheureusement pas imposé et de nombreux abus de pouvoir ont été à l'origine de dérapages dramatiques ; le médecin qui décide en fonction de sa culture ne tient pas compte

Tableau 1. Schématisation des caractéristiques des différents modèles relationnels en médecine

Critères	Modèles traditionnels			Modèle délibératif « Microconsensus »
	Paternaliste	Autonomiste	Collectiviste	
Fondement moral	Altruisme	Autodétermination	Solidarité	Respect de la personne et Solidarité
Centrage	Médecin	Malade	Société	Réalité partagée
Référence	Savoir	Préférences du malade	Utilité	Accord mutuel librement consenti
Principe	Bienfaisance	Autonomie	Justice	Responsabilité
Maxime	« Ne fais aux autres que ce que tu souhaiterais qu'ils te fassent »	« Ne fais aux autres que ce qu'ils souhaitent qu'on leur fasse »	« Ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous »	« Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire pour eux, avec leur accord »
Règles d'action	Serment d'Hippocrate	Droits de l'homme	Droit positif	1. Réalisme 2. Cohérence 3. Rationalité 4. Autonomie 5. Parité

de celle du malade et l'infantilise ; la décision souveraine du médecin ne laisse pas de place à l'approche de santé publique qui se résume à la somme des individualismes corporatistes et ne peut lutter contre la primauté de l'individu...

Très attaqué pour ses insuffisances, ce modèle demeure profondément ancré par plus de deux millénaires de pratique médicale hippocratique-galénique. La résistance médicale à l'abandonner s'exprime encore maintenant par un recentrage sur le savoir en privilégiant le courant de l'*evidence-based medicine* [1]. La résistance des malades s'exprime à travers la confiance accordée au médecin qui peut aller jusqu'à lui abandonner toute autorité décisionnelle par peur de l'angoisse que génère le savoir et qui peut même s'exprimer par le droit légitime de ne pas savoir [2]. Mais cette forme de paternalisme, qualifiée par certains de passif [3], révèle déjà une démarche autonomiste puisque c'est en toute liberté que le malade accorde sa confiance totale ou refuse de savoir...

Le modèle « autonomiste »

En réponse à ce modèle traditionnel et ancestral, la vision anglo-saxonne de l'individu et la reconnaissance de la personne à travers l'acceptation des droits de l'homme ont cherché à privilégier l'autonomie individuelle. Dans ce modèle, le fondement moral est représenté par le droit à l'autodétermination de toute personne, droit inaliénable d'autant plus important que, malade, la personne doit être reconnue comme la première concernée par les décisions médicales qui la touchent. Le principe d'autonomie représente, là, le principe de base [4, 5]. Les préférences du malade centrent ce modèle, et sa maxime devient alors : « Ne fais aux autres que ce qu'ils souhaitent qu'on leur fasse », la formulation négative de cette maxime devenant une

obligatoire évidence. Si ce modèle a le mérite de recentrer la décision sur le malade, il possède des limites qui vont s'exprimer chaque fois que les préférences du malade vont contre son intérêt ou celui du système de soins. C'est le cas du refus de soin, par exemple, où la loi n° 2002-303 cherche à contourner la difficulté en indiquant au personnel de soin qu'il doit mettre en œuvre toute son énergie pour convaincre le patient de revenir sur sa décision. C'est encore le cas où la demande de soin s'inscrit contre les données actualisées et admises de la science, les recommandations nationales et internationales, la pérennité du système de soin... La limite est envisagée par la même loi dans son article L. 1111-1 qui rappelle les responsabilités des usagers du système de santé et le respect des principes sur lesquels il repose. Pour être appliqué, ce modèle impose le consentement informé du patient chaque fois qu'il est en mesure de le donner, non seulement en matière de recherche biomédicale, mais aussi dans l'exercice quotidien. Par substitution, ce modèle a certainement été à l'origine de l'acceptation des « mandats en matière de santé », qu'il s'agisse de directives anticipées ou de la reconnaissance d'une personne de confiance.

