



*Rapport de la Commission nationale permanente  
adopté lors des Assises du Conseil national  
de l'Ordre des médecins du 30 juin 2007*

*Dr Marie-Eisabeth DELGA (Rapporteur)  
Drs Patrick BOUET, Jean-Marie FAROUDJA, Gérard LAGARDE, Bertrand LERICHE, Jean-Claude  
MOULARD, Docteur Jean-François RAULT, Docteur François ROUSSELOT, Docteur Monique VIGUIER*

## **LE CONTENU DU MÉTIER**

### **Aspect scientifique et technique**

CHAPITRE 1 Le référentiel métier	page 3
CHAPITRE 2 Le savoir	page 5
➤ L'enseignement initial	
➤ Maintien des connaissances : EPP – FMC (re)certification	
➤ L'acteur dans la société	
CHAPITRE 3 Savoir-faire	page 17
➤ L'acte médical	
➤ Acte médical et déontologie médicale	
➤ Dispositions réglementaires du métier	
CHAPITRE 4 Savoir-être	page 32
Philosophique – psychologique – philanthropique	
➤ L'humanisme, le colloque singulier	
➤ Relation médecin-patient	
➤ Le médecin acteur économique	
CHAPITRE 5 Conclusion	page 48
BIBLIOGRAPHIE	page 49

François ROUSSELOT

**I – POURQUOI**

Depuis plusieurs années, la CNP a mis à notre disposition d'importants documents d'information et de réflexion sur ce que la médecine est devenue : 54 rapports ont été consacrés à l'exercice médical entre 1977 et 2006.

Un rapport de plus, est-ce bien nécessaire ?

Cela nous a semblé utile et nous espérons vous en convaincre. C'est une approche plus globale, moins technique, que nous vous proposons.

En veillant à ce que ce ne soit pas pour autant une accumulation de généralités ou d'évidences.

Notre propos est donc de dégager ce qui fait l'originalité, les particularités, le devenir du métier de médecin.

**II – POURQUOI FAIRE**

- C'est d'abord pour nous tous que nous avons réalisé ce travail. Tout médecin qui avance tête baissée ou tête occupée par trop de soucis et obligations, doit pouvoir plus facilement se retourner sur ce que fut sa vocation, sur ce qu'est son mode d'exercice et ses résultats ; il faut aussi qu'il regarde devant pour identifier ce qu'il souhaite, ce qu'il voudrait bien voir changer et aussi, ce sur quoi il sera intransigeant.
- Ce rapport est destiné en deuxième lieu aux étudiants, futurs médecins. Ils seront ainsi éclairés sur les réalités de leur futur exercice : obligations multiples, précautions essentielles, diversités de toute sorte, et recours à des talents pour lesquels ils ne sont pas, -pas plus que nous l'étions-, toujours naturellement très doués. Ce rapport pourrait donc aboutir à la rédaction d'un Vade Mecum qui évitera de n'être qu'un catalogue ou une énumération. Au contraire, il devra mettre en exergue les compétences à acquérir et entretenir pour être pleinement à sa place.
- Troisièmes destinataires pour ce rapport, ou une forme adaptée qui en serait issue, nos tutelles, les ministères, les décideurs politiques et financiers.  
En un mot, tous ceux qui pensent, quelquefois à tort, « savoir ce qui est bon pour nous ». Savent-ils si bien ce que nous sommes ?

- Enfin, ce sera une façon d'éclairer et informer nos nouveaux interlocuteurs que sont les associations de patients.

Sont-ils de nouveaux interlocuteurs ? Est-ce possible que jusqu'alors un fossé jugé infranchissable nous ait empêché de communiquer avec eux, entre nous ?

### III – COMMENT

Il existe un outil de travail qui s'appelle « référentiel métier » ou « référentiel de compétences ».

C'est un document de travail ou d'information qui définit ce qui permet de dire de quelqu'un : « s'il sait cela, s'il sait en faire bon usage et utiliser les ressources nécessaires pour cela, s'il sait gérer efficacement telle situation jugée comme spécifique, donc s'il remplit ces trois conditions : je peux lui faire confiance, me confier à lui, lui confier mes patients car il est COMPETENT ».

C'est le cheminement que nous nous proposons de faire avec vous.

- Un médecin, c'est un homme de SAVOIR
- C'est un homme de SAVOIR-FAIRE
- Et il le peut grâce à son SAVOIR-ÊTRE

Nous nous efforcerons de ne pas revenir une fois de plus sur l'existant, l'état des lieux, de façon trop prolongée. Beaucoup plus intéressant est de relever ce qui est programmé, ce qui pourrait changer ?

Mais la CNP ne serait pas dans son rôle si elle oublie d'être force de proposition. Ce sera peut-être simplement en allant emprunter de bonnes idées chez nos voisins ou bien en rêvant d'un monde médical meilleur.

Marie-Elisabeth DELGA  
Bertrand LERICHE  
Monique VIGUIER

## L'ENSEIGNEMENT INITIAL DU CONTENU DU MÉTIER DE MÉDECIN

*Marie-Elisabeth DELGA*

Etre médecin au XXIème siècle implique et impliquera de plus en plus deux éléments fondamentaux complémentaires:

Non seulement l'acquisition et le maintien de connaissances scientifiques et techniques d'excellente qualité,

Mais aussi, parallèlement à cette excellence scientifique et technique pour maintenir et optimiser la qualité de la relation malade médecin, il paraît nécessaire de développer l'enseignement des sciences humaines.

C'est le défi actuel à relever du contenu de la profession de médecin.

Dans cette optique il nous a semblé opportun de vous soumettre certaines suggestions.

### **En amont des études médicales**

Ne serait-il pas utile de créer une filière santé après le tronc commun de la seconde comprenant une option études médicales en classes de 1ère et terminale, incluant non seulement l'enseignement de matières scientifiques mais aussi de matières appartenant aux sciences humaines à valeur égale, offrant ainsi aux lycéens un niveau élevé de connaissances mieux adapté à leur choix, capable aussi de faire émerger des esprits aptes à embrasser effectivement le contenu réel de leur future profession.

Ce système pourrait servir :

- De véritable pré sélection
- Il pourrait désengorger considérablement la 1ère année de médecine en acceptant en 1ère année les seuls étudiants ayant obtenu une certaine moyenne au BAC et au cours des deux années du cursus Filière Santé.
- Enfin, ne pas pénaliser les lycéens qui, grâce à la qualité et à la variété de l'enseignement reçu dans cette filière, pourraient se réorienter facilement le cas échéant.

## **En ce qui concerne les études médicales proprement dites**

Ne serait-il pas utile qu'au terme de la 1ère année de médecine, un entretien de motivation du choix de la profession, occasion d'échanges avec l'étudiant, soit mis en place peut être même, pourquoi pas, l'attribution pour la suite de son cursus d'un médecin tuteur dans le cadre de l'université qui pourrait le conseiller et l'épauler.

## **I – SOCLE FONDAMENTAL SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE**

**Il va de soi que l'évolution constante et exponentielle des connaissances scientifiques et des moyens techniques dans toutes les disciplines médicales implique l'acquisition d'un socle fondamental très solide dans ce domaine avec un double objectif :**

- Non seulement l'assimilation de l'enseignement initial de base indispensable,
- Mais aussi la facilitation de l'aptitude à acquérir au fil des années d'exercice professionnel le contenu de l'évolution permanente scientifique et technique voire à envisager plus facilement des reconversions éventuelles.

### **a) – L'harmonisation des programmes**

Cet enseignement, dispensé en France, sous-entend appartenance à la communauté européenne. En conséquence, les libres circulations et installations des médecins ressortissants de la Communauté étant une réalité dans l'espace européen, l'harmonisation des programmes devient indispensable.

Quant à la circulation très large des personnes bien au-delà du cadre européen, elle devrait impliquer l'enseignement en cours d'études de l'examen, de la prise en charge élémentaire d'un malade dans une langue étrangère, par exemple l'anglais.

### **b) - L'omniprésence de la science informatique**

Dans la diffusion et la mise en pratique de la formation médicale initiale et continue, dans la communication et la relation malade-médecin, l'omniprésence de la science informatique est un atout dont la maîtrise doit faire partie intégrante de l'enseignement du contenu du métier de médecin. L'outil informatique est désormais un partenaire majeur au quotidien et le sera de plus en plus.

### **c) - L'élaboration progressive des référentiels métiers :**

Elle devrait permettre l'organisation de l'enseignement en matière scientifique et technique plus structurée, mieux adaptée, dessinant aussi des contours médico-légaux plus précis. Ces références validées et actualisées rendront, par voie de conséquence, marginales certaines pratiques.

**d) - Le contenu moderne du métier de médecin ne peut pas faire abstraction de l'enseignement à part entière de la prévention et du dépistage précoce des maladies.**

**Le dépistage précoce** bien conduit fera de plus en plus partie intégrante de la médecine de demain car l'évolution des connaissances scientifiques et techniques nous orientera forcément vers ce type de médecine d'autant que nous serons plus performants au niveau du diagnostic infra clinique et de la thérapeutique. Il concernera tous les médecins, les spécialistes dans des domaines plus ciblés, les généralistes dans des domaines plus vastes.

**Quant à la prévention des maladies**, le rôle dévolu à tout médecin est important. La loi du 9 août 2004 a inscrit la consultation de prévention pour les plus de 70 ans. Est-elle rentrée dans la pratique ? C'est un enseignement et une pratique adaptés à chaque individu et qui est utile à tout malade potentiel.

Essayer de modifier des comportements inadaptés demande une qualité certaine dans l'aspect psychologique de la relation malade médecin. Etre capable de cerner et de s'adapter à la psychologie d'un enfant, d'un adolescent, d'un adulte, d'un sujet âgé... nécessite quelques aptitudes dans ce domaine et ces aptitudes ne sont pas forcément innées.

## **II – LES SCIENCES HUMAINES**

L'enseignement du contenu scientifique et technique du métier de médecin doit avoir pour corollaire l'enseignement des sciences humaines. Pour être médecin, il faut avoir aussi une grande intelligence humaine.

a) La psychologie, la philosophie, l'éthique font partie intégrante à tout instant de l'exercice médical.

L'enseignement de ces sciences doit être promu avec d'autant plus de nécessité que les progrès scientifiques génèrent souvent des interrogations et des choix difficiles. Ils nécessitent des espaces de réflexion plus larges parfaitement argumentés, des échanges malade– médecin très approfondis.

Cet aspect du contenu du métier de médecin ne peut bien s'acquérir qu'à travers des stages répétés, non seulement dans les services hospitaliers habilités et autres structures de soins mais aussi, auprès des praticiens libéraux spécialistes et généralistes.

b) On ne peut pas faire l'économie non plus de l'enseignement des règles essentielles du droit médical, de notions substantielles d'économie et de sociologie qui accompagnent au quotidien la pratique médicale dans quelque domaine que ce soit au même titre que la déontologie.

L'être humain malade est un tout. Prendre soin de son esprit est indissociable de la prise en charge de sa maladie organique.

La médecine du XXIème siècle reste un art difficile, de plus en plus performant, précis, sérieux.

### **MAINTIEN DES CONNAISSANCES :** **EPP - FMC (re) CERTIFICATION**

La formation médicale continue est une « ardente obligation » pour tous les médecins, obligation déontologique et obligation médico-légale puisque nous sommes censés exercer dans « l'état actuel de l'art et de la science » et qui implique de savoir où se situe cet état de l'art et donc de le pratiquer à un niveau et une fréquence suffisante. Ainsi l'obligation médico-légale est pesante, autant que l'obligation déontologique.

Plusieurs textes redondants, récurrents et parfois contradictoires envisagent de modifier profondément organisation, obligations et évaluations de ces formations médicales. Certaines sont placées sous l'égide de la Faculté, d'autres sous celle de l'URML, d'autres de sociétés savantes, quand ce n'est pas l'assurance maladie qui ne rembourse que les formations labellisées sous sa houlette.

Rappelons brièvement que la Hollande, dans son système assurantiel conventionnel, ne rémunère pas de la même façon les praticiens en fonction de l'effort de formation consenti. La Norvège va jusqu'à accorder une consultation surcotée de 25% aux médecins ayant satisfait aux obligations, au demeurant élevées, en termes de journées de formation.

Le train législatif lancé par les ordonnances Juppé s'est accéléré avec la mise en place de l'ANAES, produisant un train normatif référentiel assez important.

Son remplacement par la HAS , a augmenté ses prérogatives mais n'en a pas ralenti l'allure introduisant de nouveaux champs avec l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation individuelle.

Ainsi, la loi de santé publique du 9 août 2004 rend la formation continue obligatoire pour tous les médecins.

Au passage signalons que cette obligation était déjà décrite dans les ordonnances Juppé de 1996, restant assez muette sur les moyens de sa réalisation et, notamment sur les moyens financiers de rémunération, les procédures incitatives, les sanctions en cas de manquement.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 rend l'évaluation des pratiques professionnelles obligatoire pour tous les médecins (article 14). L'article 16 pour sa part propose, sur la base du volontariat l'accréditation pour les spécialités à risque, alourdissant ainsi, au passage l'obligation réglementaire.

#### **Pour la formation continue**

Cette formation continue à valider sur cinq ans est composée de 250 crédits. C'est un permis à points.

