



POUR EN FINIR AVEC LA MALTRAITANCE MÉDICALE



théâtre
de la
parole

DOSSIER PÉDAGOGIQUE

Accompagnant le spectacle
« LE CHOEUR DES FEMMES »

D'après le roman de Martin Winckler

« Je souhaite que ma vie et mes décisions dépendent de moi et non de forces extérieures quelles qu'elles soient... Je désire être un sujet et non un objet ; être mû par des raisons et des mobiles conscients qui soient les miens et non par des causes pour ainsi dire extérieures... Par-dessus tout, je désire me concevoir comme un être pensant, voulant, agissant, assumant la responsabilité de ses choix et capable de les justifier en s'appuyant sur sa propre vision des choses. »

(Berlin, 1988 ; cité par Jaunait, 2003)

INTRODUCTION

« À votre âge, vous n'avez pas d'enfant, ce n'est pas normal. Vous devriez réfléchir parce qu'après peut-être vous ne pourrez plus avoir d'enfant. » [propos tenus par un médecin à Élodie qui vient pour un avortement] (Bienaimé, 2018).

« Docteur, pourriez-vous me dire quelle est la dimension du kyste ? » [question d'une dame qui doit subir l'ablation d'un kyste, au moment où le médecin pratique un toucher] « Foutez-moi la paix, laissez-moi travailler tranquille, je sais ce que j'ai à faire, je n'ai pas besoin de vous ! » [réponse du médecin qui l'examine] (Bienaimé, 2018).

« Combien avez-vous de partenaires différents ? » (gynécologue)
« Six. » (patiente) *Elle m'a regardée avec un air effaré et méprisant. Je me suis sentie comme une traînée. J'ai pensé que je faisais quelque chose de mal.* [Marianne, 30 ans, relate sa première consultation chez une gynécologue, à 17-18 ans, pour un problème médical] (Déchalotte & Teste, 2015).

« Ah ben vous c'est sûrement pour un curetage, hein. Après une fausse couche, de toutes façons, il y a souvent un curetage. Je vous préviens, ça fait mal. » (le médecin) Puis il commence l'échographie. « Ah ! Mais vous l'avez encore le bébé ! Ah ben oui, il y a le cœur qui bat ! Vous l'avez pas perdu. » ... « Ah, mais de toutes façons, vous allez le perdre, hein. Vu comme il est accroché là, c'est n'importe quoi... »... « Vous

allez pas pleurer en plus !? Par contre vu comme c'est le bordel là à l'intérieur, on va vous hospitaliser tout de suite parce que vous allez le perdre dans deux-trois jours et en plus vous risquez une hémorragie. » [après une grossesse difficile, la fille de cette dame est née] (Bienaimé, 2018).

« Le médecin est arrivé, il m'a pas dit bonjour, il s'est posé devant moi, il m'a écarté les jambes. Je lui dis tout de suite que je suis très sensible et qu'il va falloir qu'il fasse très attention. Mais que c'est OK, qu'il peut regarder, qu'il n'y a pas de problème avec ça. Il a appliqué une compresse d'une façon très violente, très brutale. J'ai crié de douleur. Il m'a dit "Non, mais là ça va pas le faire, il va falloir que vous vous laissiez faire." Il recommence. Je crie. "Puisque c'est comme ça, anesthésie générale et tout le monde au bloc." "Voilà ce qui arrive quand on accouche à domicile !" [Gaëlle, une femme qui a accouché chez elle et qui a dû se rendre à l'hôpital] (Bienaimé, 2018).

Ces témoignages ne sont pas des exceptions. Un parcours sur le web vous en fera découvrir de très nombreux autres, par exemple :

- [#PayeTonUtérus](#),
- [#BalanceTonAccouchement](#),
- <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>
- <https://www.franceculture.fr/sciences/il-me-fait-un-bisou-sur-un-sein-maltraitance-gynecologique-vos-temoignages>
- <http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20170920.OBS4907/violences-gynecologiques-ces-sept-histoires-vous-mettront-en-colere.html>
- <https://www.consoglobe.com/violences-gynecologiques-obstetricales-cg>
- ou encore le documentaire *Paye (pas) ton gynéco* de Nina Fauré.

Ils révèlent tous de la maltraitance gynécologique ou obstétrique, voire plus généralement de la maltraitance médicale, exercée par des soignants.

Il ne s'agit bien évidemment pas de sombrer dans l'amalgame idiot. Notre objectif n'est pas de démontrer que tous les professionnels de la santé sont maltraitants. Il est évident que nombreux ne le sont pas. Et ceux qui le sont ne sont pas tous gynécologues, ni médecins. Il s'agit de dénoncer une réalité peut-être encore insuffisamment connue de tous et toutes, de donner des indices permettant de la détecter et d'y faire face quand on la subit, d'identifier les facteurs qui peuvent en être la cause, et de rappeler les droits des utilisateurs des services de santé.

Ce dossier est construit en trois parties. La première est consacrée d'une part, à la maltraitance médicale, ses signes, ses causes et les manières d'y réagir lorsqu'elle se produit, et d'autre part à la définition et aux caractéristiques d'une relation de soin de qualité.

La seconde propose un approfondissement de certaines thématiques abordées dans la première partie comme par exemple le paternalisme, le mensonge, l'empathie. Enfin, la troisième partie fait un inventaire de quelques ressources documentaires pour aller plus loin dans certaines thématiques.

PREMIÈRE PARTIE

LA MALTRAITANCE MÉDICALE

1. Les signes

Afin de repérer le plus justement la maltraitance médicale, il convient de différencier un comportement maltraitant d'une personne maltraitante (Winckler, 2016). En effet, il peut arriver à tout soignant, comme à tout autre personne, d'être « dans un mauvais jour », et en conséquence de se comporter ce jour-là d'une manière maltraitante. Les soignants ne sont pas des robots, ce sont des êtres humains avec leurs imperfections, leurs soucis quotidiens. Quand il ne s'agit pas d'une personne maltraitante, les comportements décrits dans ce qui suit sont exceptionnels chez cette personne. D'ailleurs, si vous l'avez souvent consultée auparavant, vous noterez qu'il s'agit d'une manière d'être inhabituelle chez elle. En outre, si vous le lui faites remarquer, sa réaction sera de s'excuser. Par contre, on parle de personne maltraitante lorsque les comportements maltraitants forment sa manière habituelle d'être avec celles et ceux qui la consultent.

Martin Winckler (2016) décrit d'abord une forme « ordinaire » de maltraitance qui se manifeste dans des comportements très communs, c'est-à-dire qui se produisent très fréquemment dans le quotidien de soignants. Peut-être avez-vous eu l'occasion de voir :

- un soignant (médecin, infirmier.e, kinésithérapeute, stagiaire) entrer dans une chambre d'hôpital sans frapper (et donc sans attendre d'être invité-e à entrer), s'emparer directement du dossier, le consulter et donner des instructions à un autre soignant sans jamais regarder la personne concernée,
- un soignant répondre à des proches inquiets que tout est fait pour soigner au mieux la personne malade et que cela irait déjà mieux s'ils arrêtaient de lui poser des questions

et s'ils le laissent faire son travail, voire de répondre que c'est lui le spécialiste et qu'il sait mieux que quiconque ce qu'il a à faire,

- un soignant s'adresser à une personne hospitalisée de la manière suivante : « Il a bien tout mangé le petit monsieur ? » ou « Tu ne vas pas encore nous faire le coup d'avoir de la fièvre !? »,
- désigner le patient de la manière suivante : « C'est le trauma crânien arrivé hier. », plutôt que par son nom,
- un médecin être systématiquement en retard en consultation sans prévenir ni s'excuser,
- un médecin dire « Mais monsieur, si vous avez mal au dos, allez voir un kiné, ne me dérangez pas pour ça ! », c'est-à-dire donner l'impression à la personne qui consulte que la raison pour laquelle elle vient est futile, sans intérêt, indigne de son attention, de son statut.

Ces comportements se sont tellement répandus que plus personne, peut-être, ne s'en étonne. Les patients finissent par trouver cela normal, habituel. Pourtant, il s'agit de comportements maltraitants. À votre avis, que ressent une personne lorsqu'elle est nue dans sa chambre et qu'une autre personne entre sans prévenir ? Ou lorsqu'elle est à la toilette et qu'une personne ouvre la porte pour lui mettre un thermomètre sous le bras ? Que ressent-on lorsqu'on entend le médecin dire à ses proches qui demandent s'il n'y pas un autre traitement que c'est lui le spécialiste, qu'il sait ce qu'il a à faire et qu'ils n'ont pas à lui apprendre son métier ?

Nous présentons dans ce qui suit une liste de signes qui, s'ils sont répétitifs et non exceptionnels, doivent permettre d'identifier un soignant maltraitant (ces signes sont repris et adaptés de Winckler, 2016).

- reprocher au patient
 - . d'« être trop exigeant » (« Vous demandez l'impossible ! »),
 - . d'être « toujours insatisfait » (« Quoique je vous propose comme médicament, vous n'êtes jamais content ! »),
 - . d'être malade parce qu'il s'est « mal comporté » (« Évidemment, comment voulez-vous aller mieux en continuant à fumer ! ») et que donc tout est de sa faute,
 - . de rester malade parce qu'il « y met de la mauvaise volonté » (« Ce n'est quand même pas compliqué de prendre votre médicament tous les jours à la même heure. Vous le faites exprès ou quoi ? »),
 - . ou parce que « c'est dans sa tête » (« Une douleur comme ça, ça n'existe pas ! Si vous avez mal, c'est psychologique. »). Or, ce que ressent une personne n'est pas observable. C'est donc toujours subjectif. Mais le fait que cela soit subjectif ne veut pas dire que le patient l'imagine. Il n'imagine pas. Il dit avec ses mots ce qu'il ressent.
- manifester du mépris pour les croyances (« M'enfin Madame, vous dites des bêtises, il est impossible que vous ayez mal aux ovaires, les ovaires, ça ne fait pas mal. »), les sensations ou les sentiments du patient (« Il est absolument impossible d'avoir cette sensation à cet endroit. Ce que vous me racontez, c'est n'importe quoi. »)
- insulter (« Vous êtes complètement folle de... »), engueuler (« Vous êtes inconscient de... ») ou punir (« Puisque c'est comme ça, je ne... »)
- faire mal et trouver cela normal (« Comme vous êtes douillette ! »)
- imposer (« C'est comme ça et pas autrement. ») ; notez à ce titre qu'un médecin ne peut mentir, par exemple en vous disant que le traitement dont il vous parle est le seul possible parce qu'il ne veut pas en appliquer un autre – alors qu'il y en a d'autres
- juger (« Vous n'avez aucune volonté ! Vous devriez être capable de... » ; ou encore « Vous avez trente ans et toujours pas d'enfant ! Et bien ! » ; ou encore « Si vous étiez déjà un peu moins gros... »)