Le modèle « collectiviste »

Le troisième modèle traditionnel, le modèle collectiviste ou protectionniste, est moins explicite que les deux précédents. Fondé sur la solidarité, il attribue le pouvoir décisionnel à la collectivité puisqu'il est centré sur la société dans laquelle se situe l'action médicale. Utilisant le principe de justice et son prolongement dans l'équité, ce modèle se réfère non plus au savoir ou aux préférences individuelles, mais à l'utilité collective. Sa maxime devient : « ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous ». Implicite dans les régions où le



système de santé fait intervenir fortement la solidarité, il est en fait peu développé là où l'autonomisme domine, puisqu'il a tendance à s'y opposer. Sa force réside dans la distribution de moyens considérables et dans leur accès au plus grand nombre. Ses limites tiennent au respect de l'individu souvent sacrifié et infantilisé au regard du bien collectif, ainsi qu'à la définition de l'utile et du « bon collectif » que l'on veut bien se donner. En France, ce modèle est implicitement imposé par l'obligation d'adhésion au système d'assurance-maladie. C'est également en référence à ce modèle que la loi peut imposer la solidarité, comme c'est le cas d'obligations thérapeutiques pour certaines maladies contagieuses par exemple... En règle générale cependant, lorsqu'il y a opposition, notre système a tendance à privilégier l'individu au détriment de la collectivité. La limite la plus importante concernant ce modèle est liée à la nécessité d'un haut niveau de responsabilité, tant de la part des usagers qui ne doivent pas adopter une attitude consumériste, que de la part des décideurs qui ne doivent pas se retrancher en permanence derrière le paravent du principe de précaution...

Le modèle délibératif de l'accord mutuel non contraint

C'est pour tenter de rétablir un équilibre rationnel entre les acteurs impliqués que nous avons proposé ce nouveau modèle [6, 7]. L'idée générale de la démarche était, constatant les oppositions de pouvoir, de ne pas chercher à les éliminer mais, au contraire, de les utiliser pour renforcer la relation en préservant l'autorité de chacun. En effet, la relation de soin est asymétrique par essence car le malade sera toujours celui qui souffre, le médecin celui qui sait, et la collectivité, de plus en plus, celui qui dispose. Ce modèle délibératif, ou équilibré, cherche à aboutir à un accord librement consenti, donc non contraint, entre les trois acteurs fondamentaux directement impliqués. Son fondement moral n'est plus l'altruisme, l'autodétermination, ou l'utilité collective, mais le respect de la personne et la solidarité, valeurs qui englobent les fondements des modèles traditionnels. De la même manière, le

centrage de ce modèle est représenté par la réalité de la situation de décision, donc les réalités de chacun des acteurs. Ce sont ces réalités qui doivent être partagées plus que la décision elle-même. Le principe dominant ce modèle ne peut être, de fait, que la responsabilité qui assure liberté et solidarité. Sa maxime devient alors : « Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire pour eux, avec leur accord ». La formulation négative de cette maxime s'impose également d'elle-même (tableau 1).

La principale limite de ce modèle réside dans la qualification des acteurs impliqués dans l'élaboration de l'accord :

Le patient doit être envisagé comme un « soigné » puisqu'il peut s'agir autant de médecine traditionnelle que de médecine préventive ou prédictive, au delà de la simple notion d'usager du système de soin. Le soigné, personne obligatoirement vulnérable mais à des degrés divers, doit être entendu dans toute sa singularité, entouré par ses cercles familiaux, socioculturels et professionnels.

Le soignant remplace le médecin car, au-delà de celui qui sait, une véritable équipe de soin se constitue généralement devant les situations délicates, équipe composée du médecin traitant, des personnels paramédicaux indispensables, du pharmacien, du médecin-conseil de l'assurance-maladie, des éventuels médecins consultants sollicités, du médecin travail le cas échéant etc.

La collectivité doit être définie en tant que personne morale et physique. La personne morale est indiscutablement l'État qui coordonne le collectif de solidarité et de sécurité sanitaire. La personne physique qui la représente dépend du type de contrat de soin envisagé : en contrat de soin privé, la personne physique est attribuée au Directeur de la protection sociale ; en contrat de soin public, elle est attribuée au Directeur de l'institution ; en contrat de recherche, enfin, la loi désigne clairement le promoteur de la recherche comme personne morale. L'accord mutuel librement consenti n'est atteint que lorsque les trois acteurs impliqués acceptent loyalement une décision médicale comme représentant la meilleure stratégie possible compte tenu des réalités contextuelles, en somme comme le moins mauvais chemin possible en l'état. C'est dire que, pour réaliser ce « microconsensus », la décision proposée doit être :

1. *réaliste*, c'est-à-dire tenant compte des données scientifiques actualisées et du contexte de la demande de soin,
2. *cohérente*, c'est-à-dire légitimement acceptable dans le cadre de la finalité de la médecine,
3. *rationnelle*, c'est-à-dire respectant l'équilibre naturel des parties concernées,
4. *autonome*, c'est-à-dire assurant l'indépendance de jugement de chacun des acteurs,
5. *paritaire*, c'est-à-dire veillant à une représentation égalitaire des acteurs et au respect des arguments de chacun.