Cette attestation est à valider par le Conseil Régional de FMC (CRFMC) qui informe le Conseil départemental que l'obligation est accomplie pour une durée de 5 ans. La période quinquennale démarre dès l'installation des Conseils régionaux de FMC Mais une comptabilisation des crédits rétroactive est possible jusqu'à cinq ans en arrière pour ceux qui le souhaiteraient sachant que la première action validée constitue le point de démarrage de la période quinquennale de référence.

Quid alors des médecins n'ayant pas d'obligation d'inscription ordinale, telle que les médecins inspecteurs ?

En ce qui concerne les médecins militaires, la loi stipule que le contrôle sera effectué en interne ainsi que la validation.

Quid des futures sanctions ?

Ces crédits ne peuvent être acquis ni d'une façon unique, ni n'importe comment et se répartissent en 4 groupes :

**Groupe 1 :**

- 50 crédits sont acquis par une formation présentielle. Chaque jour de formation permet d'acquérir 8 crédits, sans pouvoir dépasser les 50 par année.

**Groupe 2 :**

- 50 crédits par des formations à distance (abonnements, télé-formation, achat de livres médicaux ) l'achat d'un livre rapporte deux crédits avec un maximum de 10 : votre investissement au-delà n'est plus valable... inutile donc de piller les librairies !

**Groupe 3 :**

- 50 crédits pour des représentations institutionnelles (clin, clud, sociétés savantes, Ordre, Syndicats...)

**Il y a obligation d'acquérir 150 crédits FMC dans au moins 2 groupes.**

**Groupe 4 (EPP) :**

- 100 crédits pour des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (obligatoire par période quinquennale).

Quelques précisions, ainsi :

- **Le groupe 1** peut être représenté par des formations auprès de personnels hospitaliers ou non, de même les « staff » à condition qu'ils soient protocolisés par la CME.
- **Le groupe 3** rapporte des points si l'on participe à des Jurys dans le champ de la Santé ou dans des fonctions électives, mais aussi dans les missions d'intérêt général au service de la Santé publique.
- **Le groupe 4** inclut la réalisation effective de recherches personnelles ou de publications. Les critères de validation contenu/contenant prévoient une bonification de 20% des points si la formation suivie fait partie des priorités nationales de Santé publique définies par la DGS.

L'accréditation individuelle prévue pour les spécialités à risque, sur la base du volontariat, compte pour 100 points. Et l'accréditation vaut l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le démarrage est prévu lorsque les Conseils régionaux de l'Ordre seront installés, ce qui est attendu courant juin 2007. Les CRFMC institués par le décret du 16 mai 2006, leur sont adossés.

Le montage organisationnel prévu est le suivant, en fonction du statut du médecin :

- La HAS agréée les organismes compétents pour dispenser l'EPP dans chacun des secteurs d'activités médicales, libéraux, hospitaliers ou salariés.
  
- Les trois CNFMC agréent les organismes compétents pour dispenser la FMC. Les médecins en formation d'EPP ou de FMC reçoivent des justificatifs qu'ils transmettent, le plus souvent par voie électronique, au CRFMC dont ils dépendent. Lesquels délivrent des attestations aux conseils départementaux qui délivrent alors le certificat quinquennal affichable en salle d'attente et les bureaux des médecins.
  
- Des difficultés sont à prévoir en fonction du secteur d'activité, médecins libéraux et URML d'une part, médecins hospitaliers et CME d'autre part, les médecins salariés non hospitaliers où les choses sont encore plus diverses et complexes.

On n'oubliera pas qu'il existe une formation professionnelle conventionnelle (FPC) qui seule ouvre droit à une indemnisation par l'assurance maladie sur la base de 10 à 15 C par jour.

Un certain nombre de problèmes restent en suspens :

- Le rôle du médecin habilité dans la même Région que celle où il appose son certificat de labellisation
- Les formations hospitalières non prises en charge par l'employeur
- Les sanctions futures prévues alors qu'aucune valorisation d'honoraires ne semble venir récompenser les « bons élèves »

## L'ACTEUR DANS LA SOCIÉTÉ

---

Bertrand LERICHE  
François ROUSSELOT

### LA CONNAISSANCE DU MILIEU - L'ENVIRONNEMENT SOCIÉTAL LE MÉDECIN, ACTEUR DANS LA SOCIÉTÉ

Il ne suffit pas au médecin d'avoir acquis, d'entretenir et de perfectionner la connaissance scientifique médicale et de savoir la mettre en œuvre, humainement et techniquement, il lui faut connaître de son environnement sociétal les lois, les règles et les usages qui s'imposent à lui dans son exercice quotidien :

- Institutionnellement : ce sont les dispositions légales ou réglementaires
- En tant qu'homme de science et citoyen,
  - Sa position professionnelle de médecin le plaçant dans une situation de témoin privilégié de la société, implicitement reconnue comme telle par son entourage environnemental.
  - Exerçant son art au profit de populations culturellement très diverses et dont il faut admettre les spécificités tout en respectant le droit commun.

### I - ROLE INSTITUTIONNEL

Le médecin, quelle que soit sa spécialité, a des obligations d'ordre administratif, juridique et de santé publique.

Dès lors qu'il est en droit d'exercer, il est tenu de les connaître de les respecter et de se tenir informé de toutes leurs modifications ou extensions. Les connaissances acquises en la matière à la faculté par le jeune médecin sont certainement insuffisantes. Il n'y a lieu de mettre en cause ni la qualité ni la bonne volonté des enseignants : en pratique cet enseignement intervenant dans la période où l'étudiant en médecine est aux prises avec l'obtention de modules ardues (pathologie spécialisée, pharmacologie, thérapeutique...), il n'en discerne pas l'importance.

Par ailleurs, cet étudiant peut estimer, à tort certes, que ces obligations sont dévolues à la spécialité de santé publique et qu'il n'est donc pas concerné.

S'il ne fait aucun doute qu'il faut améliorer l'enseignement universitaire de ce rôle institutionnel du médecin, il est évident que c'est au cours de son exercice professionnel et tout particulièrement durant les premières années qu'il apprendra ce rôle au contact de ses pairs et de la réalité du terrain : c'est dire à ce niveau le rôle important du Conseil de l'Ordre des médecins et particulièrement des conseils départementaux, des syndicats, de l'enseignement post-universitaire qui doit privilégier en sus des mises à jour en matière de médecine de soin l'information en matière d'obligation juridique et tout particulièrement de responsabilité médico-légale, c'est ce qui se passe d'ores et déjà de plus en plus souvent.

Le jeune étudiant en médecine où le candidat aux études de médecine ne doit pas être a priori rebuté par ce rôle institutionnel du médecin et y voir l'empreinte d'une pression administrative excessive, il faut qu'il comprenne que par l'expérience ce rôle apparaît moins pesant qu'il n'y paraît. Et ce n'est souvent qu'à la plénitude de son exercice que le médecin parviendra à reconstituer le puzzle des obligations administratives et légales.

Quatre domaines d'obligations institutionnelles :

- Médecin acteur de santé publique : État civil, prévention, déclarations obligatoires de maladies...
- Médecin responsable économique : rapport avec les organismes sociaux...
- Médecin et tiers intervenants
- Médecin et responsabilité médico-légale

## **1. ADMINISTRATION ET SANTÉ PUBLIQUE**

- Obligation d'État civil : déclarations de naissance, certificats de décès
- Etablissement de certificats médicaux, de certificats d'hospitalisation
- Devoir de communication de dossiers
- Recueil épidémiologique et participation à la veille sanitaire
- Registre des cancers et participation aux réunions de concertation pluri-disciplinaires
- Protection sanitaire de la famille de l'enfant
- Obligation de déclaration de sévices à enfant ou à personne vulnérable
- Vaccinations
  - Lutte contre les fléaux sociaux : obligation de déclaration des maladies contagieuses et des maladies vénériennes, Réglementation antituberculeuse, lutte contre l'infection à VIH et le sida...
- Protection sanitaire de l'homme au travail

## **2. RAPPORT AVEC LES ORGANISMES SOCIAUX ET A CE TITRE, RESPONSABILITÉ ÉCONOMIQUE**

- Sécurité sociale :
  - régime général, régime des travailleurs non salariés, législation sociale agricole, CMU*
- législation des accidents du travail
- Rapports avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées : MDPH , (ex COTOREP) et autres organismes de prise en charge des Invalidités.

Le médecin doit savoir que les choix économiques vont en fin de compte arbitrer entre les différentes thérapies et il serait déraisonnable qu'il n'en ait pas conscience par méconnaissance ou dogmatisme.

Savons-nous s'il faut mettre l'accent sur les grandes campagnes de dépistage et de prévention ou s'il faut développer les soins thérapeutiques à haut coût, comme les greffes d'organes, les greffes de membres voire de visage ?

Nous pensons que les choix économiques tiennent dans la recherche des solutions les plus efficaces (une greffe rénale est plus économique qu'une insuffisance rénale dialysée à vie en sus du confort pour le patient), nous imaginons cependant qu'il est inéluctable que la nature infinie des besoins humains va se heurter aux limites des moyens qui peuvent lui être accordés.

Bien sûr, si le médecin ne peut individuellement et réellement influencer les grands arbitrages financiers, il sait que son poids est bien réel en matière de responsabilité économique ne serait-ce que par le coût de chacune de ses prescriptions, etc.....

Sa participation « interactive » aux formations continues peut lui permettre non seulement de prendre connaissance des recommandations en matière économique mais également de faire valoir son expérience personnelle qui peut être innovante.

De même, cette rigueur s'impose à l'hôpital où la responsabilisation des médecins s'inscrit dans le programme de la réforme hospitalière en cours, en particulier dans l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens des pôles : le praticien hospitalier a le devoir de s'impliquer dans cette démarche institutionnelle.

### **3. TIERS INTERVENANTS**

#### **3.1 ) – Les associations de patients**

A l'heure où le patient devient un acteur de sa santé et exprime des attentes d'information et de participation aux processus qui le concernent, il devient primordial d'ouvrir des espaces d'échanges et de concertation.

Les associations de malades ou de handicapés existent depuis longtemps (ex. : associations d'aveugles, de blessés de guerre). C'est dans les années 1985 que des associations « d'usagers du système de soins » se multiplient :

- Elles se positionnent dans les domaines de l'aide, l'information, la collecte de fonds et aussi la revendication.
- Elles obtiennent progressivement un droit à représentation dans des conseils d'administration, des comités de conciliation, des conférences de consensus
- Elles contribuent à la formation des soignants et acquièrent même une expertise dans des maladies orphelines par exemple.

- Elles développent des relations avec le corps médical pour y trouver des conseillers techniques. Mais aussi, quelquefois pour polémiquer ou carrément attaquer.

La loi 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs est la première à traiter des rapports associations de patients/corps médical.

Les dispositions déontologiques que les associations doivent respecter (respect de la personne – indépendance -secret professionnel – qualité des informations..) sont précisées. Les dérives possibles sont dénoncées.

Pendant quelques années les bonnes volontés, et les moins bonnes aussi, se manifestent un peu dans tous les sens. Chacun prend conscience que le paternalisme du médecin autant que la docilité du patient ne sont pas les modes de fonctionnement les plus adaptés. Mais la bonne volonté ou le sentiment d'avoir été mal traité ne sont pas des ressorts suffisants pour pouvoir améliorer le système.

**La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux Droits du malade et à la qualité du système de santé vient « organiser » le fonctionnement de cette « collaboration » qui a commencé par inquiéter et même agacer le corps médical.**

Aujourd'hui le CISS (Collectif Inter associatif sur la Santé) qui regroupe 24 Associations nationales, est l'interlocuteur responsable très désireux d'œuvrer avec les médecins et pour les patients. Font partie du CISS des associations de malades, de consommateurs (ex : UFC - Que choisir) et des associations familiales dont l'UNAF. Cette composition est importante pour garantir pragmatisme, lucidité et vision à long terme. Ces associations sont toutes mobilisées en faveur de la prévention, seule économie de santé qui ne pénalise personne.

L'AFSSAPS (sécurité sanitaire des produits de santé) considère que les associations de patients et de consommateurs sont des interlocuteurs naturels et incontournables.

Tout n'est pas cependant rassurant et satisfaisant : « Doctissimo » recense 445 associations de patients en France. Quant au CISMEF (catalogue et index des sites médicaux francophones) il en connaît 937...

Des regroupements et des validations seraient sans doute plus opérationnels car on obtiendrait des consensus utiles pour la prévention avec des interlocuteurs plus repérables. Le dialogue et la formation s'en trouveraient facilités.

En résumé, plus jamais l'exercice de la médecine ne se fera sans dialogue et coopération. Il nous reste à pratiquer autrement notre relation sans que, ni le patient ni le médecin n'oublie que, s'il a des droits, il a des devoirs.

### 3-2) – La personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a prévu l'apport par le malade d'une personne de confiance qui n'est pas forcément choisie dans sa famille ni plus généralement parmi ses proches. Hors de tout esprit polémique, ce terme de « personne de confiance » est suffisamment vague pour autoriser tous les choix et

rendre quelque peu réservé le médecin face à ce nouveau venu dans une relation qui de confiance tendrait désormais de la méfiance...

Néanmoins, cette disposition, parce qu'elle entre dans le cadre de la loi, s'impose donc au médecin qui doit l'intégrer dans son protocole d'information et de consentement éclairé du patient.