- faire du chantage, menacer (« Si vous ne faites pas ce que je vous dis, je ne réponds plus de rien ! Je ne vous soignerai plus ! »), insulter, crier
- refuser de vous écouter, de répondre à vos questions ou de trouver une solution
- vous faire mal et ne pas s'excuser, voire continuer comme s'il ne vous entendait pas
- vous imposer quelque chose (un examen, un traitement, une hospitalisation, le lieu d'une hospitalisation) que vous ne voulez pas, y-compris la présence d'une personne en formation au cours de la consultation (sachez que votre accord doit vous être demandé pour qu'un-e étudiant-e assiste à la consultation et aux examens qui seront pratiqués ; vous avez le droit de refuser)
- exiger de vous examiner
- insister pour vous faire vous déshabiller dès votre entrée dans le cabinet de consultation (alors qu'il ne sait pas encore pourquoi vous venez)
- faire un geste sans vous l'avoir expliqué avant et sans vous avoir demandé votre accord explicitement ; il y a donc une différence entre avoir informé sur le geste qui va être réalisé (par exemple, une palpation des seins) et avoir demandé l'accord à la personne pour que le geste puisse être réalisé : avoir été informé ne veut pas dire que l'on est d'accord !
- vous poser des questions intimes alors que cela n'a aucun rapport avec les raisons pour lesquelles vous le consultez
- vous faire des compliments séducteurs sur votre apparence ou votre tenue vestimentaire
- insister pour que vous vous décidiez rapidement alors qu'il n'y a aucune urgence
- mentir (sur l'efficacité d'un traitement ou sur la nécessité d'un examen)
- vous parler de sa vie privée, de ses problèmes personnels (cela ne vous regarde pas)
- révéler des informations sur une personne que vous connaissez (rupture du secret médical)

- invoquer la clause de conscience – c'est-à-dire refuser un traitement ou une intervention (par exemple une interruption volontaire de grossesse) pour des raisons de conviction personnelle - sans vous adresser à un confrère qui pourra répondre à votre demande
- refuser de vous informer sur les effets secondaires d'un médicament
- vous faire courir un risque
- vous faire sortir du cabinet sans vous laisser le temps de vous rhabiller

Sachez que lorsqu'il est maltraitant, le soignant commet un abus. Il est d'ailleurs assez facile de détecter cet abus. Pour cela, Winckler (2016) recommande de faire confiance à ce que vous ressentez lorsque vous êtes en présence d'un soignant maltraitant : vous vous sentez mal, physiquement et/ou moralement, et vous sentirez qu'au fond de vous, vous ne voulez plus avoir à faire à cette personne parce que vous craignez qu'elle ne se comporte à nouveau de la même manière.

Sachez que vous avez le droit :

- de ne pas vous déshabiller avant que le médecin ne vous ait écouté-e sur les motifs de la consultation ; vous avez le droit ne pas vous déshabiller si ce n'est pas nécessaire ou de ne vous dévêtir que de ce qui doit être ôté pour réaliser l'examen
- de demander qu'on vous explique à quoi l'examen que le médecin s'apprête à faire va servir, ce qu'il espère en apprendre et comment il va se dérouler ; sachez qu'un examen ne peut être pratiqué sans votre consentement
- de demander au médecin d'arrêter de vous examiner si vous avez mal
- d'avoir une explication détaillée de ce que le médecin a constaté à travers les examens auxquels il a procédé et de ce qu'il pense avoir diagnostiqué. Il se peut bien sûr que

le médecin n'arrive pas à un diagnostic après une première exploration. Dans ce cas, vous êtes en droit d'en être informé-e et de connaître ce que le médecin va entreprendre pour en savoir plus

- de demander une copie des examens réalisés et des résultats obtenus
- de poser toutes les questions que vous voulez jusqu'à ce que vous ayez bien compris les explications données par le médecin
- d'avoir un temps de réflexion et de discussion avec des proches avant de prendre une décision
- de demander un avis à un autre médecin

2. Si vous êtes victime de maltraitance médicale : réagissez !

Rappelons d'abord, comme nous l'avons indiqué précédemment, qu'il y a une différence entre un soignant maltraitant et un comportement maltraitant : tout est question de fréquence. Il s'agit donc de savoir si vous avez affaire à une personne maltraitante ou à un comportement maltraitant exceptionnel de la part de cette personne. Mais, direz-vous, lorsqu'on est confronté à un comportement maltraitant de la part d'un médecin que l'on rencontre pour la première fois, comment savoir s'il s'agit de sa manière habituelle de se comporter ou s'il s'agit d'une attitude exceptionnelle chez lui ? Winckler (2016) propose de recourir à un moyen assez simple : lui faire remarquer ce qui ne va pas dans sa manière de faire (« Excusez-moi, pourriez-vous me dire pourquoi vous refusez de me faire une ligature des trompes alors que je sais que vous l'avez fait chez d'autres de vos patientes ? ») et voir sa réaction. S'il n'est pas maltraitant, il s'excusera et dira peut-être ceci : « J'ai pensé que vous étiez un peu jeune pour cela. Mais, vous avez raison, et je vous prie de m'excuser pour ma réaction, c'est votre choix, je n'ai pas à interférer. » Par contre, un professionnel maltraitant vous prendra de haut et dira peut-être ceci : « Mais, mademoiselle, des petites

comme vous qui pensent savoir quoi faire de leur vie, j'en ai déjà vu des dizaines. On vous fait une ligature et 3 ans plus tard, vous venez pleurer. Vous êtes faites pour faire des enfants, alors faites votre boulot. »

Avant toute chose, lorsque vous vous rendez à une consultation médicale, ou lorsque vous êtes hospitalisé-e et que le médecin vous rend visite, ayez bien en tête que c'est le médecin qui a des obligations envers vous, pas l'inverse.

Si la situation devient tendue en raison de l'attitude du médecin (ou du soignant au sens large), essayez de garder votre calme et de ne pas vous mettre en colère.

Voici les recommandations de Martin Winckler (2016)¹ si vous êtes victime d'un médecin maltraitant (nous les repreneons textuellement) :

- . dénoncez ce qu'il a fait
- . si la maltraitance est grave, faites appel à la justice
- . rédigez (ou dictez à quelqu'un) le contenu de la consultation, ce qui s'est passé, en citant précisément les paroles du médecin ; donnez le plus de détails possible
- . écrivez une courte lettre au médecin en lui signalant les articles du code de déontologie qu'il a enfreints par son attitude et joignez une copie du récit de la consultation
- . si la maltraitance est très grave (propos racistes, par exemple), indiquez dans votre lettre que vous vous réservez le droit de faire appel à un avocat et de porter plainte
- . attendez quinze jours : soit le médecin vous répondra et vous présentera ses excuses (à vous de voir alors si vous lui donnez une seconde

¹ Nous adressons nos remerciements les plus chaleureux à Martin Winckler pour son aimable et généreuse autorisation à reproduire ici l'extrait de son livre *Les Brutes en blanc*.

chance), soit il ne vous répond pas ou il vous répond par un courrier aussi inacceptable que son comportement (ne retournez jamais le voir et allez déposer plainte)

- . le cas échéant, envoyez une copie de la lettre et du récit au directeur de l'hôpital dans lequel le médecin travaille, au conseil de l'ordre... ; en recommandé avec accusé de réception

Si vous avez été victime d'une maltraitance physique ou d'une faute professionnelle (geste imposé sans consentement, refus de soin, viol de la confidentialité, attitude de discrimination, par exemple) :

- . rédigez le récit de ce qui s'est passé
- . déposez plainte
- . demandez conseil à un avocat
- . inutile d'écrire au médecin

Sachez qu'aujourd'hui, beaucoup de femmes refusent de se soumettre aux examens arbitraires et aux affirmations mensongères de certains médecins. La relation entre médecin et patients est en train de changer et elle va continuer d'évoluer. Le temps n'est plus où l'immense majorité des patients acceptaient sans broncher qu'on les traite comme des objets. Et cela, c'est grâce aux citoyens et aux citoyennes ! Car il est possible d'œuvrer autour de soi pour améliorer le sort des patients et la manière dont ils se feront soigner. (Winckler, 2016)

LES CAUSES DE LA MALTRAITANCE

1. La logique économique

Établir une relation et être à l'écoute supposent de disposer de temps : le temps d'accueillir l'autre, le temps de faire connaissance (l'un avec l'autre), le temps d'installer une confiance. Dans le temps de cette relation, il doit donc y avoir place pour que chacun se présente, pour que la personne qui consulte informe de sa situation, des raisons pour lesquelles elle consulte, le temps de l'examen médical, celui de l'annonce du diagnostic, celui des examens à effectuer, celui de l'explication du traitement, le temps nécessaire à déterminer si la personne qui consulte comprend les informations qui lui sont données et le temps d'apporter les précisions nécessaires en cas de compréhension partielle ou erronée, et le temps de l'expression du vécu de la personne qui consulte par rapport aux informations données (Funk-Brentano, 2009).

Or, accorder du temps est devenu un défi quasi constant dans les conditions de travail actuelles des soignants où le temps est soumis aux impératifs de logiques économiques et financières : nécessité de travailler rapidement afin de réduire les dépenses et d'augmenter les gains (Funk-Brentano, 2009). Dans certaines situations, ces logiques s'opposent en outre au temps nécessaire aux personnes qui consultent pour intégrer les informations qui leur sont transmises, particulièrement lorsque celles-ci ont une valeur émotionnelle intense (annonce d'une maladie grave, incurable, par exemple), et pour prendre une décision une fois les émotions plus contrôlées.

Le temps de la relation, malmené par les exigences de rentabilité, se voit donc de plus en plus réduit, entraînant un effacement progressif de la dimension humaine de cette relation. D'ailleurs, comme l'indique Chaniel (2010), « L'acte de soin perd (...) sa valeur intrinsèque, sa valeur qualitative, relationnelle, (...) au profit de sa dimension strictement instrumentale. » Dans une approche de la relation de soin uniquement guidée par la

rentabilité « ce sont désormais exclusivement les fins – les fins effectivement réalisées, objectivement mesurées – qui (pré) jugent de la qualité des moyens déployés, donc de la qualité même de l’agent. » C’est-à-dire que la tarification à l’extrême des actes de soin conduit à une exclusion de ce qui ne peut être monnayé et donc de ce qui est gratuit : la dimension relationnelle. Alors qu’il est possible d’établir un tarif pour un acte spécifique (par exemple poser un plâtre), ce n’est pas possible pour la parole (c’est-à-dire l’humanité, finalement). Dans une logique de rentabilité, les actes tarifables doivent donc être les plus présents et la parole doit être réduite à sa plus simple expression.