Un accord établi selon ces règles de base devient mutuel et susceptible de persister tant qu'aucun des acteurs impliqués ne le dénonce. Il peut même aider d'autres décisions lors de situations similaires. Dans les cas difficiles, que l'on peut qualifier de complexes, cet accord peut être élargi en associant aux trois acteurs impliqués, et avec leur assentiment, des consultants extérieurs représentés par des experts reconnus, un comité d'éthique, un dignitaire religieux ou toute autre personne susceptible d'apporter un éclairage supplémentaire et utile à la décision...

Conclusion

L'évolution des techniques et des sensibilités met en difficulté les modèles traditionnels qui étaient utilisés jusqu'à présent dans la relation médicale de soin. Cette évolution nous oblige à utiliser un nouveau modèle susceptible de tenir compte des avantages et des limites des modèles

traditionnels pour répondre aux exigences actuelles. En intégrant à la délibération tous les acteurs directement impliqués dans chaque décision, ce nouveau modèle a toutes les chances d'aboutir à un accord librement consenti, c'est-à-dire non contraint, susceptible de représenter le choix optimum dans chaque situation décisionnelle pratique. Ce modèle est alors en mesure de satisfaire tous les acteurs directement impliqués et d'apporter la sérénité indispensable à un exercice médical quotidien de qualité...

En résumé : l'accord mutuel librement consenti

En pratique, il est évident que la réussite de cette approche relationnelle repose essentiellement sur la qualité de l'information échangée. Déontologiquement, cette information doit être claire, loyale et appropriée. En fait, elle doit porter, au-delà de ce que chacun veut savoir, sur ce que chacun doit savoir. Son partage est, ensuite, affaire de communication.

Dans la pratique quotidienne ce modèle est souvent implicite. Cependant, dès que la décision devient complexe ou lorsqu'il existe un désaccord, ce modèle doit devenir explicite pour que tous les arguments de chacun soient analysés et pris en compte. Cette démarche n'est pas spontanée et doit être enseignée [8-11].

Évidemment, la charge de la mise en place de l'accord incombe aux soignants, mais son déroulement repose sur la responsabilité de chacun, c'est dire toute l'importance de l'éducation citoyenne dans ce domaine...

Références :

1. Boissel JP. L'information thérapeutique. Masson: Paris; 2000.
2. Llorca G, Pirollet A, Andrei I. La décision médicale partagée. Résultats d'une étude en milieu rhumatologique. Rev Rhum. 2006; 73: 313-8.
3. Nilstun T. Paternalisme. In G. Hottois, Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles; DeBoeck Université: 2001, p. 638-9.
4. Hanson B. Principe d'autonomie. In G. Hottois, Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruxelles; DeBoeck Université: 2001. p. 73-6.
5. Allison HE. Autonomie. In M. Canto-Sperber, Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Paris; PUF: 1997 (2^e Ed.). p. 115-23.
6. Llorca G. Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. Paris; Med-line: 2003.
7. Llorca G. (directeur de la publication). Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Paris; Med-line: 2004.
8. Llorca G. Éthique et formation médicale. Révision des concepts. Pédagogie Médicale, Revue internationale francophone d'éducation médicale. 2002; 3: 169-79.
9. Llorca G, Roy P, Riche B. Évaluation de résolution de problèmes mal définis en éthique clinique : variation des scores selon les méthodes de correction et les caractéristiques des jurys. Pédagogie Médicale. 2003; 4: 80-8.
10. Llorca G. Formation pratique à la décision médicale complexe par la méthode du « microconsensus ». Pédagogie Médicale. 2004;5:204-10.
11. Barrier JH, Brazeau-Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G, Ehua FS. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF sur la formation au professionnalisme des futurs médecins. Pédagogie Médicale 2004; 5: 75-81.