#### **4. OBLIGATIONS MÉDICO-LÉGALES DU MÉDECIN : RESPONSABILITÉ, ASSURANCES, INFORMATION ...**

- Responsabilité civile professionnelle et responsabilité pénale.
- Obligation d'assurance.
- Obligation d'information et d'obtention de consentement du malade. Ces obligations légales et non plus seulement légitimes font du patient le partenaire dans la prise en charge de sa maladie et favorisent indiscutablement un meilleur suivi du traitement. Tous les médecins sont conscients de la difficulté de compréhension de cette information, en particulier en matière d'annonce de maladie grave qui nécessite un dialogue régulier et pose la question du degré de vérité à donner.
- Obligation d'apporter la preuve que l'information a été donnée.
- Obligation d'information sur les maladies nosocomiales : information obligatoire tant pour la prévention que leur prise en charge lors de leur survenue.
- Obligation d'information devant une complication ou un dysfonctionnement dans la mise en œuvre d'un traitement médical ou lors d'une intervention chirurgicale.

## **II – HOMME DE SCIENCE ET CITOYEN**

### **Rôle de conseiller**

Le médecin, du fait de sa sagesse supposée, de ses expériences, de ses compétences, est considéré comme Homme de science, à ce titre devant pouvoir assumer le rôle de conseiller qui lui est attribué de facto dans des domaines éventuellement bien éloignés de sa spécialité.

Il est et sera pris à témoin en permanence – par son entourage familial - par son cercle d'amis et de proches- par son voisinage et devra répondre à leurs interrogations sur des sujets aussi complexes que le suicide, l'euthanasie, les prélèvements d'organes, l'utilisation de tissus humains, les expérimentations et les modifications génétiques...

Loin de devoir formuler des réponses exhaustives à ces questions délicates, il n'en est pas néanmoins vrai que le médecin doit formuler des avis sages et argumentés et qu'il est donc de son devoir d'étendre ses connaissances médicales et éthiques au-delà de celles de sa seule spécialité.

## **Médiateur social et interlocuteur interculturel**

A cette lourde tâche s'ajoute le rôle de médiateur social qu'on lui attribue volontiers car on estime qu'il sait mieux que d'autres, et avec efficacité, prendre soin de la population vulnérable : population en situation précaire, celle des oubliés, des exclus...

Dans l'inconscient collectif resurgit en permanence le devoir du médecin de porter assistance en quelque circonstance que ce soit à toute demande d'aide...

De son aire d'exercice, le médecin doit connaître les circuits, les réseaux, les institutions sociales susceptibles de s'associer à sa démarche de prise en charge médicale.

Exerçant de plus en plus fréquemment au sein d'un environnement multiculturel, le médecin devint un interlocuteur privilégié interculturel, confronté à des rites et rituels qu'il doit respecter, ce qui lui impose d'en connaître non seulement l'existence mais également la signification.

Cette connaissance du milieu peut certes être initiée à la Faculté, mais elle est le plus souvent le fruit d'une recherche personnelle sur le terrain, d'une curiosité utile, qualité que le médecin devra entretenir et développer tout au long de sa carrière.

## **Dans le domaine associatif**

Le médecin est souvent sollicité « ès-qualité », quel que soit d'ailleurs l'objet de la démarche associative. Certes, il ne s'agit plus du domaine du « savoir faire », nous entrons dans le domaine du « savoir-être ».

Pour autant, ces charges cumulées professionnelles, institutionnelles et citoyennes de toute nature qui pèsent sur le médecin doivent faire redouter le terrible épuisement physique et psychique qu'est le « burn out ». Le médecin devra savoir préventivement s'en protéger, notamment en se gardant un espace de liberté extra-professionnel et en se ménageant physiquement.

En résumé, cette image d'un médecin acteur de la société – curieux, ouvert, avide de connaissances, cultivé et humaniste – ne se crée pas bien sûr, en quelques années d'études universitaires, elle se façonne et se précise au cours des années d'exercice, au front des réalités de la vie.

Ceci, n'exclut nullement la nécessité de fournir au jeune candidat médecin, un enseignement adapté du milieu sociologique dans lequel il exercera (« le savoir, la connaissance ») et l'apprentissage d'une méthodologie de réflexion initiant le « savoir être ».

Jean-François RAULT

**INTRODUCTION**

Le médecin est-il le génie du bien ? L'inquiétant fauteur de mal ? Est-il tenté par le pouvoir sur le patient, a-t-il une abnégation infinie ?

Ces interrogations ne sont pas la plupart du temps de la réflexion de nos contemporains.

La plupart du temps dans le cadre du premier recours, la personne en souffrance recherche auprès du médecin avant tout un dispensateur de soins lui permettant de faire disparaître ses maux.

**I – L'ACTE MÉDICAL : QU'EST-IL DEVENU ?****a) Témoignage**

Qu'en est-il de la médecine de soins actuellement ? Voici livrées à chaud quelques réflexions qui m'ont été transmises lors d'interviews de confrères de spécialité et d'âges différents.

- J'ai eu une diminution de mon activité de soins au cours des années par rapport à la fonction médico-sociale et à la paperasserie administrative.
- Nous avons de plus en plus de restriction catégorielle des actes médicaux (le médecin généraliste ne fait plus d'accouchements et, de moins en moins, d'infiltrations, de sutures)
- L'augmentation de sortie de textes législatifs et de référentiels en permanence obligent, au détriment du soin, à des mises à niveau pluriannuelles (radiologie évoquant les mises à niveau par rapport à la législation européenne).
- La sur-spécialisation explose : le soin se divise de plus en plus en tranches fines (dermato, général ou esthétique, cardio-général ou interventionnel, chirurgie du genou, du pied, du gros orteil droit ...)
- A l'hôpital, moi qui suis aux urgences, j'ai de plus en plus de mal à orienter des patients dans des services qui trouvent que la pathologie de mon patient ne sera pas rentable pour son service (T2A).

## b) L'acte médical en lui-même

### **Le scénario reste immuable**

- L'accueil (un bonjour et une poignée de main sont loin d'être inutiles avec nos prochains)
- L'interrogatoire reste le moment de communication verbale et non verbale intense avec l'utilisation des techniques de communication que tout médecin devrait connaître (la reformulation, l'analyse transactionnelle, la programmation neuro linguistique)
- L'examen clinique, malgré les explorations para-cliniques performantes que nous avons, ne doit pas être négligé et doit être prodigué comme nos maîtres nous l'ont enseigné.
- L'information, claire, loyale et adaptée à chacun, sur les symptômes, doit être suivie d'une planification des examens éventuels, d'une consultation spécialisée si nécessaire et/ou d'un traitement
- Enfin, la conclusion de l'entretien médical est un autre grand moment de l'acte médical, avec l'accord sur la suite à donner (contrat thérapeutique)

### **Des phénomènes classiques ou d'actualité peuvent parasiter l'acte médical :**

- De situation :
  - La position du patient face au bureau (bureau muraille encombré de documents : barrière protectrice du médecin ?)
  - L'ordinateur, seul objet d'attention ?
  - Le stagiaire présent (le colloque singulier devient triangulaire)
- De temps médical
  - La brièveté de la consultation (conséquence, par exemple pour nos collègues ophtalmologues « surbookés »)
  - L'absence de réalisation de dossier médical par des confrères à très grosse clientèle...

## **II – CE QUI CHANGE ACTUELLEMENT DANS L'ACTE MÉDICAL**

### a) Modification d'époque : facilitation ?

**Le matériel technique d'aide au diagnostic** a évolué : appareil ECG à pose et lecture rapide interprétable à distance, MAPA (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle) avec logiciel de lecture sur tout ordinateur, Streptotest, lecteur glycémie, Echo portable (la scopie moderne), doppler de poche ...

### **L'informatique est devenue un outil incontournable**

- Les logiciels d'aide au diagnostic, le Vidal intégré avec les interactions médicamenteuses
- L'information médicale, actualisée au jour le jour sur le Net, sur toute affection médicale, sur tout événement devant être connu rapidement par le médecin (pandémie, risque sanitaire ... site de la Direction de la Santé où tout médecin peut être abonné)
- La télé-médecine (scanner, IRM) peut permettre à certains services non spécialisés d'avoir un avis autorisé (exemple dans le Nord, clichés de scanner cérébraux ou IRM transmis à la Neurochirurgie du CHRU de Lille qui orientera).

- La formation par Internet et éventuellement validante pointe son nez.

Néanmoins, comme toujours, évitons les excès, en particulier des patients qui ont amenés lors de consultation la documentation que leur a fourni le net face à leur symptôme ( Google a remplacé maintenant le Larousse médical d'il y a 20 ans).

### **Le progrès thérapeutique**

A modifié le rythme de nos consultations (patient hypertendu par exemple), le besoin d'exploration voire d'intervention (l'efficacité des IPP sur les ulcères duodénaux).

La vraie valeur de la prévention avec des médicaments réellement efficaces (la baisse des taux d'infarctus par l'utilisation massive des statines; antiagrégants, IEC, beta bloquant par exemple ; l'utilisation des HBPM en prévention de la phlébite).

### **L'amélioration de l'organisation de la prise en charge de l'urgence**

- Le maillage hexagonal des services fixes et mobiles d'urgence (SAMU, SMUR, UPATOU) a permis, pour beaucoup d'entre nous, d'avoir accès à des moyens médicaux et techniques suffisamment rapides.
- La Permanence Des Soins (PDS), même si tout n'est pas réglé loin s'en faut. La mise en place d'une régulation médicale libérale ou hospitalo-libérale (dans l'immense majorité des départements) a permis à tout médecin, en suractivité ou en zone de désertification progressive, de ne pas avoir d'actes de garde et de déplacement inutiles. La mise en place d'indemnités de garde, la reconnaissance de cette permanence comme mission de service public, l'instauration de Maisons médicales de garde sécurisées sont des facteurs positifs d'amélioration des conditions de l'acte médical d'urgence.

### **b) Evolutions d'époque**

#### **Le généraliste devient spécialiste.**

Certes le généraliste est devenu spécialiste par le passage de tout jeune étudiant à l'ENC mais paradoxalement, il n'a plus son activité « généraliste » d'antan : finis les accouchements, la pose de plâtre, les infiltrations, les sutures veineuses et actes de petite chirurgie...

#### **La limitation de prescription**

De plus en plus de médicaments, d'exception ou non, nécessitent l'intervention en 1ère prescription d'un service hospitalier (médicaments d'hématologie, pour insuffisance cardiaque) ou d'un spécialiste (Neurologue pour la maladie d'Alzheimer).

#### **La liberté de prescription**

En plus de cette limitation, les contraintes économiques, les organismes de contrôle mettent de plus en plus les prescripteurs sous contrôle et surveillance de leurs relevés de prescription (statines, benzodiazépines, vasodilatateurs, ...).

Il ne faudrait pas qu'arrive le moment où des impératifs financiers deviendraient le critère principal dans le choix des prescriptions...

### **III – PERSPECTIVES D’AVENIR DE L’ACTE MÉDICAL**

#### **a) Les interrogations**

##### **Le DMP**

Sera-t-il une aide ou une contrainte ? Le devoir d’information élargi, l’indication ou non du masquage, la solidité technique des hébergeurs, le coût, risquent de retarder sa mise en place.

##### **Les assurances**

Nous connaissons tous les difficultés qu’ont eu ces dernières années un certain nombre de spécialistes vis-à-vis de leur RCP (par exemple : les gynéco-obstétriciens dont certains ne font plus d’échographies devant l’explosion de leur primes). Mais le risque est que d’autres catégories soient touchées.

Il faut savoir que certaines assurances réclament des surprimes à des généralistes qui font des infiltrations ou des sutures; les orthopédistes connaissent les surprimes pour ceux qui opèrent des rachis ; nos confrères retraités, arrêtés depuis plus de 2 ans, et qui veulent reprendre une activité libérale auront les pires problèmes pour se réassurer aussi faut-il leur conseiller de ne pas arrêter leur assurance à leur arrêt d’activité et en gardant la même assurance.

Il ne faudrait pas que les contraintes assurantielles soient une raison pour les médecins de ne pas plus faire certains actes (je pense aux Gynécologues américains qui ne posent plus de stérilet devant les risques assurantiels, leurs patients allant au Canada pour se les faire poser.)

##### **L’automédication**

Le rapport de MM Coulomb et Baumelou, remis à Xavier Bertrand en février 2007, prône une plus grande utilisation de l’automédication par les patients à la mode anglo-saxonne.

On remet en valeur aujourd’hui, ce que l’on critiquait hier, avec tous les risques inhérents à ces pratiques (allergie, hémorragie, ulcère gastrique dégénérant...). Espérons également que ces pratiques ne seront pas mises en avant dans le cadre d’économie de Santé ou de déremboursement déguisé. N’oublions pas, avant tout, nos patients et les risques qu’ils prendront.

Le Conseil national de l’Ordre des Médecins s’est rapproché de l’Ordre national des Pharmaciens pour instaurer une conduite responsable.

##### **Le charlatanisme et les médecines alternatives « border line »**

Il faut savoir que devant la baisse du nombre des médecins, des patients qui seraient déçus par la médecine traditionnelle, pourraient avoir la tentation de se diriger vers certaines formes de médecine non prouvées scientifiquement. Le risque existe aussi d’une dérive sectaire.