C’est le même constat que font Révah-Lévy et Verneuil (2016) concernant l’écoute : elle a quasi disparu des cabinets de consultation car elle n’est pas considérée comme ayant une valeur économique, elle n’est pas un acte facturable. Moins de temps pour l’écoute entraîne plus de patients sur une même période, ce qui entraîne plus de prestations monnayables. En conséquence, d’une part, la qualité d’écoute du médecin n’est plus un critère de compétence, et d’autre part, l’écoute se voit confiée à d’autres professionnels de la santé – des « préposés à l’écoute » – qui ont pour mission de suppléer au manque d’écoute des médecins. Révah-Lévy et Verneuil (2016) pointent la manière dont le politique gère les soins de santé comme cause de cette situation, qui impacte l’organisation du travail dans les hôpitaux, et, en définitive, la relation entre le médecin et le patient.

Dans son analyse, Chaniel (2010) propose de rompre avec cette dérive comptable de la relation de soin en la ramenant à ce qu’elle est par essence, à savoir une relation de don, « le don de soin étant d’abord un don de temps. », spécifique pour chaque situation et personne rencontrées. Il va même plus loin en indiquant que « le propre du soignant est de donner sans y être formellement tenu. (...) Est intrinsèque au don de soin une dimension de générosité, qui va au-delà du donnant-donnant – rien sans rien – de la relation salariale ou marchande (...). » C’est aussi le point de vue défendu par Dominique Bourgeon (2007) qui affirme que le don est un enjeu majeur puisque « une société qui chasse le don crée une

situation d’anomie et la crise atteint son paroxysme lorsque le phénomène de régulation sociale qu’est la médecine quitte à son tour le registre du don. »

2. Une réaction en chaîne aux enracinements historiques

Selon Winckler (2016), en France (mais peut-être aussi ailleurs), la maltraitance des médecins trouve son origine dans la manière avec laquelle ils ont été formés : leurs comportements sont le résultat d’un apprentissage au cours de leurs études. Et s’il en est ainsi, c’est pour des raisons historiques. Il explique que d’une part, dans la compréhension des maladies, les explications scientifiques ont progressivement remplacé les explications « surnaturelles », et que, d’autre part, le catholicisme a pris le contrôle de la médecine conduisant à un frein au développement des connaissances médicales (et au contraire à leur expansion dans les autres pays non soumis à l’influence de l’Église Catholique, comme par exemple l’Angleterre où les scientifiques et les médecins pouvaient échanger librement leurs idées et aborder l’analyse des faits de manière critique). Cette mainmise de l’Église a eu deux autres conséquences. La première est d’avoir contrôlé le contenu des textes médicaux copiés par des moines. La seconde est que, en France, jusqu’à la Renaissance, les médecins étaient presque tous des ecclésiastiques, donc des hommes.

Le corollaire de tout cela est que, en France, « la parole du maître est sacrée et la vérité découle de son autorité et non de preuves expérimentales (...). En Angleterre, la parole du maître véhicule l’état des connaissances à un moment donné, et les étudiants sont encouragés à poser leurs propres questions, à chercher les réponses à travers leurs propres expériences. Le savoir n’est pas fixé une fois pour toutes, il progresse par l’examen, la critique, la remise en cause, les intuitions nouvelles. » (Winckler, 2016). Et donc, en France les titres, plutôt que les actes, faisant la valeur d’un médecin, le système se trouve hautement hiérarchisé, autoritaire, élitiste. Winckler (2016) dénonce dans le système médical français une logique de caste.

Tout cela rend compte, selon Winckler (2016) que, à notre époque encore, la culture dominante des hôpitaux universitaires français repose sur l'humiliation des étudiant-e-s (en leur demandant d'effectuer des tâches absurdes ou inutiles), la culpabilisation, le terrorisme (on terrorise les étudiant-e-s en leur faisant croire qu'il y aura des conséquences très graves à leurs manquements, même les plus ridicules, pour la santé des patients) et le mépris (Winckler (2016) rapporte les propos d'une étudiante : « À Paris, on t'engueule de ne pas savoir ce qu'on est censé t'enseigner. »...). Pour une étude détaillée sur les maltraitances dont sont victimes les étudiants en médecine en France, nous renvoyons à Aulsender (2017).

Comment dès lors apprendre à soigner lorsqu'on est soi-même maltraité ? Comment apprendre à être respectueux quand on n'est pas respecté ? Comment sortir de ce jeu de dominos où le chef de service (le « patron ») ordonne aux agrégés qui imposent aux chefs de clinique qui imposent aux internes qui imposent aux étudiant-e-s qui... imposent aux patient-e-s ?

POUR UNE RELATION DE SOIN DE QUALITE

1. La relation n'est pas une simple interaction

Martin Winckler (2016) définit la relation de soin comme « le lien qui se construit entre un soignant et un soigné. » Il y a donc deux éléments importants dans cette définition. D'une part, parler de lien indique qu'il ne s'agit pas d'une simple interaction. D'autre part, la notion de construction indique que la relation n'est pas d'emblée présente et qu'elle se tisse au fil du temps.

Il y a effectivement une différence entre relation et interaction. Hartup (1988, cité par

Formarier, 2007) définit l'interaction comme une rencontre significative ponctuelle entre des individus. Par exemple, lorsque vous vous adressez à une personne assise derrière un guichet en vue d'acheter un billet de train ou de cinéma, il s'agit d'une interaction. Vous vous rencontrez. Cette rencontre a un sens : l'achat du billet. La rencontre est ponctuelle : il n'y a plus rien après entre vous et la personne qui vous a vendu le billet. Par contre, la relation suppose une répétition des interactions (mais pas une reproduction à l'identique), une durée, des attentes, des affects et des représentations spécifiques (je ne me représente plus la personne qui interagit avec moi comme un modèle-type - dans l'exemple précédent, le modèle type des interactions avec une personne derrière un guichet - mais j'ai une représentation de la singularité de cette personne et elle aussi me voit dans ma singularité). Dans la relation, les interactions ont des dimensions affectives.

2. Briser les asymétries de la relation soignant-soigné

Selon Formarier (2007), cette différence entre interaction et relation permet de comprendre le décalage qui existe parfois entre les patients qui ont des attentes relationnelles (en fonction de leur histoire, de leur culture) et les soignants qui ne dépassent pas le stade des interactions (et agissent sur base de représentations parfois stéréotypées, de schémas pré-codés ne tenant pas compte de la singularité de la personne qu'ils/elles soignent). Ceci constitue une première asymétrie dans la relation entre soignant et soigné. D'une part, les soignants sont des personnes initiées dans l'environnement professionnel dans lequel elles/ils évoluent (elles/ils sont sur leur territoire). D'autre part, les personnes qui viennent sont non initiées en ce sens qu'elles arrivent dans un environnement qui a ses règles propres, son fonctionnement propre, son mode de communication propre. Bref, dans cet environnement, il y a les familiers (les professionnels qui y travaillent) et les étrangers (ceux qui sont des utilisateurs de cet environnement).

À cette première asymétrie s'en ajoute trois autres (Winckler, 2016). La première est que le soigné a besoin du soignant mais le soignant n'a pas besoin du soigné. Bien sûr, il ne s'agit pas de dire que le soignant ne retire rien de la relation. Il nourrit ses aspirations, le fait de soigner le rend heureux, il en retire un salaire. La seconde est que le soignant détient une connaissance que le soigné n'a pas. Il ne s'agit toutefois pas de dire que le soignant sait tout et que le soigné ne sait rien sur la situation qui l'amène à consulter le soignant, loin de là. Par exemple, au début de l'histoire du SIDA, les patient-e-s atteint-e-s en savaient plus que les médecins qui ne connaissaient pas cette nouvelle maladie. La troisième est qu'il se peut que le soignant soit marqué d'une aura en fonction de sa réputation, des attentes que la personne qui le/la consulte a, de ses aptitudes, ses diplômes, le fait qu'il ait des responsabilités, qu'il soit médiatisé.

On comprend immédiatement que la construction du lien dans la relation de soin passe par la réduction de ces asymétries en permettant au soigné d'être dans une relation égalitaire avec le soignant (Formarier, 2007). Lorsque les interactions entre le soignant et le soigné visent à informer ou à éduquer, le soigné a l'impression d'être un objet de soin (et non sujet des soins qui le concernent). En outre, les interactions de ce type donnent souvent l'impression d'une recherche d'influence de la part du soignant, qu'elle soit consciente ou non. Alors, le soigné a l'impression que le soignant essaye de le convaincre, de l'amener à faire tel choix plutôt que tel autre, voire, dans certains cas, de le commander ou le menacer. Ce qui est dit, et la manière dont cela est dit, résonne chez le soigné au niveau émotionnel et induit des réactions dépendantes de ces émotions. Lorsque cette réaction est une réaction de soumission, alors l'asymétrie n'est pas réduite mais au contraire est renforcée (Formarier, 2007). Pourtant, partager le savoir est une manière de réduire l'asymétrie (Winckler, 2016). La question ici est donc de bien différencier l'information qui est donnée à des fins de partage et celle qui est donnée à des fins d'influence. La différence réside dans l'intention du soignant. S'il s'agit pour lui de transmettre ses connaissances

au soigné afin qu'il en dispose et puisse prendre des décisions en connaissance de cause, le soigné sentira que ce partage n'est pas une manière d'exercer un pouvoir. Pour cela, il faut que le soigné puisse poser ses questions, exprimer ce qu'il ressent, faire part de ses objections voire de son refus. Dans le cas contraire, il sentira que les informations sont données dans le seul but de l'amener là où le soignant a décidé qu'il doit aller. C'est-à-dire qu'« il va se sentir négligé, nié, voire abandonné par le soignant » (Winckler, 2016).

Il y a une conception de la consultation comme étant une collaboration entre le médecin et le patient (Vannotti, 2002). Dans ce partenariat, chacun a un rôle spécifique. Le médecin a la responsabilité des aspects techniques de sa pratique et de gérer les aspects relationnels, en ce compris l'empathie.

3. Les caractéristiques d'une relation de soin de qualité

Winckler (2016) définit plusieurs caractéristiques d'une relation de soin de qualité² :

- . le consentement du patient est indispensable
- . le patient doit formuler une demande personnelle (celle d'un proche ne suffit pas) Une nuance s'impose ici. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, la demande peut venir d'un parent. La demande peut prendre 3 formes possibles :
 - « Que m'arrive-t-il ? »
 - « Pouvez-vous faire quelque chose pour moi ? »
 - « Que vais-je faire ? »

² Nous adressons nos remerciements les plus chaleureux à Martin Winckler pour son aimable et généreuse autorisation à reproduire ici l'extrait de son livre *Les Brutes en blanc*.

- . il y a un contrat de service : le soignant délivre les soins, le patient (ou la collectivité) le rétribue ; la loi encadre ce contrat
- il y a un contrat moral : le patient accorde toute sa confiance au médecin, le médecin doit être loyal envers lui : il ne peut tromper ou manipuler le patient, faire pression sur lui ou se servir de lui pour servir des intérêts autres que ceux du patient. Pour cela, il doit respecter des règles de conduite (fixées par la bioéthique) :
 - en premier lieu, il faut obtenir un consentement éclairé du patient
 - la bienfaisance : le médecin doit agir dans l'intérêt du patient, il a l'obligation de lui faire du bien
 - la non-malfaisance : le médecin ne peut administrer un traitement dangereux ou dont les effets ne sont pas suffisamment connus
 - le respect de l'autonomie du patient : respecter les décisions prises par le patient : le médecin ne peut agir sans le consentement explicite du patient et ce consentement doit être vérifié sans cesse, car le patient peut s'opposer à tout geste, à tout moment
 - la confidentialité (le secret médical) : en outre, un médecin ne peut en aucun cas cacher à un patient une information qui le concerne (sauf si le patient a explicitement dit ne pas vouloir savoir)
 - la justice : les soins doivent être répartis équitablement entre tous les patients qui en ont besoin

4. Privilégier l'écoute

Nous avons présenté qu'une des causes de la maltraitance est la pression temporelle exercée sur les patients et l'exigence économique et comptable de consacrer le temps à des actes rentables, facturables. Une des conséquences que nous avons évoquées

est la disparition de l'écoute de la consultation médicale et sa relégation à d'autres professionnels.

Or, des études montrent que le temps pris par les patients en début de consultation ne dépasse pas deux minutes chez 70% d'entre eux avant qu'ils ne laissent la parole au médecin, et que seuls 11% parlent entre 5 et 7 minutes (Blau, 1989). Pourtant, d'autres études montrent qu'une fois que le patient a commencé à exposer les raisons pour lesquelles il consulte, il sera interrompu dans son récit en moyenne 22 secondes après l'avoir commencé (Langewitz et al 2002). Cela montre 1) que, en moyenne, les patient-e-s sont interrompus bien avant la durée moyenne de leur premier temps de parole spontané et 2) que la durée de ce dernier est en moyenne courte et donc peu consommatrice de temps.

Selon Révah- Lévy et Verneuil (2016), une cause de la disparition de l'écoute se trouve dans le fait qu'il y a de plus en plus de médecins qui se préoccupent davantage de l'organe pour lequel ils sont spécialisés que de la personne elle-même. Le « saucissonnage » du corps dû à l'hyperspécialisation conduirait à ne plus percevoir la personne dans sa globalité, c'est-à-dire « comme un être humain, un corps entier qui ressent et qui, surtout, parle de ce qu'il vit. » (Révah- Lévy et Verneuil, 2016). Les auteurs avancent l'hypothèse que ce refuge des médecins dans l'organique résulte peut-être d'une peur de se retrouver face à l'émotionnel (tant les émotions du patient que les émotions ressenties par les médecins eux-mêmes).

Pourtant, les patients accordent de la valeur à l'écoute et la demandent. Et c'est compréhensible, disent Révah- Lévy et Verneuil (2016) car l'écoute est « l'unité fondamentale de la relation patient-médecin, le rouage initial, à la base de tout. » Elles rapportent les résultats d'une étude britannique qui montre que plus le temps de consultation est long et moins il y a de prescriptions, et plus il y a de conseils d'hygiène de vie et une meilleure observance des traitements. Par contre, lorsque les consultations durent moins de quinze minutes, il y a plus de prescriptions et moins de conseils de prévention. À noter aussi que le temps de consultation ne fait pas tout : une consultation courte au cours de laquelle le patient a été

écouté est plus satisfaisante pour lui qu'une consultation longue où il n'a pas été écouté. Nous renvoyons au livre de Révah- Lévy et Verneuil (2016) pour des pistes concrètes à suivre pour installer une véritable écoute entre la personne soignante et la personne soignée.

POUR EN FINIR...

En guise de mot de la fin, nous vous soumettons la citation de Révah- Lévy & Verneuil (2016) :

« Ce sont les médecins et les patient-e-s qui peuvent décider de protéger la relation, de lui rendre sa place, sa dignité. Il faut donc que chacun se sente légitimé à faire bouger les choses pour que la société et les décideurs politiques, économiques, se soumettent à leur tour à cette nécessité.

Le système médical étant ce que les protagonistes en font, il revient à chacun-e d'arrêter de se laisser faire. »

DEUXIÈME PARTIE

FOCUS SUR LA CONFIANCE

Il est habituel d'entendre les patients et les soignants parler de la nécessité d'une confiance entre eux. D'ailleurs, la confiance est un des facteurs qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé (Hennessy et Gilligan, 1994 ; cités par Lourenço et al, 2012). Lourenço et al (2012) soulignent que la confiance est « incontournable pour la construction d'une relation thérapeutique ; elle se développe dans l'interaction dynamique et repose sur les qualités expressives de chacun des partenaires de la relation. » Par l'équilibre qu'elle crée entre les partenaires, elle contribue aussi à briser l'asymétrie.

Selon Winckler (2016), la plupart des patients font confiance aux médecins. Toutefois, cette confiance ne va pas de soi et donc elle s'installe progressivement, selon la qualité de la relation que le médecin construit avec le patient, selon la qualité des actes qu'il pose. La confiance n'est pas donnée d'emblée et elle n'est pas un « dû » que le médecin est en droit d'attendre. Et c'est normal car « la confiance est d'abord un risque que le patient prend en s'adressant à un étranger. » (Winckler, 2016). Il est donc normal (et souhaitable) que le patient se méfie d'abord avant de se confier (Lourenço et al 2012). En effet, le risque d'accorder dès le premier instant de la rencontre une confiance aveugle, c'est d'être déçu face à des attentes non rencontrées. En théorie, chacun d'ailleurs peut décider de ne plus consulter un médecin dont il n'est pas satisfait. En pratique, cette décision n'est pas toujours réalisable car d'autres considérations viennent interférer, comme le souligne Winckler (2016) : la peur de la maladie, l'« aura du médecin », sa réputation, l'ascendant qu'il a sur le patient ; la durée de la relation ; les pressions de l'entourage ; l'impossibilité de consulter un autre praticien. On le voit donc, la confiance entre un médecin et un patient s'inscrit dans un rapport entre des personnes inégales, qui ont des rôles très différents.

Mais qu'est-ce que la confiance ?

Jaunait (2003) propose de définir la confiance comme ce qui amène une personne A (celle qui donne sa confiance) à s'en remettre à une personne B (celle qui reçoit la confiance) afin d'obtenir C. Ce type de relation implique de prendre un risque. A prend un risque vis-à-vis de B pour obtenir C. De manière générale, C peut être défini avec une grande précision ou non. Par exemple, C peut être un pain que l'on demande à son enfant d'aller chercher chez le boulanger en lui donnant de l'argent pour l'achat et en lui demandant de rendre la monnaie. Ici, C est défini avec précision. En « confiant » leurs enfants à une école, les parents attendent que les professeurs les forment correctement. Ici « former correctement » est plus flou et aura des interprétations probablement variables d'une personne à une autre.

Dans la relation de soin, souvent, le patient ne peut décrire avec précision ce qu'il attend du médecin, au-delà du fait d'aller (ou de se sentir) mieux, d'avoir une bonne (meilleure) santé. Dans ce type de relation, C est flou et donc s'en remettre au médecin demande une grande confiance. En outre, la subjectivité du patient est aussi à prendre en compte dans la définition de C dans ce contexte particulier. Jaunait (2003) nous invite à nous pencher sur les questions soulevées par une maladie dont la guérison demanderait une amputation. Telle personne souhaitera être amputée et donc vivre avec un handicap mais vivre plus longtemps. Telle autre souhaitera peut-être pouvoir encore profiter pleinement du temps qu'il lui reste à vivre et donc ne souhaitera pas être amputée. Dans ce type de situation, comment définir C : être guéri ou mener la vie que l'on veut pouvoir mener ? Et faire confiance à un médecin, est-ce alors le laisser décider à la place du patient ou lui demander d'informer objectivement ce dernier des conséquences et des risques des différentes options possibles ?

Dans le domaine médical, il convient donc de différencier la confiance sur la définition de C et sur les moyens d'atteindre C une fois qu'il est défini. Toutefois, il peut survenir qu'un patient souhaite s'en remettre totalement à un médecin pour décider à sa place du

traitement le plus approprié, par exemple parce qu'il ne parvient pas à décider pour lui-même. Il y a là deux cas de figure possibles (Jaunait, 2003). Si cette confiance est accordée parce que le patient a peur ou parce qu'il est manipulé ou exploité par le médecin, alors la relation n'est pas morale. En revanche, si ce sont la bienveillance connue du médecin, son professionnalisme, son engagement moral, son attention portée à l'autre, son respect de l'autre, alors le patient accorde sa confiance avec la certitude que le médecin fera tout pour le prendre en compte dans la décision qu'il prendra.

FOCUS SUR L'EMPATHIE

« Au fur et à mesure de leurs études, les étudiants en médecine développent une sorte d'insensibilité : tout se passe comme si on attendait d'eux qu'ils ne s'engagent pas, qu'ils restent émotionnellement distants... Ce qui est impossible.