Il peut y avoir un effet mode qui oriente les patients vers des formes de médecines inutiles, coûteuses, voire dangereuses ; dans certaines grandes agglomérations, en raison de la forte densité de médecins entre autre, certains confrères pourraient être attirés par ce genre de pratique.

### **La floraison exponentielle de référentiels**

Depuis quelques années, il n'est pas un jour où le médecin ne reçoive une information sur les bonnes pratiques médicales, le bon acte à pratiquer, les examens pertinents à demander et la thérapeutique adéquate à appliquer. Noble mesure à l'évidence mais devant le temps médical de plus en plus compté, le médecin a des difficultés à exploiter ces renseignements.

L'encadrement, de plus en plus stricte de l'exercice professionnel, ne risque-t-il pas de faire croire insidieusement qu'une obligation de moyens est devenue une obligation de résultats ?

### **Le risque économique**

Un exemple à méditer : en Grande Bretagne, les médecins qui sont salariés ont une prime évolutive selon leur nombre de patients diabétiques équilibrés (par l'intermédiaire de l'Hb glyquée).

#### **b) Les moyens à utiliser**

### **L'évolution de la formation initiale des étudiants**

Pour permettre un acte médical de qualité, proche des pratiques complémentaires hospitalières et libérales, ne faudrait-il pas instituer des stages pratiques, en ville, le plus tôt possible dans le IIème cycle, comme cela est prévu ? Egalement, tous les futurs spécialistes devraient avoir un stage de formation en ville en libéral car il existe souvent un décalage entre la pathologie et les pratiques ville-hôpital. Nous devons être complémentaires : mieux vaut parler un « globish » compris par tout le monde que chacun un dialecte différent.

Ne faudrait-il pas que dans la formation initiale nos étudiants aient une bonne formation sur la communication (fait, pourquoi pas, par des intervenants non médecins) qui est un élément essentiel dans le colloque singulier de l'acte médical.

### **Favoriser les regroupements**

Le temps médical, la recherche de la qualité de vie et de non contrainte va amener, dans les temps prochains, un changement des pratiques médicales et devant les difficultés qui pointent, il faut s'unir.

Ne serait-il pas judicieux de favoriser toujours plus les Maisons Médicales de soins (réunissant toutes spécialités médicales, paramédicales, sociales) où l'acte médical pourra trouver plus vite une solution surtout dans les déserts médicaux ?

Il est nécessaire que des services hospitaliers et privés unissent leurs forces, face à la pénurie médicale et à la nécessité d'une haute technicité, à l'importance d'une activité médicale minimale (regroupement des maternités, de la cardiologie interventionnelle, des lourds équipements en radiologie).

### **Les déléguations de tâches**

Le médecin va devoir apprendre à déléguer, sinon il va être dépassé par des pratiques, non conformes médicalement (pression des patients face à la lunetterie par les Ophtalmologues et récupération par les opticiens).

Ainsi, l'infirmière va décharger le médecin pour l'éducation du diabétique, l'Orthoptiste pour l'Ophtalmologiste, la sage-femme le Gynécologue pour les échographies...

## **RÉSUMÉ**

Ainsi, devant toutes ces interrogations, la médecine doit évoluer. L'acte médical et la médecine de soins doivent rester primordiaux malgré les contraintes politiques, économiques et démographiques.

Notre métier est un métier à part.

L'art médical, aussi bien dans sa composante technique qu'intellectuelle doit toujours être empreint d'humanisme et se référer à des règles claires pour se protéger de toute dérive inacceptable.

Ce métier évolue en permanence sur le plan technique et relationnel et ne s'exerce plus comme il y a quelques années.

Devant cette évolution inexorable évoquée dans les différents chapitres de ce travail, il est nécessaire que la déontologie, héritière de traditions médicales anciennes continue à s'adapter aux changements de société, des mentalités ainsi qu'aux possibilités médicales.

Elle doit tenir compte de la modification des conditions d'exercice mais rester un encadrement permanent des règles qui découlent de la morale professionnelle ainsi qu'une référence à la conception de la médecine humaniste.

Le rappel à tout médecin de la nécessité d'exercer sa mission dans le respect de la vie, de la personne et des libertés demeure impératif.

L'évolution des techniques médicales, des contraintes d'exercice ne doit pas entraîner de modifications perverses dans la finalité de la profession : soulager, guérir, prévenir.

La protection du patient, les devoirs du corps médical consistant à apporter sa science, sa conscience professionnelle et son dévouement dans le cadre du contrat tacite liant praticien et malade demeurent d'actualité.

Le médecin doit pouvoir rester libre et responsable dans son exercice professionnel mais accepter aussi de s'engager à jouer un rôle important au service de la santé publique.

Certes, l'évolution de ces règles est inéluctable mais certaines limites, notamment morales, demeurent infranchissables.

La complexité croissante du métier impose que l'on puisse se référer en permanence à des impératifs précis.

La morale médicale ne doit pas être figée mais demeurer construite sur une hiérarchie des valeurs. Elle doit continuer à s'imposer à tout médecin quel que soit son mode d'exercice.

Les principes de primauté de la personne, de liberté, de responsabilité et d'indépendance professionnelle demeurent les clés de voûte de ce métier si particulier.

Il en est de même de la compétence et de la confraternité quelle que soit l'évolution de la médecine et de la société dans les années à venir.

### LE CONTENU DU MÉTIER, SON AVENIR

L'évolution du métier de médecin va être soumise dans un proche avenir à de nombreuses obligations réglementaires, soit déjà existantes et parfois aggravées, soit totalement nouvelles dans les domaines qui ressortent de l'exercice médical.

Les obligations anciennes seront simplement énumérées. Les obligations nouvelles ou en devenir précisées.

Ces obligations médicales intéressent l'environnement de l'exercice, la nature de l'exercice, la manière d'exercer.

#### A) - L'ENVIRONNEMENT DU CABINET MÉDICAL

A-1) Elles touchent les domaines : d'hygiène, de sécurité, de communication, de permanence de soins, de relations inter disciplinaires, de relations interprofessionnelles, d'intégration sociétale, de contrat et d'exercice professionnel (titre IV)...

A-2) Obligations économiques et financières : outre, les obligations nécessaires et inhérentes à la gestion d'un cabinet (micro PME) et citées en annexe, ce sont les :

- Investissement dans les nouvelles techniques,
- Investissement dans les infrastructures,
- Investissement dans la FMC et EPP (en cotisation et déplacements), ...

#### B) - LES OBLIGATIONS DANS LA NATURE DE L'EXERCICE

##### B-1) Temps administratif et simplifications administratives

Autour des soins se juxtaposent : un temps administratif croissant avec, par exemple les dossiers des médecins et le DMP. La raréfaction du temps médical qui en découle, préoccupe les pouvoirs publics d'où des efforts de simplification administrative.

L'inflation de ce temps administratif au détriment du temps consacré aux soins et au colloque singulier alimente la réflexion générale sur le métier de médecin.

Des mesures de lutte contre la paperasse, papier ou informatique, sont en élaboration.

Il est prévu :

- D'alléger les formulaires,
- De les dématérialiser,
- Ou de les supprimer

Depuis septembre 2006, une commission conventionnelle travaille à vouloir simplifier les 5 formulaires les plus utilisés : transports sanitaires, avis d'accident de travail, certificats accident de travail et maladie professionnelle, protocole de soins et entente préalable.

Par exemple sur les arrêts de travail, le médecin se bornera à autoriser ou non la sortie, sans décider du choix de la tranche horaire.

Pour les protocoles ALD : 50% bénéficieront de la procédure simplifiée au 1er juillet 2007, par simple renvoi comme conforme au référentiel et leur procédure de renouvellement, sera allégée.

Parallèlement, les protocoles de soins seront dématérialisés.

Les ententes préalables seront supprimées ou recontrôlées.

L'amélioration de l'accès à l'information se fera par l'ouverture d'un compte professionnel de santé, qui permettra l'accès du médecin au suivi des paiements, à la commande d'imprimés, à la consultation du profil d'activité.

Le développement de relation directe avec les CPAM, reposera sur 2 interlocuteurs : 1 administratif et 1 médecin-conseil, disponibles, par téléphone ou en ligne.

Un service Internet de la CNAM recense toutes informations utiles pour l'installation, suivie d'un rendez-vous conjoint avec la DDASS, l'Ordre départemental des médecins et la CPAM.

Une formation pratique aux aspects médico-administratifs de l'exercice médical est progressivement mise en place par les CPAM lors du stage du 3ème cycle.

Enfin, la poursuite de la simplification administrative, fera partie du travail des Commission Consultative et Paritaire Locale ( CCPL) et Commission Consultative Paritaire Nationale (CCPN).

- La FMC et l'EPP comme investissement en temps passé et de caractère obligatoire interfèrent avec les recommandations des bonnes pratiques dont l'importance nécessite un rappel.

## **B-2 ) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RP)**

Définie par la HAS :

*« Comme des propositions développées selon une méthode explicite pour aider praticien et patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. »*

### **a) - Les méthodes.**

#### **1. Méthodes recommandations pour la partie clinique :**

D'abord rédigées par un groupe de travail, après analyse critique des données disponibles.

Un groupe de lecture donne ensuite son avis, avis analysé par le groupe de travail qui donne alors la version finale de la recommandation.

Les groupes sont composés d'experts et de non experts du thème traité. Cette méthode est adaptée à une documentation nombreuse et une controverse limitée.

## **2. Méthode conférence de consensus :**

Rédaction par un jury multidisciplinaire de scientifiques non experts du thème réunis à huis clos, après un débat public.

Le Jury répond de 4 à 6 questions pré-définies. Les éléments de réponse à ces questions sont exposés par des experts du thème et discutés lors du débat public.

Cette méthode est indiquée en cas de controverse forte.

## **3. Méthode de consensus formalisé.**

Rédaction à partir de l'expérience de professionnels experts du thème, s'exprimant pour des situations cliniques concrètes.

Après analyse critique des données disponibles, l'avis des experts est formalisé sur une échelle visuelle numérique qui mesure leur accord ou leur désaccord.

Cette méthode est adaptée si les données sont rares et controversées.

## **4. Méthode d'audition publique**

Rédigée par une méthode d'audition, suite à un débat public expert/patient, sur un problème de santé controversé. L'objectif est un état des lieux des connaissances et des incertitudes permettant de proposer des éléments d'orientation en terme de santé publique, de prise en charge et de recherche.

Cette méthode est proposée en cas d'incertitude ou de discussion sur un thème limité ayant des implications importantes en santé publique.

Ces méthodes reposent toutes sur la réalisation préalable d'une analyse critique de la littérature sur le thème à traiter. Cette étape comprend une interrogation « protocolisée » des bases de données, une sélection des meilleures études et la définition du niveau de preuve de ces études.

Les informations obtenues sont alors discutées au sein de groupes pluri-professionnels et multi-disciplinaires comportant, de plus en plus souvent, des associations de patients et d'usagers de la médecine. Ce sont ces groupes qui rédigent les RP bénéficiant de l'encadrement scientifique de la HAS.

Des efforts à faire concernant les recommandations pour ces méthodes porteront sur le choix des thèmes et leur diffusion, celle-ci s'appuyant sur le développement des technologies de l'information et de la communication.

Il s'agit :

- De réduire au maximum l'écart entre les pratiques et l'état de la science validée.
- De mieux articuler les RP et les priorités de santé publique en faisant œuvre d'anticipation
- D'impliquer d'avantage les professionnels, ce qui nécessite pour ceux-ci une valorisation et une labellisation de leurs sociétés savantes et réciproquement.
- De privilégier les outils qui ont fait leur preuve et les références simples des RP.
- D'assurer une plus grande place aux usagers dans le choix des thèmes et dans la diffusion des RP.

In fine, la HAS propose de créer un Comité national d'orientation des RP.

## **b) – L'évolution des RP**

La HAS a pris récemment le relais de l'ANAES avec mission de rendre les recommandations plus simples et plus faciles à appliquer. Le médecin, surtout le généraliste, est face à de très nombreuses recommandations et il est parfois difficile de faire le tri. Il faut aussi que les médecins concernés par les recommandations soient majoritaires dans les groupes qui les rédigent.

Il faut ensuite sélectionner la partie du texte la plus facile à exploiter pendant la consultation, par exemple, les tableaux avec les seuils décisionnels. Les travaux des sociétés savantes pourraient être validés par la HAS sous une double condition : le bon suivi des degrés des preuves cliniques et une bonne méthodologie.

Une mise en application pertinente est réalisée dans les réunions de FMC ou d'EPP ; conditionnée par l'utilisation des RP par les experts intervenants.

En conclusion, l'actualisation des connaissances du médecin par les RP et l'appropriation de nouvelles données scientifiques, avec application quotidienne de celles-ci, est devenue incontournable. Pour ce faire, la HAS va créer des logiciels d'aide à la prescription fondés sur les RP. Le médecin saisira les données de son patient et le logiciel proposera un traitement.

## **c) – Intrication des Recommandations Professionnelles (RP) et de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**

L'EPP a été rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004, avec décret d'application du 14 avril 2005 qui stipule :

« l'EPP vise l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu au patient... elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations validées par la HAS ... et fait partie intégrante de la FMC. »

La loi a aussi confié à l'H A S, le soin d'en fixer le développement et l'application. A travers l'EPP obligatoire, on voit l'importance que vont prendre les RP sur lesquelles l'EPP s'appuie.