Certains font alors le maximum pour éviter les questions trop intrusives, ou pour les poser avec la plus grande délicatesse. D'autres, les assènent en rafale, mécaniquement, comme si de rien n'était, ce qui leur permet de ne pas s'exposer émotionnellement et leur donne l'illusion d'avoir un comportement « professionnel ». Ils se défendent, se protègent. Réagir, c'est montrer qu'on est touché. C'est un signe de faiblesse. Or les médecins doivent être forts, ce sont les patients qui sont faibles. Ne pas réagir, c'est montrer qu'on est fort. » (Winckler, 2016)

L'empathie est la capacité à se mettre à la place de l'autre et à percevoir ses affects, à partager ses représentations ou à partager ses actions et réactions. Il y a donc deux aspects de l'empathie : un aspect cognitif et un aspect émotionnel. L'empathie cognitive consiste à

reconnaître ce que ressent l'autre dans la situation qu'il relate. Par exemple, une personne parle du décès d'un proche avec tristesse et son interlocuteur identifie qu'elle est triste. L'empathie émotionnelle se caractérise par le fait que l'interlocuteur non seulement identifie l'état émotionnel de l'autre mais le ressent aussi. Dans l'exemple présenté, l'interlocuteur ressent la tristesse de l'autre et a certaines manifestations physiques de cette tristesse (Vannotti, 2002). Évidemment, le médecin ne peut souffrir constamment avec chacun de ses patients. Mais, il doit tenir compte de la souffrance qu'exprime le patient, de ses émotions et de sa demande d'aide (qui peut être formulée explicitement ou implicitement). Attention toutefois à « psychologiser », c'est-à-dire à interpréter les dires ou comportements du patient selon le sens commun. Souvent ces interprétations générales ne sont pas bien acceptées par les patients qui peuvent les ressentir comme des intrusions dans la sphère privée. Par exemple, dans l'exemple précité, dire « Ne vous inquiétez pas, ça va passer » n'aide en rien celui qui exprime ses sentiments, ou « Vous étiez peut-être un peu trop fusionnel avec cette personne » est une interprétation « sauvage » qui va mettre la personne à distance voire la culpabiliser (« C'est de ma faute si je suis si triste, c'est parce que nous étions trop proches »).

L'empathie dans la pratique médicale implique que le médecin travaille sur les émotions et donc accepte d'abord leurs manifestations. Or, il se peut que le médecin, comme tout autre humain d'ailleurs, redoute la manifestation des émotions (d'autant qu'elles sont souvent imprévisibles et non maîtrisées - elles surgissent à l'insu du médecin et du patient) par crainte d'être submergé et de ne pas savoir comment faire ou quoi dire. Effectivement, face à une émotion, le premier élan de l'être humain est d'y réagir (parfois pour l'arrêter ou parfois pour faciliter son expression). La réaction première est souvent non délibérée, en résonance immédiate avec l'émotion de l'autre et peut ne pas être adaptée. Par exemple, face à la colère d'une personne qui ne voit pas de changement suite à la prise d'un traitement, le médecin peut se sentir personnellement mis en cause, attaqué, et réagir par la

défensive. Mais, il peut aussi essayer de comprendre cette colère en modulant son écoute, sa façon de répondre, d'intervenir, pour arriver à rencontrer l'autre dans ce qu'il ressent. D'autres se défendent contre les émotions du patient en ignorant l'impact émotionnel qu'elles ont sur eux (au point parfois qu'ils ont la conviction de rester indifférents à l'autre et à soi). Ceux-là donnent alors souvent le sentiment d'être cyniques, sans état d'âme, seulement préoccupés de leur efficacité médicale. Nous renvoyons le lecteur à Vannotti (2002) pour une présentation exhaustive des différentes formes de réaction aux émotions (évitement, occultation, crainte de déferlement).

Vannotti (2002) propose un processus en différentes étapes pour améliorer la relation empathique :

1. Reconnaître les moments d'émotion :

Le médecin identifie une manifestation d'une émotion chez le patient. Ce n'est pas toujours simple car l'expression des émotions varie selon les cultures, les classes sociales, l'éducation, l'histoire individuelle. Cette identification repose sur l'observation de changements corporels, non verbaux. Il est en effet rare que le patient verbalise son émotion (« Là, vous voyez, je suis en colère »). Le médecin doit donc être attentif aux mimiques, à la posture, au regard, au ton de la voix... C'est là qu'il peut se rendre compte qu'il y a quelque chose qui se passe (mais il ne peut souvent pas savoir ce qu'il se passe).

2. Demander au patient ce qui se passe :

Le médecin invite le patient à s'exprimer sur ce qu'il se passe (« Que vous arrive-t-il ? ») et ainsi le patient se sent encouragé au partage. D'ailleurs, lorsqu'il éprouve une émotion forte, le patient sent que quelque chose se passe. En l'invitant à parler de ce qui se passe, le

médecin l'aide à clarifier ce qu'il ressent et à le libérer de ce qui le ronge. En ne le faisant pas, il laisse le patient dans un état d'isolement qui accentue sa confusion et crée un sentiment d'abandon.

3. Nommer l'émotion :

Il appartient au patient d'essayer de nommer l'émotion qu'il ressent. Etant donné la grande variabilité dans l'expression d'une émotion et le fait que certaines manifestations (par exemple les pleurs) peuvent refléter des émotions différentes (la tristesse ou la joie), et que certaines émotions (par exemple la colère) en masquent d'autres (par exemple la tristesse), le médecin se gardera bien de faire des interprétations sauvages. Plutôt, le médecin invite le patient à nommer l'émotion (« Voulez-vous me dire ce que vous ressentez ? ») et si le patient n'y parvient pas, le médecin peut lui faire une proposition (« Est-ce que vous vous sentez inquiet ? »), c'est-à-dire formuler une hypothèse que le patient pourra confirmer ou infirmer. Attention, si le patient exprime qu'il ne souhaite pas parler de ses émotions, alors le médecin doit respecter cela (principe de non intrusion forcée dans la sphère privée de la personne).

4. La légitimer :

Le médecin reconnaît que dans le contexte en question (incluant l'histoire du patient, les événements qu'il a traversés), la réaction émotionnelle du patient est normale (par exemple en disant « Dans les circonstances que vous me décrivez et vu ce qui vous est arrivé, je comprends très bien que vous soyez découragé. »). Cette reconnaissance du bien-fondé de la réaction du patient est la base du processus empathique. Il s'agit donc que ce type d'intervention ne soit pas formel mais corresponde sincèrement à ce que le médecin ressent.

Nowak (2016) donne des indications concrètes sur la manière de

réaliser ces 4 premières étapes. La reformulation est une technique utile afin de découvrir l'émotion sous-jacente à la parole, aux attitudes. Elle permet aussi de montrer à l'autre qu'on est en lien avec ce qu'il dit et que l'on s'assure de notre compréhension correcte de ce qu'il veut transmettre. La reformulation peut se faire soit en reprenant exactement les mots de l'interlocuteur. Si l'intention de celui qui reformule est claire dans sa pensée (comprendre sans ambiguïté ce qui est dit), alors cela ne sera pas pris pour une simple répétition mais bien pour une répétition visant à s'assurer d'une compréhension correcte. La reformulation peut aussi se faire en utilisant les mots propres à celui qui reformule (il essaye alors de dire d'une autre manière, à nouveau pour vérifier sa correcte interprétation du message qui lui est transmis). Concrètement, les reformulations commencent par « Si, j'ai bien compris... » ou se terminent par « C'est bien ça ? », par exemple.

Attention toutefois à ce que l'échange ne tourne pas à l'interrogatoire forcené où il s'agit de mettre à jour à tout prix les émotions ressenties par l'autre. La préservation de l'intimité de l'autre doit être respectée. Lorsque l'autre verbalise ses émotions, il convient de s'abstenir de le raisonner ou d'essayer de le convaincre de quoi que ce soit, poursuit Nowak (2016). Des phrases du type « Il n'y a pas de raison d'être triste pour si peu... » ou « À mon avis, ce n'est pas de la colère que vous ressentez, c'est de la peur. » nient l'émotion ressentie ou la manière dont la personne l'identifie. Le vécu émotionnel d'une personne n'est pas discutable même si on n'est pas d'accord. Par exemple, on pourrait estimer qu'une personne n'a pas raison de se mettre en colère pour tel motif. Nous n'avons pas à en juger car son émotion est vraie puisque c'est ce qu'elle ressent et que nous essayons de mettre à

jour. Pour la personne, l'émotion qu'elle ressent a toujours de bonnes raisons d'apparaître. Ce sont ces raisons, qui lui sont propres, qu'il s'agira alors d'identifier.

5. Respecter les efforts du patient pour faire face :

Bon nombre de patients disposent de ressources qui leur ont déjà permis de faire face à des situations difficiles. S'intéresser à ce que la personne a déjà pu faire et reconnaître la valeur de ces actions entreprises permet de mettre en lumière ces ressources, d'activer l'expertise qu'il a acquise. C'est plus intéressant pour le patient que de se lancer immédiatement dans l'offre d'une aide (cela demande de la part du médecin une certaine humilité à reconnaître qu'il ne peut pas à lui seul résoudre les problèmes auxquels son patient est confronté).

6. Offrir au patient aide et soutien pour le futur :

Mais bien sûr, encourager le patient à utiliser ses propres ressources n'implique pas de le laisser livré à lui-même et de se désintéresser de sa situation. Par exemple, comme preuve de la continuité de son engagement, le médecin peut proposer au patient de le revoir pour évaluer avec lui comment il s'en sort, s'il a pu recourir aux ressources dont il dispose et comment sa situation a évolué.

Révah-Lévy et Verneuil (2016) soulignent l'importance de la formation à la relation de soin et en particulier à l'empathie. Les médecins n'étant pas (ou pas assez) formés à la relation, ils « la découvrent et encaissent », écrivent-elles. Il est normal, face à la souffrance, de vouloir la fuir et l'éviter. Mais, afin d'être dans une relation professionnelle et pouvoir faire face au vécu de la personne malade, il s'agit de se former. Et elles ajoutent qu'« on ne naît pas empathique, on le devient. Et on construit une relation empathique. Pour être empathique, il faut pouvoir écouter, ne pas avoir trop peur de ce qui va surgir, comme les

angoisses de mort, la diminution du corps, la perte des repères, le chamboulement des relations familiales et professionnelles. »

Notons qu'il n'y a pas unanimité sur la nécessité que le médecin soit empathique. Certains soignants défendent l'efficacité, l'impassibilité, la vision rationnelle du patient et de sa maladie, afin de prendre les décisions les plus réfléchies et les plus efficaces. Selon les tenants de cette approche, l'empathie empêche les médecins de prendre les décisions qui s'imposent, justement parce qu'ils sont trop émotionnellement impliqués. Toutefois, les patients, eux, sont en majorité à souhaiter une relation humaine avec le médecin, à savoir que ce dernier puisse ressentir leurs souffrances, écouter leurs plaintes, être patient face aux doutes et aux hésitations, qu'il les informe, les prenne au sérieux, les respecte tels qu'ils sont...

FOCUS SUR LE MENSONGE

Faut-il dire toute la vérité aux patient-e-s ? Certains considèrent que la vérité est un impératif auquel il faut se soumettre. Pour d'autres, si informer conduit à provoquer de la souffrance, alors cette information ne doit pas être transmise afin de ne pas être malveillant (Lemoine et al, 2017).

Winckler (2016) relate que, en Angleterre, dès les années 50, il a été décidé qu'il était moralement inacceptable de mentir aux patients sur leur état de santé. Il observe qu'en France (et peut-être ailleurs), actuellement encore, des patients ne sont pas pleinement informés de leur situation car on leur cache des informations vitales (alors que tout traitement, pour être mis en œuvre, exige qu'on ait recueilli au préalable leur consentement, éclairé par une information complète et loyale).

Comme il est développé à d'autres endroits de ce dossier (et en particulier dans le focus sur le paternalisme), la société tend vers une plus grande place accordée à l'autonomie de l'individu (du moins il y a des intentions d'aller dans ce sens) et, en médecine, il y a eu un passage d'un modèle paternaliste à un modèle autonomiste. On se rappellera aussi qu'il y a deux conceptions différentes du modèle autonomiste (Lemoine et al, 2017). Dans la conception strictement « informative », le médecin informe le patient du diagnostic et des différentes possibilités de traitement sans s'inquiéter des préférences du patient ni sans s'inquiéter des conséquences émotionnelles de ces informations sur le patient. On pourrait dire que dans ce modèle la vérité est transmise de manière objective, froide, car elle l'emporte sur tout autre considération. Elle est livrée de la même manière, quelle que soit la personne qui la reçoit. Dans la conception interprétative/délibérative du modèle autonomiste, le médecin informe mais en tenant compte du patient (sa subjectivité, ses valeurs). Ainsi, il invite le patient à exprimer ce qu'il pense et ce qu'il ressent face aux informations qui lui sont données. Il accompagne le patient dans le processus décisionnel. Ici, la manière dont les informations sont transmises est adaptée à la personne qui les reçoit. C'est dans cette seconde ligne que s'inscrit Hirsh (2008) lorsqu'il discute de l'annonce d'un diagnostic grave. Dans ce cas particulier, il y a partage d'une information qui est potentiellement intolérable. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'annoncer un cancer, un accompagnement spécifique de la personne s'impose afin de lui permettre « d'accepter d'être porteur d'une affection à laquelle sont parfois entachées des représentations personnelles ou sociales difficiles à assumer, voire lourdes de connotations péjoratives. » (Hirsh, 2008). Il convient donc que l'information soit livrée selon des modalités qui tiennent compte de son contenu et de la personne qui va la recevoir.

Lemoine et al (2017) proposent de s'inscrire dans un juste milieu, ou plus exactement dans un juste temps. Selon eux, la question n'est pas tant de savoir s'il faut tout dire mais plutôt s'il faut tout dire tout le temps et tout de suite. S'il ne peut mentir, le médecin peut

s'interroger sur l'effet néfaste du moment auquel il va dévoiler une information. Il peut se demander s'il est toujours conforme au principe de bienveillance de dire une information à l'instant même où lui-même en a pris connaissance.

Ce point de vue se retrouve chez Winckler (2016) qui estime que « le consentement n'est pas un moment mais est un processus de décision informée au jour le jour ». Lemoine et al (2017) prônent la construction de ce qu'ils appellent « un parcours de vérité » afin de choisir le meilleur moment pour informer le patient. Selon eux, ne pas dire les choses immédiatement n'est pas mentir puisque cela ne comporte pas une dimension de négation de l'autre. Par contre, prendre le temps de la réflexion et du choix de la manière d'annoncer des délivrées nouvelles est essentiel. C'est aussi garantir que les informations ne seront pas délivrées froidement et brutalement. En outre, lorsque l'émotion est intense, le patient n'entend bien souvent qu'une partie de ce qui est dit. Lui aussi a besoin d'un temps d'intégration de ce qu'il lui a été annoncé. Winckler (2016) décrit ce processus de la manière suivante : « (...) lorsqu'un patient apprend l'existence de son cancer, il prend un coup sur la tête. Il est souvent assommé. Il a besoin de digérer l'information, de rentrer chez lui, d'en parler avec ses proches. Il n'est souvent pas en mesure de tout appréhender au moment où on lui assène ce coup de massue. Il convient donc de donner au patient la possibilité de se poser, de reprendre ses esprits et de réfléchir. Ce temps peut très souvent être accordé au patient. Il n'est pas plus malade le jour où on lui fait part du diagnostic qu'il ne l'était le jour avant. Il a le temps de réfléchir et de poser des questions. Un temps d'échange entre lui et son médecin est donc primordial. »

Si tenir compte du moment pour délivrer les informations permet de concilier l'exigence de transparence et celle de bienveillance, il reste à déterminer quel est ce meilleur – juste – moment. La question est complexe car si le médecin peut estimer que le bon moment est venu, ce n'est pas pour autant que cela sera le cas pour le patient. Et de même, si le médecin estime que ce n'est pas le bon moment, est-ce aussi le cas du patient ? Lemoine

et al (2017) reconnaissent qu'il y a une grande incertitude à déterminer la coïncidence du moment estimé par le médecin et du temps subjectif du patient.

Notons aussi que le patient a le droit de demander à ne pas être informé de son diagnostic (« Je ne veux pas savoir. »). Mais le médecin doit s'en informer avant de réaliser les examens nécessaires à la compréhension de la situation du patient. Autrement dit, il faut que ce soit une demande explicite de la part du patient et non une supposition de la part du médecin.

Enfin, nous soumettons à votre réflexion ces éléments repris de Winckler (2016). Il rapporte que, dans les années 80, les assureurs américains recommandaient aux chirurgiens de toujours dire la vérité aux patients, en particulier si un problème aux conséquences fâcheuses était survenu au cours d'une intervention. Cette recommandation reposait sur le constat que les plaintes avec demandes de dommages et intérêts sont infiniment plus fréquentes quand un patient ou sa famille découvrent qu'on leur a menti ou dissimulé une information.

FOCUS SUR LE PATERNALISME

Le consentement aux actes médicaux est fondé sur le fait que nul ne peut imposer à autrui certains actes sur son corps sans son consentement (Jaunait, 2003). Mais, si on regarde l'histoire de la pratique médicale, on observe qu'elle ne s'est pas toujours conformée à ce principe. D'ailleurs, le point de vue paternaliste médical estime que le consentement du patient n'a pas à intervenir dans la décision.

Mais qu'est-ce que ce paternalisme, souvent reproché au corps médical ? Selon Dworkin (1972 ; cité par Jaunait, 2003), le paternalisme consiste en « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte. » Par extension, cette définition peut aussi s'appliquer aux tentatives d'influencer ou d'orienter un choix ou un comportement, sans que cela ne constitue une contrainte explicite. Donc,

toute proposition (ou exigence) qu'une personne se comporte de telle manière ou fasse tel choix parce que c'est pour son bien, dans son intérêt, conforme à ses valeurs fondamentales, est paternaliste car tente d'imposer (ou d'influencer) une manière d'être chez cette personne. En ce sens, le paternalisme s'oppose à l'autonomie de la personne puisqu'il lui dicte sa manière de se comporter et ses choix, comme si elle n'était pas apte à décider pour elle-même. On peut même ajouter qu'en insistant sur l'intérêt de la personne à suivre ce qu'il lui dicte, la personne paternaliste utilise une forme de manipulation. Appliqué à la médecine, le paternalisme est une attitude qui repose sur le fait que « le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien être du patient, et d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même. » (Jaunait, 2003). Il s'agit donc d'une attitude autoritaire (il y a ingérence sur la personne d'autrui) et inégalitaire (le patient est un inférieur) qui conduit à une instrumentalisation de l'autre.

Selon Jaunait (2003), c'est ce modèle qui, en France, imprègne le premier code de déontologie médicale en 1947. Le patient y est dépendant du praticien. Il a pour devoir de croire aveuglément ce praticien. Le médecin, par le savoir qu'il détient, a le pouvoir d'imposer sa volonté au patient, considéré comme un être incompetent, ignorant de son propre bien (que le médecin, par contre, est le seul à connaître).

Avec la nécessité du consentement, le patient est pris en compte dans le processus de prise de décision puisqu'il n'est plus possible de lui imposer un acte sans qu'il n'en ait été informé et sans qu'il n'ait marqué son accord. Mais, il peut exister une tension entre le pôle strictement médical (la décision appartient au seul médecin) et le pôle strictement « libéral » (la décision appartient au patient). Jaunait (2003) expose l'exemple suivant : supposons une situation médicale dans laquelle une intervention chirurgicale doit être pratiquée, dont, d'une part, les risques sont minimes, et, d'autre part, les conséquences, en cas d'échec, sont bénignes sur le plan physique (le préjudice pour le patient serait donc très

faible). Selon le point de vue médical strict, dans ces conditions, il est inutile de dévoiler des informations trop précises au patient. D'un point de vue libéral strict, la décision ne doit pas être affectée par le point de vue médical mais doit reposer sur le patient car l'appréhension de l'importance des risques et des conséquences est subjective, elle dépend du sujet qui est confronté à cette situation. Par exemple, dit Jaunait (2003), si la personne qui doit subir l'intervention est violoniste et que le risque objectivement minime est un tremblement de la main, celui-ci pouvant mettre fin à la carrière du violoniste, il est donc probable que ce dernier sera moins enclin à accepter l'opération qu'une autre personne. La norme de décision se fait donc par le patient, en référence à lui-même, considéré comme « capable d'autodétermination, de choix, de définition d'objectifs et de moyens pour atteindre ces objectifs. » (Jaunait, 2003). On voit donc bien que dans l'exemple du violoniste, le point de vue paternaliste est a-moral (puisque non réciproque) et faux (puisque il peut conduire au malheur du patient et non à son bien-être).

38

Le consentement a été introduit dans le Code de déontologie médicale français en 1995. Il implique que le médecin soit tenu d'obtenir l'accord du patient sur ce qu'il lui propose, qu'il ne peut plus imposer et que le patient ne doit plus se conformer aveuglément. Il s'agit là d'une avancée majeure dans la construction d'une relation thérapeutique démocratique, du moins dans les textes.

Article 36 du Code de déontologie médicale en France (2017)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Et en Belgique... que dit le code de déontologie médicale ?

Article 20

Le médecin veille à ce que le patient, ou, le cas échéant, ses représentants consentent librement à toute intervention médicale, après avoir été préalablement informés.

Le médecin explique au patient qui refuse un examen ou un traitement les conséquences possibles de sa décision.

Il cherche avec lui une solution de remplacement.

Si le patient n'est pas en mesure de donner son accord, le médecin lui apporte les soins adaptés et consciencieux que justifie son état.