En fait, la majorité des médecins fait déjà de l'évaluation en participant à des réunions hospitalières ou à des groupes de formation. Le législateur a voulu formaliser cette réalité. La HAS a choisi l'option d'une évaluation formative intégrée à la pratique du médecin, plutôt qu'une option normative. C'est-à-dire, la satisfaction stricte de normes.

Le cadre idéal pour cette EPP formative est le groupe de formation entre pairs, avec une interaction et une réflexion mutuelle.

Après avoir choisi un thème et sélectionné ses dossiers, le médecin prend conscience des écarts entre ses résultats, et les recommandations, puis il applique le système d'amélioration défini par le groupe.

Ainsi d'un groupe de formation classique (soirée à thème avec participation d'un expert), on passe à un mode fonctionnement qui s'apparente à un groupe d'échange des pratiques et qui, par expérience, permet de s'approprier les recommandations.

### **B-3 ) Développement des axes techniques**

Le développement des axes techniques, quelle que soit la spécialité ( exemple : formation en écho et ostéodensitométrie en rhumatologie), n'échappe pas aux nouvelles obligations nées de la loi du 13 août 2004.

### **B-4 ) Evolution de la relation médecin-patient**

Il existe une obligation de tenir compte de l'évolution de cette relation, qui a rapidement changé ces 20 dernières années sous l'influence de plusieurs facteurs.

Avec une information croissante des patients par leur niveau nouveau d'instruction, la presse, les associations de patients, la toile, et la loi de mars 2002. Le patient devient peu à peu un partenaire et prend sa santé en mains. Il souhaite la médicalisation de questions ne relevant pas seulement du registre de la maladie.

Nous avons ainsi, un décalage du médecin, surtout formé à la bio médecine, et des patients souhaitant que la médecine réponde à des demandes bien plus larges que la maladie, une prise en charge comme individu, pas uniquement comme malade. D'où la nécessité d'introduire dans la formation initiale davantage d'humanisme parallèlement à la technique.

Ainsi, des cours de pédagogie et de psychologie ont été introduits dans le cursus universitaire. Le dialogue explicatif doit permettre, lors du colloque singulier, d'étayer le consentement éclairé, voir le refus de soin.

Un autre aspect que nous avons traité en 2005, est la prise en compte culturelle et le franchissement de l'obstacle linguistique.

Reste dans cette transformation du patient le risque sur la fiabilité de ses sources d'informations : sites commerciaux, accès à un savoir non validé, entrée sectaire.

D'où l'idée de définir la qualité nécessaire d'un portail national sur l'information de santé du patient.

## **C ) LES OBLIGATIONS DANS LA MANIÈRE D'EXERCER**

### **C 1 - La judiciarisation croissante et l'obligation de s'assurer deviennent-elles compatibles avec l'exercice ?**

Il est nécessaire sur le sujet, de relativiser.

L'ONIAM, en 2005 rédige un rapport précisant que la judiciarisation semble contenue. Ainsi, le nombre de dossiers présentés chaque année au CRCI, plafonnerait à 4000 / 5000 depuis la Loi Kouchner. Seuls, 41% aboutissent à une indemnisation, partagés pour moitié entre aléa médical et faute médicale.

En 2005, la principale société d'assurance couvrant 116.000 médecins a recensé 150 dossiers au pénal, avec moins de 20% de condamnations. Comme le souligne le directeur de

l'ONIAM, le système de soins français est très performant et la sinistralité faible, au regard du nombre d'actes.

Alors, pourquoi cette impression de judiciarisation croissante et de plus en plus médiatisée, de plus en plus ressentie par les médecins et avec des primes d'assurance en forte augmentation. En réalité, ce sont les indemnités en hausse vertigineuse qui entraînent la majoration des primes.

**En première ligne** : l'obstétrique où 2 personnes (mère et enfant) sont concernées et où les séquelles sont indemnisées avec une espérance de vie de 80 ans. Avec 3 cas par an, la totalité des primes est dépensée.

**En deuxième ligne** : les chirurgiens, impliqués 6 fois dans leur carrière en moyenne, voient s'additionner plaintes abusives, évolution naturelle de la maladie, déficit d'information, aléas thérapeutique et fautes techniques.

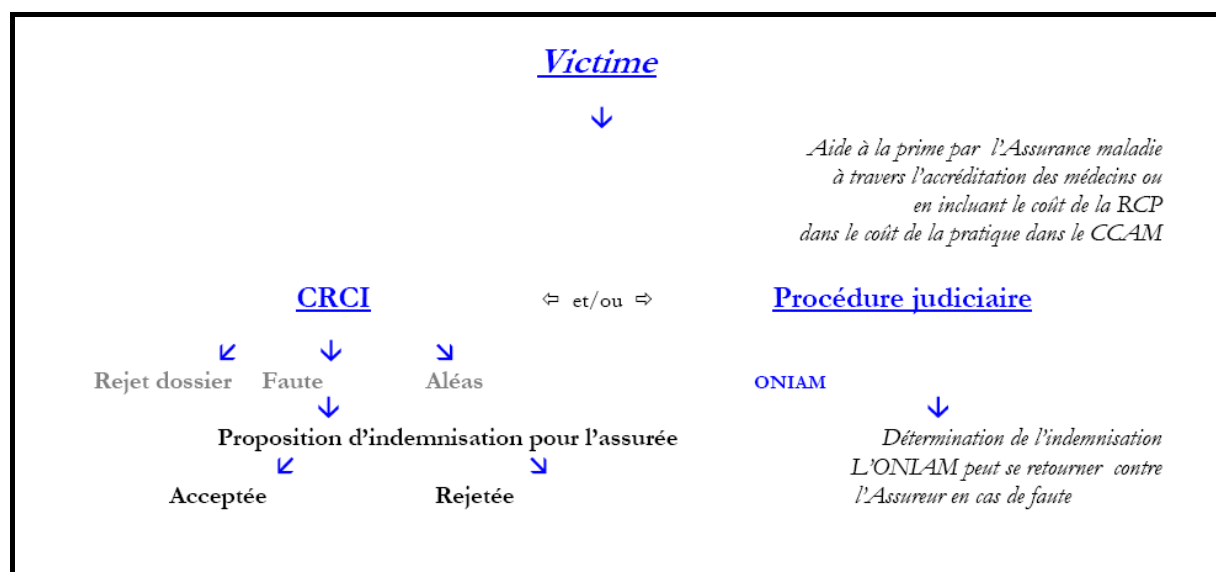
**En troisième position** : les anesthésistes qui ont réussi à stabiliser leur prime, en divisant par 10 le risque de leur activité au prix d'importants efforts de prévention.

Mise en cause 49 fois moins souvent que les chirurgiens, les médecins généralistes se trouveront-ils plus souvent impliqués par leurs nouvelles responsabilités de médecin-traitant ? Quid de leurs nouvelles responsabilités de médecin traitant dans la rédaction de protocoles de soins initiée par un autre praticien ?

D'autres propositions sont faites pour diminuer la sinistralité et freiner les primes :

- Mutualiser l'ensemble des acteurs responsables d'un acte dans l'appréciation du coût du risque
- Améliorer la sécurité des patients et la prévention en analysant les accidents et les préjudices.
- Prendre en compte ce que l'Académie de Médecine appelle « l'erreur systémique » qui relève, non pas d'une erreur individuelle, mais d'un défaut d'organisation.
  
- Aide à la prime par l'Assurance maladie à travers l'accréditation des médecins
- Inclure le surcoût de la RCP dans le coût de la pratique dans les CCAM.
- A l'image des transports aériens, déclarer et analyser les incidents qui auraient pu être des accidents afin de trouver des remèdes
- Enfin, agir sur les primes en les mutualisant entre tous les médecins ou bien en baissant le plafond de garantie ; le surplus étant pris en charge, soit par l'ONIAM, soit par l'ensemble des malades, soit par l'Assurance maladie, soit par les 3 .....

## Schéma parcours d'une victime d'un accident médical :



### C 2 - Les restrictions possibles à l'installation – Nouvelles obligations ?

L'inégalité géographique de densité médicale touche toutes les spécialités et pas seulement les spécialités dites sinistrées et susceptibles de s'aggraver d'ici 2020. Doit-elle entraîner une limitation de la liberté d'installation ?

Au-delà du statu quo deux attitudes sont envisagées par les pouvoirs publics pour lutter contre les zones sur médicalisées ou sous médicalisées : l'incitation ou la coercition.

#### Des mesures incitatives :

Ont été énoncées, certaines en 2006, dans le cadre d'un avenant à la Convention nationale :

- Prime de 20% des recettes des médecins travaillant dans les zones sous médicalisées
- Augmentation de 33% du plafond de cumul emploi/retraite pour inciter les médecins en marge de la retraite à poursuivre ou à reprendre une activité.
- Facilités à l'installation octroyées par les collectivités locales : locaux professionnels, aide financière, dégrèvements fiscaux et indemnités d'études accordées aux étudiants du 3ème cycle, en échange d'un engagement d'exercer dans une zone sous médicalisée.

#### Des idées de possibles mesures coercitives :

Sont lancées parfois dans la presse comme le conventionnement sélectif ou la diminution de 20% de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des médecins du secteur I.

Cependant, ces mesures contraignantes ne sont pas retenues officiellement par les politiques dans le rapport de la commission démographique médicale du Professeur Berland et de toutes façons, elles ne s'appliqueraient pas aux étudiants ayant déjà commencé leur cursus.

Ce sont donc les mécanismes incitatifs qui seront éventuellement retenus dans l'avenir, si les inégalités s'aggravaient. Encore faut-il relativiser les densités médicales françaises, les plus mauvaises seraient idylliques dans les pays émergents.

### **C 3 - Disparition de l'exercice isolé – Une future obligation de choix ?**

Répondant au souhait formulé par les étudiants en médecine et recommandée par les textes, on assiste à un reflux rapide de l'exercice isolé. En 2002, 44% des médecins libéraux sont en cabinet de groupe. En 2006, 4% seulement des futurs installés veulent exercer seuls.

Les raisons en sont l'angoisse de la solitude médicale, le désir de libération partielle de tâches administratives, la féminisation croissante (37% de médecins exerçant en 2006, 50% en 2020), le début de crise démographique d'effectifs. Cette évolution se fait malgré des charges de fonctionnement plus lourdes en groupe et des problèmes de cohabitation.

Plus de souplesse dans l'exercice est amenée par les 3 innovations répandues de l'exercice en multisite ; dans la création du statut de collaborateur libéral ; de la hausse de recettes forfaitaires de 20% pour les groupes de médecins en zones déficitaires. D'autres aides sont possibles pour pallier l'inégalité géographique comme des bourses d'études, des exonérations fiscales temporaires, des primes à l'installation.

Plus de souplesse et de récupération du temps médical vont être aussi amenées par les délégations de tâches aux professionnels de santé, telles que proposées par le plan Berland et traitées par la CNP en 2006.

### **C 4 - Les associations de patients**

Les associations de patients sont devenues les partenaires à part entière dans l'exercice médical.

Les lois du 4 mars 2002 et du 9 août 2004, leur ont donné place dans les instances de santé. Elles sont présentes dans les conseils administratifs des hôpitaux, à l'INSERM, au LEEM, à la CNAM, dans certaines commissions de l'AFSSAPS.

Devenues incontournables, il ne faut pas les craindre car elles aident le médecin en prenant le relais de l'éducation thérapeutique des patients en agissant en soutien psychologique, juridique et social.

Leur rôle a été développé par ailleurs dans le Chapitre : « Acteur dans la société ».

Au total, l'exercice de la médecine libérale, repose sur un socle épais d'obligations notamment administratives qui s'aggravent, obèrent le temps médical et concourent à la nouvelle crise démographique.

Philosophique – Psychologique – Philanthropique

---

Jean-Marie FAROUDJA

*« Dis-toi d'abord qui tu veux être, puis fais en  
conséquence ce que tu dois faire »  
Épictète*

Abstract : Le savoir être du médecin occupe, à côté du savoir, et du savoir-faire, une place particulière, capitale et privilégiée dans la relation médecin-malade. Ce savoir être, enrichi des notions apprises sur l'humanisme, l'éthique, la connaissance et la fréquentation du souffrant, est le plus souvent le fruit d'un capital inné qui bat au rythme du cœur de certains hommes.

Mais il faut dès aujourd'hui que le médecin ajuste son comportement aux exigences d'une société qui évolue et entend se responsabiliser. Si sur le fond, et à la différence des autres savoirs, le savoir être ne changera pas beaucoup, il faudra tout de même que les professionnels de santé tiennent compte de la nécessaire participation du patient désormais guidé dans ses choix de prise en charge par une information de qualité adaptée à ses capacités d'écoute et de compréhension. C'est finalement l'application stricto sensu d'une « information claire, loyale et appropriée » telle que définie dans le Code de Déontologie.

Au-delà de son rôle d' « interlocuteur technique du moment » (Alain Cordier), le médecin doit respecter les valeurs cardinales de cette relation singulière: l'écoute, la parole, l'empathie, la compassion raisonnable, le respect de l'autonomie et de la dignité de « l'autre » en faisant comprendre à celui qui souffre que, tout comme le malade, il est lui aussi un homme, avec ses forces et ses faiblesses, son pouvoir et ses limites...