39

Comme on le voit, les deux codes prévoient l'exception d'urgence. Lorsque le patient est dans une situation grave aiguë (par exemple une thrombose, un traumatisme crânien, un infarctus du myocarde), on attend du médecin qu'il prenne les décisions unilatéralement et accomplisse les actes afin de préserver la vie du patient. Dans ces conditions, le médecin est dans une relation de type « expert responsable » (Lussier et Richard, 2008) vis-à-vis du patient.

Le code de déontologie médicale impose aussi l'obtention du consentement dans le cas particulier des études cliniques (études de l'efficacité d'un nouveau traitement, par exemple) :

Article 45

Dans le cadre des expérimentations humaines, le médecin protège, avant tout autre considération, les intérêts des participants, en particulier ceux des sujets vulnérables.

Le médecin expérimentateur obtient explicitement et par écrit le consentement libre et éclairé du participant ou de son représentant et respecte le retrait de ce consentement à tout moment de l'expérimentation.

Il garantit son indépendance à l'égard du promoteur.

Le consentement ne signifie pas la fin des attitudes paternalistes médicales. D'où probablement l'existence encore à l'heure actuelle de deux formes d'antipaternalisme (Jaunait, 2003). Les tenants de la forme extrémiste de l'antipaternalisme revendiquent que le seul critère de décision soit la subjectivité du patient, le médecin ne devant être que la personne qui fournit les informations. L'antipaternalisme modéré reconnaît au médecin la possibilité de donner son point de vue sur ce qui est important et sur ce qui ne l'est pas, tout en prenant en compte la subjectivité du patient, et de ne pas se cantonner à un rôle d'informateur.

FOCUS SUR LA VIOLENCE OBSTETRICALE

Sur son blog (<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>), Marie-Hélène Lahaye définit la violence obstétricale comme « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. »

Winckler (2016) développe les termes de cette définition :

Tout comportement, acte, omission ou abstention

Il s'agit de l'ensemble des événements qui peuvent se produire à une maternité ou lors d'une consultation. Il ne s'agit pas uniquement des actes posés mais aussi de l'attitude du personnel soignant (mots déplacés, manque de respect, infantilisation de la femme, violence

psychologique). L'omission et l'abstention désignent l'absence de réaction face à une demande de la parturiente, la négation de son ressenti, le non-prise en compte de sa douleur ou de ses besoins et souhaits particuliers.

Commis par le personnel de santé

Il s'agit donc de l'ensemble du personnel : obstétricien, sages-femmes, médecins, infirmiers, pédiatres, anesthésistes, aides-soignants

Pas justifié médicalement

L'acte doit être justifié par des données scientifiques et non pas parce que « c'est ce qu'on m'a appris », « c'est la procédure », « c'est pour faciliter l'organisation du service », « c'est plus confortable pour le gynécologue »

Le consentement libre et éclairé de la parturiente

Toute atteinte au corps sans le consentement de la personne est une violence.

Et Winckler (2016) indique comment déterminer si une situation relève de la violence obstétricale. Il propose pour cela de se demander si l'acte subi dans la salle d'accouchement serait un acte violent s'il était commis dans un autre contexte. Si dans cet autre contexte, il s'agirait sans nul doute d'un acte de violence, alors il en est un aussi dans la salle d'accouchement et donc il s'agit bien de violence obstétricale.

Il donne quelques applications pratiques simples de ce processus réflexif :

Le médecin vous injecte un produit sans rien vous dire.

Transposition dans un autre contexte :

Vous marchez dans la rue et quelqu'un vous fait une piqûre et vous injecte un produit. Il s'agit clairement d'un acte de violence : dans les

deux cas, vous n'avez pas été informée de la nature de l'acte, de sa raison, ni de ses conséquences et vous n'avez pas eu la possibilité de donner votre accord.

Vous êtes allongée depuis longtemps sur la table d'accouchement. Vous avez mal et vous voulez vous lever et marcher un peu. On vous l'interdit.

Transposition dans un autre contexte :

On vous force à vous maintenir dans une position inconfortable et douloureuse. C'est de la violence.

Le médecin vous fait un toucher vaginal sans rien vous dire.

Transposition dans un autre contexte :

Un quidam soulève votre robe et introduit deux doigts dans votre vagin...

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Il ne s'agit pas ici de livrer une revue exhaustive de l'ensemble des publications disponibles sur les différents thèmes repris dans ces ressources. Il s'agit plutôt de proposer quelques documents permettant d'aller plus loin dans la connaissance de ces thèmes.

Sur la maltraitance gynécologique ou obstétricale

Podcasts

Émission *Matières à penser* – France Culture, janvier 2018

<https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-rene-frydman/violences-gynecologiques-ou-obstetricales-mythe-ou-realite>

Bienaimé, Ch. (2018) *Le gynécologue et la sorcière* (émission *Un podcast à soi* n°6 – Arte Radio) https://www.arteradio.com/son/61659783/un_podcast_soi_ndegó_le_gynecologue_et_la_sorciere

Déchalotte, M. et Teste, F. (2015) *La maltraitance gynécologique* (émission *Sur les Docks* – France Culture) <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>

Vidéo

Fauré, N. (2018) *Paye (pas) ton gynéco.*

https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=fsRZ59Urc2l

Sites internet et blogs

<https://grossesse.aufeminin.com/forum/maltraitance-en-gynecologie-appel-a-temoin-fd5159680>

<https://www.slate.fr/story/107761/maltraitances-gynecologiques-toucheurs-vaginaux>

<https://ecoledessoignants.blogspot.com/2018/>

<http://www.rfi.fr/emission/20161007-maltraitance-medicale-martin-winkler>

<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>,

#PayeTonUtérus

#BalanceTonAccouchement

La patiente-médecin et la maltraitance ordinaire

<https://ecoledessoignants.blogspot.com/2016/11/la-patiente-medecin-et-la-maltraitance.html>

La maltraitance gynécologique, variante du viol

<https://c-pour-dire.com/2015/10/02/maltraitance-gynecologique>

Dossiers

Batis, N. (2013) *Bienveillance : Tout un concept...*

<http://www.asph.be/Documents/analyse-etudes-2013/2013-01-Bienveillance.pdf>

Bousquet, D., Couraud, G., & Collet, M. (2018) *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. République française.

http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

Bressand, M., Chriqui-Reinecke, M., & Schmitt, M. (2011) *Promouvoir la bienveillance dans les établissements de santé*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bienveillance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf

Collectif (2016) « Gynécologie et féminisme : causes communes ? ». *Chronique féministe*, 118.

<http://www.universitedesfemmes.be/se-documenter/revue-chronique-feministe/product/209-gynecologie-et-feminisme-causes-communes>

Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009) *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé : étude basée sur des témoignages*. Haute Autorité de la Santé. République Française.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Des « brutes en blanc ». <https://enjupe.com/2016/10/06/des-brutes-en-blanc>

Femmes Prévoyantes Socialistes (2018) « C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynécologue... » - *Intimité et suivi gynécologique, impossibles à concilier ?*

<http://www.femmesprevoyantes.be/2018/06/01/analyse-2018-intimite-et-suivi-gynecologique-impossibles-a-concilier/>

Gynéco et consentement : mon corps, mon choix !

<http://www.madmoizelle.com/gynecologie-consentement-245712>

La maltraitance gynécologique, si on en parlait ?

<https://www.babyfrance.com/fr/guide-bebe/ma-grossesse/suivi-et-tests-medicaux/le-gynecologue/4051-la-maltraitance-gynecologique-si-on-en-parlait>

Lettre ouverte à mon gynécologue

<http://www.madmoizelle.com/lettre-ouverte-gynecologues-126590>

Organisation mondiale de la santé (2014) *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;sequence=1

Organisation mondiale de la santé (2017) *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911_fre.pdf?sequence=1

Phaneuf, M. (2013) *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*.

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>

Livre

Déchalotte, M. (2017) *Le livre noir de la gynécologie*. Editions First.

Articles

Auslender, V. (2015) *La violence faite aux femmes : enquête auprès des étudiants en médecine*. Thèse de Doctorat. Université Pierre et Marie Curie- Paris 6. Faculté de Médecine. <http://cmge-upmc.org/spip.php?article303>

Casciano, C. (2014) *#PayeTonUtérus : ce qu'elles n'auraient jamais dû entendre chez le médecin*.

https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/payetonuterus-ce-qu-elles-n-auraient-jamais-du-entendre-chez-le-medecin_1623804.html

Cohen Shabot, S. (2016) « Making loud bodies "Feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence ». *Human Studies*, 39, 231-247.

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10746-015-9369-x>

Combis, H. (2015) « *Il me fait un bisou sur un sein* » : *maltraitance gynécologique, vos témoignages*. France Culture.

<https://www.franceculture.fr/sciences/il-me-fait-un-bisou-sur-un-sein-maltraitance-gynecologique-vos-temoignages>

Duriez, I. (2017) *Violences gynécologiques : selon le Pr Israël Nisand, « les femmes devraient davantage porter plainte* ». Elle.

<http://www.elle.fr/Societe/Interviews/Violences-gynecologiques-selon-le-Pr-Israel-Nisand-les-femmes-devraient-davantage-porter-plainte-3494222>

Duriez, I. (2017) *Violences obstétricales : quand l'accouchement vire au cauchemar, aujourd'hui, les femmes parlent*. Elle.

<http://www.elle.fr/Societe/News/Violences-obstetricales-quand-l-accouchement-vire-au-cauchemar-aujourd-hui-les-femmes-en-parlent-3493403>

Frappier, M.P. (2018) *Comment la gynécologie s'est masculinisée*. Gazette des femmes.

<https://www.gazettedesfemmes.ca/14362/comment-la-gynecologie-sest-masculinisee>

Geelkens, M. (2018) *Docteur, les femmes c'est pas du bétail*. Le Vif.