Faire en sorte que, dans le cadre de cette rencontre « unique » la société puisse dire, du soigné et du soignant, la phrase de Montaigne (1533-1592) :

*« Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps, c'est un homme »*

## **PRÉAMBULE ET DÉFINITIONS**

A côté du savoir, « connaissance acquise par l'étude et l'expérience », du savoir-faire « témoin de l'habileté dans un art quelconque », le savoir être du médecin est le résultat d'un savant mélange entre l'inné et l'enrichissement progressif de l'acquis lié à l'étude, l'observation, l'apprentissage et l'expérience.

Ce savoir être ne connaît pas, à la différence des autres savoirs, de définition propre en tant que tel. Il englobe les notions d'humanisme défini comme « une théorie, une doctrine, qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement », d'éthique qui est « la science de la morale » et surtout l'indispensable respect de la dignité de l'autre quelles que soient les conditions ou les circonstances de la rencontre dans cette attitude faite d'empathie et de compassion propre à ce métier.

Du paternalisme d'hier, où le médecin « recommandait, voire ordonnait » (Jean Léonetti), - concept critiqué et décrié aujourd'hui-, le corps médical s'oriente vers une attitude différente : le médecin informe de son mieux et le patient choisit en fonction de critères multiples, et décide...mais est-ce toujours pour son bien...ou son bien-être immédiat, ou espéré ?

Il est réconfortant encore, que, de nos jours, le patient s'en remette à son médecin en lui confiant, après ses explications, « c'est à vous de décider, Docteur, je vous fais confiance ! ». Mais en même temps qu'il donne sa confiance, c'est sa propre et unique responsabilité qu'il refuse et qu'il fait reporter sur le soignant parfois même jusque devant les tribunaux !

Et s'il en était autrement, le médecin devrait-il pour autant abandonner son patient à un sort qu'il aurait choisi ? Nouvel exemple de vulnérabilité qui nous ramène au sujet traité par ailleurs...

Dans le contenu du métier de médecin, pourrait-on ignorer ce savoir être ? et pourrait-on « être » sans savoir ou sans savoir-faire ? d'autant plus que les limites peuvent être floues entre savoir-faire et savoir être...(pour exemple, « l'information claire loyale et appropriée... » dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle)

Ce qui est certain, c'est que ce savoir être, à la différence des autres savoirs, ne changera pas radicalement; il devra simplement s'adapter à la notion nouvelle de « soigner ensemble » et dans le nouveau respect de l'autonomie « de l'autre » forcément altérée et fragilisée par la maladie, sans pour autant exiger que le médecin se soumettre à des normes écrites susceptibles de créer un rapport artificiel dont personne ne serait dupe.

## **LE MÉDECIN HUMANISTE**

Il faut accepter le renouveau de la médecine en considérant que si « la technique est basée sur la science, la pratique reste au service de l'homme ». (Cosmacini et Satolli 2003)

Car, s'il est un métier où l'humanisme est omniprésent, c'est bien celui de médecin dans « une tradition qui élève au-dessus de la banalité du quotidien » (Philippe d'Iribarne)

Depuis toujours, entièrement dévoué à son prochain, cet homme de l'art bâtit sa vie autour du malade qu'il est sensé secourir avec tous les moyens dont il peut disposer. Les règles de l'art, le Code de la Santé publique, le Code de déontologie médicale sont là pour lui rappeler ses devoirs élémentaires vis-à-vis des patients, de ses confrères et de la société devant laquelle il peut être amené à rendre des comptes. C'est la rencontre du savoir-faire avec soi-même et le patient dans son application quotidienne. C'est la façon de prendre en charge sur le plan social et médico-social...c'est l'indispensable solidarité...la justice sociale...la nécessaire distribution équitable des richesses, la co-humanité...c'est faire passer le patient avant ses intérêts personnels...refuser la loi des chiffres.

On ne peut pas soigner une maladie sans soigner le malade car il n'est pas un « panier d'organes ».

Et peut-on dire que plus la technique gagne en efficacité plus la compassion et l'humanisme à l'égard des patients diminue ? S'il en était ainsi, ne serait-ce pas, surtout, plus qu'un désintérêt de l'homme, la faute au temps qui manque de plus en plus aux professionnels de santé ?

Même si l'aide de la technique par sa valeur authentique permet au médecin de mieux convaincre et de diminuer sa propre angoisse, le défi de la médecine humaniste est aussi capital que celui de la médecine technicienne.

On peut concilier tous les savoirs, peut-on les posséder tous à la fois ? Et ainsi, parviendrait-on à tendre vers la perfection ?

## L'ÉTHIQUE

*« Il ne suffit pas de vouloir être bienfaisant pour l'être effectivement »  
Baertschi 1993*

Au cours de sa carrière, le médecin est confronté à de nombreux problèmes qu'il devra résoudre en tenant compte des différents facteurs susceptibles d'influencer sa décision ou son jugement. Son expérience et ses connaissances acquises en la matière sont nécessaires et parfois insuffisantes.

C'est ainsi qu'il faudra souvent trancher, en son âme et conscience, entre le désir de faire « bien » et le danger d'être « malfaisant » (intervenir pour sauver au prix de souffrances inacceptables), entre la raison scientifique et le vécu propre du patient (estimer bien pour le patient ce qui est bien en fonction des données actuelles de la science, l'« Evidence Medicine Base » n'est pas forcément bienfaisante au sens strict du mot), entre l'indispensable recherche biomédicale et l'incontournable protection des personnes...

Et que dire des obligations de prudence poussées à l'extrême par le spectre du médico-légal, des contraintes économiques, des sollicitations injustifiées, des exigences du marché, des engagements conventionnels, de la médicalisation à outrance de pathologies banales ou bénignes, de ces nouvelles maladies inventées par la société, de la marchandisation de la santé, du traitement médicamenteux du mal être plutôt que du nécessaire recours à des modifications sociétales, des débats passionnés sur la procréation médicalement assistée, des

greffes et de leurs conditions de prélèvement, des exploits techniques médiatisés, des fins de vie, des refus de traitement, des survies artificielles, de l'euthanasie...

Autant de sujets de société qui peuvent faire ouvrir le débat sans pour autant trouver de solutions idéales ou consensuelles, le médecin devant rester respectueux des textes mais honnête vis à vis de ses convictions profondes et objectif à l'égard d'avis divergents même si ceux-ci viennent déranger sa propre réflexion.

C'est cette attitude qui doit prévaloir afin de peser plus lourd dans les discussions sans jamais s'éloigner de l'indispensable respect de ses engagements personnels, de la dignité due à la personne et à la vie que le médecin est sensé protéger...

## **LE SAVOIR ÊTRE**

Du médecin se construit peu à peu à partir du capital tiré de son éducation, de son instruction, du contact social, de la proximité de ses maîtres, et de l'image qu'il s'en fait, et surtout de ses expériences, quand bien même seraient-elles malheureuses.

C'est l'épreuve de la rencontre « confiance - conscience » qui permet de mesurer l'importance de sa richesse personnelle en matière d'empathie.

Les médecins, avec tout leur savoir, et leur savoir-faire, peuvent-ils tous acquérir cet indispensable savoir être ? Certains auteurs reconnaissent que même s'il existe des « doués » en communication, le savoir être peut être le fruit d'applications de techniques codifiées pouvant être enseignées, appliquées, évaluées...avec le risque potentiel de perdre en authenticité.

**Pour le médecin → un impératif → « prendre soin de soi »**

*« Le médecin doit prendre le courage de se confronter à lui-même »  
Marco Vannotti*

Le médecin doit comprendre pourquoi il a choisi ce métier. Peut-être en cherchant dans son passé des motivations précises ou floues, une souffrance intérieure ou celle de ses proches...

Il existe toujours une identification au malade, puis au soignant. Elle est constante lors des premières années d'études. Elle se modifie ensuite avec l'apport des connaissances sans pour autant en perdre l'essentiel.

Tout au long de sa carrière, et plus que jamais aujourd'hui, le médecin doit apprendre à connaître, et surtout accepter, ses limites, les limites de son savoir, les limites de son devoir, les limites de son pouvoir, les limites du possible...

Savoir gérer le doute, l'erreur, l'ignorance, les blessures, la perte d'autorité, la confrontation avec la souffrance...et garder l'espoir, la confiance en soi...tout en sachant bannir l'orgueil, l'indifférence, le découragement, le sentiment de pouvoir absolu, ou de toute puissance, le renvoyant à son échec devant la mort...

Savoir se mettre en cause sans se sentir vulnérable ou coupable...

Ne pas occulter son amour du métier...ni son abnégation sans laquelle il ne pourrait pas s'exprimer.

Evacuer sa fatigue et ses questionnements devant ses confrères, ses aînés, l'Ordre, des groupes Balint ou de parole...savoir faire son examen de conscience dans ce qu'il a de réconfortant, (ce que l'on pourrait appeler aujourd'hui son propre « debriefing »)...

Accepter le fait que le médecin soit trop souvent devenu, entre autre, un prestataire de service, distributeur de soins, à moins que son savoir être puisse encore repousser, et pour quelques temps, ce triste constat.

Prendre « soin de soi » pour le médecin, c'est prendre soin des siens, souci garant d'un savant équilibre, parfois fragile, entre le désir d'être, en tant que médecin, et le besoin d'exister, en tant qu'homme. Faire tout pour éviter le « burn out ».

Il est certain que les conditions actuelles, tant démographiques qu'organisationnelles, rendent cet exercice particulièrement difficile. C'est pourquoi il faut s'attacher à trouver des solutions à travers remplacements, collaboration, association, regroupement, organisation de la PDS...

Mais le don de soi reste cependant ce qui fait la différence entre un métier quelconque et celui de médecin.

Enfin être respecté, parce qu'on est respectable, fait aussi partie de ce savoir être.

## **LE SAVOIR ÊTRE AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Véritable chef d'orchestre le médecin est, avec son patient, au centre d'un plateau où gravitent autour d'eux le médical, le médico-social, le para médical, les acteurs et leurs décors.

L'élémentaire respect de la déontologie, reflet professionnel de l'élégance morale, restera le garant d'une pratique authentique au seul service des patients, de même que l'émulation sans la compétition, la validation permanente par référence aux autres.

L'exercice moderne de la médecine fait que la pratique de la médecine en « isolé » est appelée à disparaître. La médecine ne peut plus s'exercer sans le recours à des procédés nouveaux pratiqués par des techniciens de haut niveau et susceptibles d'apporter au médecin les arguments nécessaires à la connaissance, à la qualité de l'information, à la prise de décisions dans le but de faire adhérer le patient averti à une attitude raisonnable, partagée et si possible efficace.

Les réseaux, de l'avis de ceux qui en ont la pratique, deviennent des outils incontournables et performants en rendant les échanges productifs, en élargissant le champ des connaissances au service du médecin, au bénéfice du patient et d'une nouvelle conception de l'exercice médical.

Le but final étant de pouvoir « soigner ensemble » (« carrying together »)

Et c'est là, sans doute, qu'il faudra, dans sa pratique, modifier son savoir être jusque là essentiellement « égoïste ».

## **LE SAVOIR ÊTRE DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT**

*« Une médecine jadis moins perfectionnée, par son impuissance même, accueillait la souffrance.  
Aujourd'hui elle ne l'écoute plus.  
Et l'ordinateur par son côté binaire oui/non n'est pas adapté à la détresse psychologique »*

*Pr Didier Sicard*

Cette relation toute particulière, et qui remonte aux origines de la médecine, reste un pilier de l'exercice médical. C'est sûrement le plus joli des contrats. Cette alliance thérapeutique se construit progressivement.

De nos jours, le patient suppose que le professionnel sait tout et que la réparation de son mal doit suivre. C'est du moins ce qu'il retire des informations glanées çà et là.

Cette relation doit être de qualité car il s'agit d'une relation privilégiée et unique au terme de laquelle chacun doit y trouver quelque chose de positif quand bien même ce quelque chose n'est pas celui attendu.

Car le tout n'est pas d'apporter au patient une promesse parfois illusoire de « restitutio ad integrum », mais de lui expliquer le pourquoi du comment, l'avenir immédiat ou lointain ; voilà, de nos jours, et dans un climat de confiance, ce qu'il attend en termes accessibles. La fameuse information « claire, loyale et appropriée » qui relève sans doute plus du savoir être que du savoir-faire...

Mais les choses ont évolué, il en est fini de la relation entre celui qui sait en face d'un patient qui demande, écoute sans forcément entendre, entend sans écouter, ou ne veut pas entendre, et s'en va. Il n'y a pas, non plus, de refuge déontologique qui permet au médecin de cacher ses faiblesses, le secret médical n'est pas opposable au malade et son dossier lui appartient. La relation n'est plus inégalitaire; elle s'exprime entre deux êtres à la sensibilité et à la connaissance possiblement différentes, mais égaux en dignité.

Le besoin d'être reconnu par le médecin en tant que souffrant, en tant qu'individu, est capital.

Au-delà des exigences déontologiques, la loi dite de « démocratie sanitaire » (qui n'apporte pas d'innovations majeures parce que calquée sur le Code de Déontologie...) remet en vigueur, et dans les mots, ce que doit être la nouvelle relation médecin patient.

Le rôle du médecin, pratiquement défini dans la prise en charge technique des pathologies et surtout des malades, ne peut s'exprimer qu'à partir d'aptitudes indispensables qui, outre le respect de l'éthique, réunissent l'empathie, la compassion...et la prise en compte de l'évolution sociétale.

La rencontre du souffrant et de celui susceptible de le soulager permet d'étudier les qualités du médecin attendues et reconnues par le patient et possiblement à l'origine d'une prise en charge efficace source d'attachement mutuel et durable. La confiance et la fidélité du patient entraînant la fierté du soignant et l'extension de la relation professionnelle à une relation plus intime, plus cordiale, voire amicale.

Le médecin doit toujours donner au patient l'image d'un homme juste dans sa réflexion, dans ses décisions, dans ses avis...Et il doit faire comprendre, sans inquiéter.

Toutes ces qualités comportent des variables d'adaptation à chaque circonstance, à chaque individu. Il ne peut y avoir d'attitude apprise ou convenue, car on ne peut jamais prévoir comment va se dérouler une consultation et comment va réagir celui à qui on s'adresse.

Il faut, de plus, trouver la « bonne distance » entre les deux partenaires: distance physique, distance psychologique, savoir prendre en compte la problématique du patient sans dépasser des limites qu'il ne comprendrait pas.

## LA CONFIANCE

Confiance relationnelle, confiance en soi, confiance en « l'autre », confiance en son métier et à ceux qui le pratiquent.

Cette confiance s'acquiert peu à peu en fonction des personnes, des événements et des circonstances. Mais la confiance en la médecine n'est pas forcément la confiance en son médecin et réciproquement.

Décrite comme : « généreuse et intéressée, intuitive et fondée, relative et mouvante » (Marco Vannotti)

Elle est la réponse au propre investissement du médecin qui apporte ses soins, son savoir, son savoir-faire et surtout son savoir être.

La confiance évolue. Elle n'est, en tous cas, plus aveugle. Elle est basée sur un partage d'informations. Si elle ne se décrète pas, elle se gagne, et se perd, en fonction des partenaires et de leurs comportements dans un monde plus averti et plus critique en tenant compte de possibles interférences.

Interférences liées à la recherche d'informations complémentaires sur le Net ou ailleurs; influences d'association de patients, ou centrées sur les particularités d'une affection orpheline, occasion d'ailleurs pour le médecin de compléter ses connaissances et d'apprendre,

au contact du malade, des tas de choses qu'il ignore...Savoir dire: « je ne sais pas... mais je vais m'informer... » Cette « humilité » reconnue est indispensable au savoir être du médecin; elle ne le déconsidère pas, elle le grandit.

## **L'EMPATHIE**

Est la « faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il sent » (Petit Robert).

C'est aussi l'existence d'une éventuelle compassion définie comme un « sentiment qui porte à plaindre et partager les maux d'autrui » (Petit Robert).

Elle ne peut se concevoir que dans le respect de la dignité du patient, de son autonomie à décider de son sort et surtout elle implique la mise à disposition par le médecin de tout son capital scientifique et affectif afin de pouvoir partager le ressenti du malade et lui apporter tout ce qui est en son pouvoir sans pour autant manifester une affliction identique à celle de celui qui est venu chercher du secours.

Savoir être disponible est sans doute l'un des premiers éléments de ce savoir être.

Etre disponible matériellement et intellectuellement. Savoir accueillir le patient en restant soi-même est encore la meilleure des solutions. La tenue du médecin, en fonction de sa personnalité, reflète souvent son savoir être...Savoir organiser le bien être du patient, savoir éviter la « frontière » d'un bureau barrière qui tendrait à montrer la différence de statut ; imaginer, une fois passé les indispensables préalables, s'asseoir plus près du souffrant, à côté de lui, autour d'une table de « convivialité » pour gommer les possibles différences ressenties par les deux partenaires... On n'est jamais aussi bien qu'assis au chevet d'un patient, à sa hauteur, main sur la main...Pouvoir partager et échanger des émotions, des ressentis à travers ce qui est dit ou pas...

Ne pas laisser aux yeux du patient l'image d'un être à part, même si le métier l'est...Lui faire comprendre que, même s'il ne peut engranger toutes les souffrances d'une patientèle, le médecin est là, à cet instant, totalement à son exclusive écoute.

## **L'ÉCOUTE ET LA PAROLE**

Sont évidemment le temps fort de la rencontre, que ce soit au cabinet ou à domicile.

Les qualités d'écoute et de parole doivent être celles de tous les praticiens, quelle que soit leur orientation.

Elles ne doivent pas rester l'exclusivité des spécialités centrées sur le psychisme ou le psychosomatique. A plus forte raison celles des charlatans marchands d'illusion et qui réussissent dans cet exercice puisqu'ils n'ont rien d'autre à proposer...

Il faudra prendre en compte les symptômes et leur donner une signification qui n'est pas toujours celle qui paraît le plus évident. Le malade déballe, le médecin trie, corrige...et classe.

Comprendre le malaise existentiel à travers des doléances multiples, des somatisations trompeuses, dépister de possibles signes indirects d'appel d'une maltraitance physique ou plus fréquemment morale...

Savoir reprendre (« reformulation » de Carl Rogers) les doléances insistantes en essayant de les décortiquer dans leur importance et leur priorité.

Savoir gérer aussi l'écoute téléphonique avec tous ses dangers...privilégier la rencontre.

Il faudra aussi savoir, parfois, ne pas manifester un rejet de plainte particulièrement mal vécu par le patient alors qu'il est venu pour faire entendre sa souffrance, qu'elle soit réelle ou ressentie. Il faudra expliquer et ensuite donner un sens à ses maux par des mots qu'il pourra s'approprier.

C'est la seule façon de libérer les patients de leur angoisse et de les faire adhérer à un projet thérapeutique.

Plus que jamais, le médecin doit parler. C'est un reproche fréquent adressé au corps médical et plus particulièrement à ses « mandarins ». Le médecin estime qu'il y passe beaucoup de temps ; le patient estime que ce temps lui est dû et qu'il est indispensable à la compréhension de son état. L'information, déontologiquement incontournable, contenue dans la loi, doit se faire dans le respect de la sphère privée du patient tout en respectant son éventuel et légitime désir de ne pas accéder à l'exhaustivité de renseignements susceptibles de le déstabiliser.

Pour le médecin, plus que le résultat d'un enseignement, c'est souvent pour lui l'expression d'un travail spécifique et individuel appris souvent « sur le tas » en fonction de son vécu et de son expérience. Il faut savoir être en appréhendant, à pas prudents, et dans un cheminement parfois difficile, la capacité d'un patient à recevoir des nouvelles parfois inattendues.

« Le médecin se doit d'être un artiste de la métaphore » (Patrick Ouvrard). C'est l'annonce de mauvaises nouvelles, (savoir-faire ou savoir être ?) c'est la vérité adaptée à celui qui la reçoit, une vérité aujourd'hui travestie si ce n'est dans le diagnostic du moins, parfois, dans son pronostic. C'est le savant mélange du dit et du non-dit. Comme le professeur Jean Bernard : « dire la vérité, rien que la vérité, mais pas tout et pas tout de suite ! ».

Devant l'inéluctable il n'existe pas de bonne méthode, mais la façon d'annoncer est importante...et même si parfois, médecin et malade mentent en pensant rendre service à l'autre, ou à soi-même !

Il faudra pourtant savoir répondre aux questions exprimées ou sous-entendues sur la fin de vie, ses douleurs, son inconfort, sur la mort...

Et c'est peut-être à cette occasion que le savoir être du médecin prendra toute sa dimension. Se rappeler la phrase de C. Saunders « quand on ne peut plus rien contre la maladie, on peut encore beaucoup pour le malade ». Faute de pouvoir le guérir, savoir au moins consoler

l'agonisant, ne pas le laisser finir seul, savoir prendre en charge la famille et l'aider à communiquer avec celui qui s'en va.

Dans ces moments particuliers où le médecin imagine sa propre mort, être médecin c'est être là, savoir être disponible, attentif au moment où, comme le chante Yves Duteil: « les yeux n'ont plus besoin de mots pour se comprendre, les mains se parlent mieux pour se dire au revoir ».

## **LE REGARD ET LA GESTUELLE**

Du patient et du médecin concourent au résultat positif de la rencontre. Il y a des regards qui ne trompent pas.

Nietzsche, quelques jours avant sa mort disait à ses assistants :  
« *Vous mentez, mais avec la gueule que vous faites vous dites la vérité* ».

Souvent rempli d'inquiétude ou d'angoisse par les symptômes qui le tracassent, ce regard va chercher dans celui du médecin le réconfort, l'assurance que tout sera fait pour le comprendre, lui venir en aide et si possible le guérir. Le temps d'une simple consultation, ce regard parfois attristé, inquisiteur, hagard ou sombre, va progressivement s'éclairer à condition qu'il reçoive en retour la réponse qu'il est venu chercher.

Le regard, chargé d'un message inimitable évite et peut remplacer des mots. Il peut rendre d'infinis services en permettant de taire ce qui est difficile à dire. « *Quand la bouche dit oui, le regard dit peut être* » (Victor Hugo).

Importante aussi l'interprétation des gestes du patient, de ses mains cramponnées sur la chaise, du croisement et du décroisement de ses jambes, et, en retour, les gestes du médecin, miroir conscient ou pas, diront, aux yeux du malade, son niveau de réceptivité, sa compréhension, son émotion traduite par le timbre de sa voix ou la longueur de ses silences.

## **INTIMITÉ ET PROXIMITÉ**

L'examen n'est pas que la mise en application d'un savoir et d'un savoir-faire mais une certaine façon d'être qui, au-delà de l'organe ou de la fonction appréhende l'ensemble de l'individu. Cette intimité, potentiellement dangereuse avec ses risques de séduction, volontaire ou non et cette proximité tactile nécessitent un indispensable savoir être capable de réaliser un distinguo démonstratif entre la technique stricte susceptible de « déshumaniser » le patient par l'étude de ses organes et l'après examen qui doit le « ré-humaniser » dans son statut d'homme.

## **LE BILAN DE LA CONSULTATION**

Le but est, in fine, de « désinfantiliser » le patient afin que, devenu adulte et responsable de sa maladie, il puisse contribuer à un projet de soins au terme d'un choix raisonnablement admis par les deux parties.

Si la rencontre se passe bien, c'est un gage de réussite. Pas forcément de guérison, mais l'assurance pour le malade que tout a été fait pour faire un choix judicieux dans les possibilités thérapeutiques, en prenant en compte l'environnement du patient, familial, professionnel, social, religieux...

Il faut que le patient soit assuré de la volonté de soigner du médecin, de sa sincérité, de sa prudence et de son indépendance.

Importante aussi la promesse de prise en charge dans le fait de fixer un autre rendez-vous tout en restant disponible pour un appel, un conseil, une précision...

Savoir enfin, et avec fermeté, mettre un terme à la consultation. Mais, jusqu'au pas de porte, il faudra savoir prolonger l'échange.

C'est d'ailleurs parfois à cet instant ultime, lorsqu'à travers un regard et une poignée de main qui en disent parfois long, on apprend, ou comprend, la finalité de la démarche du malade en entendant: « Au fait, Docteur, je ne vous ai pas dit... »

Dans les mois qui viennent, et à travers le DMP, le savoir être du médecin va prendre une nouvelle dimension. Une fois passée la période logique d'agacement liée à sa mise en place, cet outil va permettre, outre ce qui est prévu par les textes, de tracer le cheminement de cette nouvelle relation, de mesurer les aptitudes du médecin à accepter ce nouveau contrat qui permet au patient de retrouver une certaine autonomie et au professionnel de santé d'accepter, sur son travail, le regard critique des autres professionnels de santé.

## **SAVOIR ÊTRE ET SOCIÉTÉ**

Fini le temps du notable nanti...le médecin d'aujourd'hui, et de demain, devra donner au regard de la société une image différente. Celle d'un homme comme les autres, avec un métier, certes différent, à part, mais néanmoins un métier qui s'apprend, qui s'exerce dans une relation égalitaire où la dignité de l'autre est prise en compte, dans l'acceptation d'une autonomie responsable. Le patient se confie, veut une orientation diagnostique, des précisions sur son état, sur le projet thérapeutique, sur son futur. Il veut des avis complémentaires et tient à tenir son rang dans les discussions techniques qui le concernent.

Mais il sera sensible à la façon dont le médecin, au-delà de ses connaissances théoriques ou pratiques, saura se comporter en humaniste sensible et possiblement vulnérable. L'écoute, la parole, le regard...

C'est cette nouvelle relation qui permettra à l'homme de l'art de continuer à assumer la tâche qui lui est confiée par la nation.

Enfin, devant les problèmes du multiculturalisme (cf Assises de Juin 2005), ou de vulnérabilité (Assises juin 2007), voire de précarité, il faudra aussi que le médecin puisse improviser en adaptant son savoir être à des situations variées, multiples et sensibles, parfois totalement inattendues... et qui ne figurent dans aucun manuel de médecine!

## EN CONCLUSION

*« Guérir quelques fois, soulager souvent, consoler toujours. »  
Henri David Thoreau*

Le discours autoritaire est révolu. Il doit désormais s'inscrire dans une relation égalitaire où, à côté de ses autres savoirs, le savoir être du médecin prend toute sa dimension.