<https://www.levif.be/actualite/sante/docteur-les-femmes-c-est-pas-du-betail/article-normal-846663.html>

- Levy, L. (2015) *Maltraitance gynécologique : comment la combattre ?* Top Santé.
<https://www.topsante.com/medecine/medicaments/scandales-sanitaires/maltraitance-gynecologique-607670>
- Mourot, M. (2017) *Violences gynécologiques et obstétricales : la parole des femmes se libère.* consoGlobe
<https://www.consoglobe.com/violences-gynecologiques-obstetricales-cg>
- Verduzier, P. (2015) *Ces gynécologues archaïques qui font souffrir leurs patientes.*
<http://madame.lefigaro.fr/societe/Maltraitances-gynecologiques-211114-82745>

Sur la relation soignant-soigné

48

Podcasts

- Emission « La série documentaire » - France Culture – novembre 2017
<https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/la-relation-soignant-soigne-14-la-fabrique-des-medecins>
- <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/la-relation-soignant-soigne-24-les-patients-prennent-le-pouvoir>
- <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/la-relation-soignant-soigne-34-soigner-la-douleur>
- <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/la-relation-soignant-soigne-44-consentement-et-violence-en-obstetrique-et-psychiatrie>

Articles

- Fainzang, S. (2005) *La relation médecin-patient. Un conflit de valeurs.* Revue des Maladies Respiratoires, 22, 4S37-4S39.
<http://www.em-consulte.com/rmr/article/157082>
- Merckaert, I., Libert, Y., Bron, D., Jaivenois, M.F., & Razavi, D. (2006) *La relation médecin/patient : comment prend-on en compte le souhait du patient ?* Cancer et traitement, 23-32
https://link.springer.com/chapter/10.1007/2-287-28207-6_2
- Moroianu Zlatescu, M., & Popescu, O. (2007) *La science de la communication dans la relation médecin-patient.* Journal International de Bioéthique, 18, 45-50.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=JIB_183_0045
- Reynaert, Ch., Libert, Y., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2006) *Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ?* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 36, 103-123.
<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2006-1-page-103.htm>

49

Dossiers

- Hubert, G., & Doumont, D. (2009) *Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ?* UCL-RESO
<https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/Dossier55.pdf>
- Haute Autorité de Santé (2013) *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée.*
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf

Quelques outils de formation à la relation

Publications de la Haute Autorité de Santé en France : outils pédagogiques :

Communiquer/impliquer le patient

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

Annonce d'un dommage associé aux soins

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins

Faciliter la communication

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

Faire dire

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire

Annonce d'une mauvaise nouvelle

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle

Articles

Barrier, J.H., Brazeau-Lamontagne L., Colin, R., Quinton, A., Llorca, G., Ehua, F.S. et le Conseil pédagogique de la Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d'Expression Française (2004) *La formation au professionnalisme des futurs médecins : recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF*. Revue Internationale Francophone d'Éducation Médicale, 5, 75-81.
<https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2004/02/pmed20045p75.pdf>

Berney, A., Pécoud, P., Bourquin, C., & Stiefel, F. (2017) *Enseignement prégradué à la communication et à la relation médecin-patient*. Revue Médicale Suisse, 13, 253-356.
<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-549/Enseignement-pregradue-a-la-communication-et-a-la-relation-medecin-patient>

Bilodeau, A., & Côté, L. (1997) *Amélioration de la supervision de la relation médecin-patient : utilisation de la méthode des systèmes souples*. Le Médecin de famille canadien, 43, 1780-1783.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2255445>

Bonnaud-Antignac, A., Grenier, M.H., Mouzard, A., & Amar, M. (2009) *Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants en médecine à partir de la méthode du Théâtre-Forum*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57, 510-516.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961709000750>

Canévet, J.P., Godard, M., Le Mauff, P., Bonnaud-Antignac, A. (2012) *L'observation participante comme outil de formation à la relation médecin-patient*. Exercer, 101, 79-83.
<https://www.exercer.fr/numero/101/page/79>

Côté, L., Clavet, D., St-Hilaire, S., Vaillancourt, C., Blondeau, F., & Martineau, B. (1999) *La relation médecin-patient en médecine familiale : une expérience de planification d'activités d'apprentissage*. Le Médecin de famille canadien, 45, 1250-1254.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328599/>

Sur Martin Winckler

Podcasts

Emission « A voix nue » - France culture – octobre 2017 : série de 5 interviews de Martin Winckler

<https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/martin-winckler-15-alger-pithiviers>

<https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/martin-winckler-25-londres-bloomington>

<https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/martin-winckler-35-tendresse-et-humanisme>

<https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/martin-winckler-35-mais-qui-soigne-le-docteur-sachs>

<https://www.franceculture.fr/emissions/a-voix-nue/martin-winckler-55-lecriture>

52

Sites internet et blogs

Le site de Martin Winckler : <http://www.martinwinckler.com>

Le blog de Martin Winckler : <http://wincklersblog.blogspot.com>

Quelques articles récents dont il est l'auteur

Winckler, M. (2014) *La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol*.

<https://martinwinckler.com/spip.php?article1137>

Winckler, M. (2017) *Tous égaux devant la médecine... Surtout les hommes*. Libération.

<https://www.liberation.fr/debats/2017/03/22/>

[tous-egaux-devant-la-medecine-surtout-les-hommes_1557628](https://www.liberation.fr/debats/2017/03/22/tous-egaux-devant-la-medecine-surtout-les-hommes_1557628)

Winckler, M. (2017) *Mieux former les étudiant-e-s en médecine, la santé des femmes comme modèle*. La Ligue de l'Enseignement et de l'Education permanente asbl.

<https://ligue-enseignement.be/mieux-former-les-etudiant-e-s-en-medecine-la-sante-des-femmes-comme-modele/>

Quelques réactions au livre *Les brutes en blanc*

(2016) *Le bon, la brute et le médecin*

<https://30ansplustard.wordpress.com/2016/10/05/le-bon-la-brute-et-le-medecin/>

Long, S. (2016) *Les brutes en blanc : des médecins écoeurés répliquent à Winckler*. Le Quotidien du médecin.

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/10/15/les-brutes-en-blanc-des-medecins-ecoeures-repliquent-winckler_831411

Sgambato, G. (2016) « *Les brutes en blanc* » *Quand Martin Winckler tacle ses confrères*.

https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2016/10/05/quand-martin-winckler-tacle-ses-confreres_303811

53

Sur la maltraitance que subissent les étudiants en médecine en France

Podcast

Emission *Les discussions du soir* --France Culture – mai 2017

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-discussions-du-soir-avec-rene-frydman/omerta-lhopital>

Sur l'écoute

Podcast

Emission *Les discussions du soir* --France Culture – octobre 2016

<https://www.franceculture.fr/emissions/les-discussions-du-soir/les-docteurs-ecoutent-ils-leurs-patients>

Codes de déontologie médicale

Belgique

Code de déontologie médicale (2018) Elaboré par le Conseil national de l'ordre des médecins

<https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu>

La loi « Droits du patient » – Dans une bonne relation, on sait ce que l'autre peut apporter.
– Entre un soignant et son patient, c'est la même chose.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_droits_du_patient_2014.pdf

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_betreffende_de_rechten_van_de_patient_-_geconsolideerde_versie_fr.pdf

Commission fédérale droits du patient

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d-avis-et-de-concertation/commission-federale-droits-du-patient>

France

Code de déontologie médicale (2017) Ordre national des médecins – Conseil de l'ordre

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

Europe

Fiche thématique du CISS n°64 (2014) Droits des malades – Droits des patients en Europe.

http://www.leciss.org/sites/default/files/64_Droits-des-patients-en-Europe-fiche-CISS.pdf

RÉFÉRENCES

- Auslender, V. (2017) *Omerta à l'hôpital – Le livre noir des maltraitements faites aux étudiants en santé*. Michalon Editeur.
- Berlin, I. (1988) *Éloges de la liberté*. Paris, Calman-Lévy.
- Bienaimé, Ch. (2018) *Le gynécologue et la sorcière* (émission Un podcast à soi (n°6) – Arte Radio) (https://www.arteradio.com/son/61659783/un_podcast_soi_ndeg6_le_gynecologue_et_la_sorciere)
- Blau, J.N. (1989) « Time to let the patient speak ». *British Medical Journal*, 39, 298.
- Bourgeon, D. (2007) « Le don et la relation de soin : historique et perspective ». *Recherche en soins infirmiers*, 89, 4-14.
- Chanial, Ph. (2010) « Le new public management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin ». *Revue du MAUSS*, 35, 135-150.
- Code de déontologie médicale* (2017) Ordre national des médecins – Conseil de l'ordre (<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>)
- Code de déontologie médicale* (2018) Elaboré par le Conseil national de l'ordre des médecins (<https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu>)
- Déchalotte, M. et Teste, F. (2015) *La maltraitance gynécologique* (émission Sur les Docks – France Culture) (<https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>)
- Dworkin, G. (1972) « Paternalism ». *The Monist*, 56, 64-84.

- Fauré, N. (2018) *Paye (pas) ton gynéco*. (https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=fsRZ59Urc2l)
- Formarier, M. (2007) « La relation de soin, concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.
- Funck-Brentano, I. (2009) « Les logiques inconciliables du temps dans la relation de soin ». *Médecine thérapeutique / pédiatrie*, 12, 377-382.
- Hennessy, D. & Gilligan, J. (1994) « Identifying and developing tomorrow's trust nursing directors ». *Journal of Nursing Management*, 2, 37-45.
- Hirsh, E. (2008) *Entre vérité et secret : le sens profond de la relation de soin*. Espace éthique – région Ile de France (<http://www.espace-ethique.org/ressources/article/entre-verite-et-secret-le-sens-profond-de-la-relation-de-soin>)
- Jaunat, A. (2003) « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient ». *Raisons politiques*, 11, 59-79.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rüttimann, S., & Wössmer, B. (2002) « Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: a cohort study ». *British Medical Journal*, 325, 682-683.
- Lemoine, E., Vassal, P., Bujon, Th., Allard, L., Lange, L., Bally, J.N. et Gocko, X. (2017) « La relation de soin à l'épreuve du mensonge ». *Ethique et santé*, 14, 151-157.
- Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, P., Mendes, O., Toleiti, G., Lopes, M., & Gândara, M. (2012) « La confiance dans la relation de soin ». *Perspective soignante*, 44, 133-142.

Lussier, M.Th., & Richard, C. (2008) « Because one shoe doesn't fit all ». *Canadian Family Physician*, 54, 1089-1092.

Nowak, F. (2016) « Trois techniques pour une meilleure prise en compte de la personne humaine dans la relation médecin-patient ». *Ethics, Medecine and Public Health*, 2, 633-640.

Révah- Lévy, A., & Verneuil, L. (2016) *Docteur, écoutez !*. Albin Michel

Vannotti, M. (2002) *L'empathie dans la relation médecin-patient*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 29, 213-237.

Winckler, M. (2016) *Les Brutes en blanc*. Flammarion.



théâtre
de la
parole

Lieu dédié aux arts du récit et du conte
7D rue du Rouge-Cloître | 1160 Bruxelles
+ 32 (0)2 736 69 50
www.theatredelap parole.be

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles,
de la Commission communautaire française,
de la Commune d'Auderghem

Éditrice responsable : Christine Andrien | 2018