« Entre utopie et désenchantement » (Marco Vannotti)

C'est le savoir être qui reste le pivot du métier. On pardonnera au médecin quelques lacunes en matière de savoir, ou de savoir-faire...mais le patient n'oubliera pas le savoir être de celui à qui il a confié, dans le secret, ce qu'il a de plus cher, sa santé ou celle des siens. Tout peut être acceptable hormis l'indifférence...

Le but ultime pour le médecin étant d'obtenir du patient, et dans son strict intérêt, un consentement éclairé, participatif et non pas résigné...

Les études de médecine ne sauraient se dispenser d'un enseignement suffisant et adapté à l'engagement de ceux qui souhaitent embrasser une telle profession. Cet enseignement devrait être fait par des gens d'expérience, et de terrain, afin de pouvoir transmettre les indispensables principes nécessaires à l'approche humaniste de la relation qui se construit progressivement entre celui qui souffre et celui qui soigne.

Car ce métier de médecin est sans doute l'un des seuls qui puisse permettre au savoir être de s'exprimer sans réserve sous la forme d'infinies facettes toujours renouvelées et qui devrait, in fine, attirer d'authentiques vocations avec, encore, et pour longtemps, la satisfaction de ceux qui consacrent leur vie à soigner et désormais à « soigner ensemble ».

Il ne faudrait pas que les jeunes médecins, et les patients, pensent que la technique omniprésente prend forcément le pas sur la médecine humaniste. Prouver que le médecin n'est pas que « l'interlocuteur technique et scientifique du moment » (Alain Cordier Rapport sur l'éthique biomédicale, 2003) et qu'il est bien là pour guérir, soigner, consoler... mais seulement après avoir écouté, expliqué, conseillé, négocié, convaincu, accompagné...et, comme le dit Xavier Deau dans les Jeudis de l'Ordre (Septembre 2006) : « ...il nous incombe de recréer de l'espoir chez les individus par un sourire, une écoute ou un contact particulier, ce qui est gratuit... »

Mais, bien sûr, il serait merveilleux de pouvoir être à la fois le savant, le technicien, le confident, voire l'ami...et mesurer l'horizon de son savoir être dans son propre regard, celui du patient, celui de la société qui pourrait ainsi estimer que le patient paye le médecin pour son savoir faire, et qu'il l'honore pour son savoir être...

### LE MÉDECIN ET SON ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

Y a-t-il aujourd'hui une indépendance du médecin par rapport aux contraintes environnementales économiques ?

#### I - LE MÉDECIN DANS SON ENVIRONNEMENT ÉCONOMIQUE

##### A) Le médecin producteur de soins :

Avant que les systèmes conventionnels s'imposant aux professionnels libéraux ne se mettent en place et que les textes concernant le rôle du médecin dans l'institution hospitalière n'existent, le médecin était uniquement producteur de soins.

Producteur de soins sous entend que son engagement professionnel était d'écouter, d'analyser et de dispenser des soins à toute la population qui en retour de ces soins l'honorait directement ou bénéficiait de l'accès à un établissement « charitable ». Ainsi donc se constituait une relation professionnelle économique à deux où la responsabilité du médecin n'était que de prendre en charge le patient sans tenir compte de l'environnement économique général. La seule relation économique étant directe avec le patient ou l'établissement.

« Soins aux indigents, faire payer les riches, constituait la base de la relation avec l'économique»

##### B) Le médecin responsable des soins

**Dès lors que la société a créé un modèle macro économique où l'individu est devenu producteur de richesses pour le compte d'un autre, cette richesse produite ne devait pas être grevée par des défaillances physiques ou de santé.**

Sont donc nés à la fin du 19ème siècle – début du 20ème le patron et l'entreprise paternaliste, grâce auxquels se sont vite créés dispensaires, centres de santé, médecins d'entreprise, médecins des mines, autant de zones d'exercice dont la relation économique n'était plus malade - médecin mais malade - tiers intervenant ayant intérêt à agir en professionnel.

**Outre son rôle antérieur de garant de la santé des familles dont il avait la charge, le médecin devient garant pour le tiers intervenant de la bonne santé du salarié ou de l'employé dont l'employeur ou le partenaire social lui confie la charge.**

**Le médecin dans sa dimension sociale était officiellement né. Dès lors, ce médecin a dû répondre à l'exigence de dispenser des soins dans un contexte où les contingences d'une prise en charge sociale venaient impacter le colloque et la décision.**

### C) Le médecin générateur de dépenses

Le médecin ayant en charge la santé de l'individu mais également les conséquences de sa maladie sur l'entreprise et sa productivité, la société puis la création de l'Assurance Maladie et des conventions médicales signées ont fait du médecin un partenaire conventionnel du financeur des soins.

Ce financeur est lui-même devenu gestionnaire de fonds recueillis par la solidarité nationale prélevant cotisations sur le travail de tous ses membres et, au-delà, sur tous les revenus de l'ensemble des citoyens de la nation.

Dès lors, ce citoyen médecin producteur de soins pour un individu puis producteur de soins pour une collectivité économique est devenu générateur de dépenses pour la nation solidaire de ses patients, au regard d'un gestionnaire de fonds, dit public.

### D) Le médecin régulateur de dépenses

Ainsi, de producteur de soins en colloque singulier, le médecin du 20ème siècle est devenu générateur de dépenses de soins. Ce médecin du 21ème siècle devra donc être régulateur de dépenses de soins donc régulateur de soins.

Le savoir-faire du médecin du 21ème siècle sera donc, outre son obligation de formation, de maintien de compétence, de disponibilité pour l'ensemble de la population, de devenir gestionnaire de la dépense et ce dans le cadre d'une obligation de résultats plus que d'obligation de moyens.

Ce médecin se verra responsable au nom d'une meilleure efficacité du système de soins, d'une meilleure productivité économique de celui-ci, d'où son rôle de régulateur de soins.

La première étape en a été franchie, d'une part avec le médecin traitant - coordonnateur de soins qui ne veut pas dire son nom de régulateur de soins - et d'autre part, à l'hôpital, avec le chef de pôle responsable des engagements des ses services.

Dans ce nouveau rôle, que ce soit en ville ou dans les établissements de santé, on lui demande de continuer à mettre au premier plan les valeurs fondamentales de son métier qui non seulement sont garantes d'une meilleure efficacité du système de distribution de soins, mais également de bien soigner ce qui doit être sa priorité en dépensant bien ce qui devient de la responsabilité du prestataire de soin

## II - LE MÉDECIN RÉGULATEUR DE SOINS

### A) Entre le marteau et l'enclume

L'environnement économique tend à dissocier le médecin de son patient en intercalant dans cette relation bilatérale le coût des soins engagés et la responsabilité imputée au professionnel de participer par ses prescriptions inadaptées ou coûteuses à un déficit tout autant structurel qu'abyssal.

Ainsi, aussi bien l'Etat que l'assurance maladie tiennent le professionnel pour responsable de la bonne utilisation des deniers de la solidarité nationale.

Il ne suffit plus de bien soigner, il faut bien soigner pour le meilleur prix.

Devant cette incapacité présumée du professionnel à gérer la santé de son patient au meilleur coût collectif, on introduit des facteurs correctifs qui, sous couvert de responsabilisation de l'assuré, sont autant de balises actives sur le chemin de la décision médicale.

La coordination des soins est ainsi née. Elle contraint le patient à un interlocuteur unique sur son parcours de soins qui, au-delà de la gestion du patient, devient plus clairement identifiable et donc responsable sur le plan des choix faits pour l'individu face à la collectivité.

Ainsi responsable du parcours de soins de son patient, respectant l'ensemble des processus qui lui sont imposés par les textes législatifs, réglementaires, conventionnels, voire contractuels, le médecin doit, dans un environnement hostile, tenter de faire « au mieux d'un double intérêt » celui du patient, celui de la collectivité.

### B) L'acteur économique doit-il plier face aux règles économiques ou sociologiques ?

Du statut de garant de la santé, le médecin devient donc garant de la régulation des soins, choisissant dans son environnement professionnel « les meilleurs soins au meilleur coût » grâce auxquels le patient aura une réponse « à ses besoins, validée par la collectivité ». La dimension de prestataire de santé naît de cette contrainte économique.

A nous qui appartenons à des générations qui ont vécu la transition du producteur de soins au régulateur de soins, il nous apparaît aisé de transgresser ces nouvelles règles au bénéfice supposé ou affirmé du patient.

Persuadés comme nous le sommes que notre métier a, avant tout, une dimension humaniste qui prime sur les autres considérations, cette certitude nous enjoint à soigner l'autre en mettant à sa disposition l'ensemble des moyens que l'évolution de nos techniques nous permet.

Cette certitude l'emporte-t-elle sur la capacité d'une société à assurer à tous les mêmes droits alors que par ailleurs cette même société tremble devant ses déficits ? Le consensus se fera-t-il sur « le panier minimum de soins » géré par le professionnel et garanti par la collectivité ? La liberté et l'accès au reste étant réservé à l'engagement volontaire et individuel du citoyen assuré en dehors du système solidaire.

### III - VERS QUEL AVENIR ?

- Qu'en sera t-il du patient informé, demandeur d'examens spécifiques parce que validés par la communauté scientifique mais « non accessibles au panier de base » ?
- Qu'en sera t-il du médecin responsable des soins et qui au nom d'une contrainte n'aura pas proposé à son patient l'examen ou le traitement le plus moderne ou n'aura

pas pu mettre en œuvre suffisamment vite les conclusions thérapeutiques les plus adaptées ?

- Qu'en sera-t-il des générations à venir formées à ces diverses composantes du métier où le savoir et la compétence professionnelle sont un des éléments de la qualité de l'exercice mais où le respect des règles imposées par les contraintes économiques du système de santé en seront un autre ?

N'avons-nous pas comme responsabilité commune d'assurer à nos patients que le système dans lequel ils évolueront leur permettra d'être soignés correctement et pris en charge pour ces soins ?

Devons-nous, par notre participation à ce système collectif, accepter l'idée que notre pratique doive être dimensionnée par ces contraintes économiques ?

#### **IV - EN MATIÈRE DE CONCLUSION**

Le médecin du 21<sup>ème</sup> siècle sera enfermé dans cette double exigence de qualité individuelle et de « rentabilité collective ». Elle ne peut être viable que si les règles professionnelles « déontologiques » sont fortes et opposables à la collectivité. En effet, si le médecin se retrouve seul et abandonné dans ce système face à un patient lui-même désarmé car assuré de ne pouvoir avoir ce « à quoi il a droit » et un « financeur censeur », les ordres professionnels auront failli à leurs missions.

Quels que soient les besoins de la collectivité, un médecin responsable devra fonder ses choix sur deux convictions :

- Le respect de la demande de son patient et la mise en application de ses compétences au service de son patient pour guérir.
- La certitude que son action n'est pas isolée du système général qui permet la mise au service d'un patient de l'ensemble des moyens techniques et humains nécessaires au diagnostic et à la thérapeutique.

**Nous devons tous ensemble donner à cette dimension de « régulateur de soins » sa connotation humaniste et déontologique, faute de quoi nous ne serons plus que des « techniciens de la médecine » respectueux des règles économiques et non plus des médecins respectueux et responsables de nos patients.**

### LE CONTENU DU METIER

Ce vaste sujet où le « savoir » doit se conjuguer harmonieusement avec « savoir faire » et « savoir être » fait de la médecine toujours en évolution plus que jamais un art.

Un art difficile parce que l'objet de sa passion est l'être humain malade avec toute sa richesse, sa diversité, sa complexité.

Il nous faut conserver et revenir autant que nécessaire aux qualités humaines qui furent longtemps les seules armes dont disposaient les médecins. Et d'autre part, il nous faut adapter après validation toutes les nouvelles promesses scientifiques.

C'est dans cette aptitude, cette habileté à être de grande qualité scientifique et humaine que notre métier démontre son caractère tout à fait singulier et son contenu irremplaçable.

« Le métier de médecin, entre utopie et désenchantement »  
Marco VANNOTTI, éditions Médecine et Hygiène Genève Suisse Juillet 2006

« Souffrance des soignants »  
Quotidien du Médecin N°7520 du Jeudi 15 Avril 2004

« La relation médecins-malades: information et mensonge »  
Sylvie FAINZANG, PUF

« Médecin, un métier entièrement à part »  
Philippe d'IRIBARNE, Panorama du médecin N° 5021 du 5 Juin 2006

« La relation médecin patient »  
TLM N°57 Oct Nov Déc 2004

« Attentes et perception de la qualité de la relation entre médecins et patients »  
Alain MOREAU, Revue du Praticien Médecine générale  
Tome 18 N°674-675 du 20 Décembre 2004

« Comment améliorer la relation médecin malade ? »  
Jacques AUGER et Jacques PUYCHAUD,  
La revue du Praticien Médecine générale Tome 18 N° 662-663 du 27 Septembre 2004

« La relation médecin-malade »  
A. Grimaldi et J. Cosserat- Ed. Elsevier; coll.: « EMC Référence »

« L'annonce de la maladie. Une parole qui engage »,  
Isabelle MOLEY-MASSOL Editions Datèbe

« Mourir dans la tendresse »,  
Christine JOMAIN, Paris Centurion 1984

### Remerciements

Dr Michel LEGMANN, Vice-Président de la Section Formation et Compétences Médicales  
du Conseil national de l'Ordre des médecins  
Mme Rachel Forstin,  
Responsable de la Section Formation et compétences médicales du CNOM