

# Relation médicale : la confiance problématique.

Victor Larger

« *Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité* ». Version moderne du serment d'Hippocrate.

## **La confiance et la bonne foi**

Il n'y a que deux alternatives dans la relation entre un patient et son médecin. Soit le premier fait confiance au second et la relation est fluide et constructive pour le patient, soit il s'en méfie et l'échange thérapeutique n'aura pas réellement lieu. Quels sont donc les ressorts de cette confiance si précieuse ? Certains soutiennent que c'est la compétence seule qui en est la garante. C'est une vue trop courte : la compétence est variable selon l'angle selon lequel on la regarde. Le médecin doit savoir s'y prendre autant dans le diagnostic que dans la thérapeutique, mais aussi en psychologie ; il doit connaître les questions de bioéthique et savoir gérer son cabinet ou son équipe. De plus, la compétence n'est qu'une partie seulement, du besoin du patient. Pour nécessaire qu'elle soit, elle n'est pas forcément prépondérante dans la relation.

En contrepoint, une des qualités fondamentales de celui qui est en position d'aidant est la bonne foi. Il ne s'agit, ici, en aucune manière, d'un savoir, mais plutôt d'une disposition intérieure. Bien qu'elle ne soit pas toujours évidente, cette bonne foi est essentielle pour valider la confiance que le patient met dans son médecin. Elle est la disposition d'une personne qui la pousse à se conduire d'une façon loyale, comme le définit le droit, ou qui parle et agit avec franchise et selon sa conscience. La qualité professionnelle est seconde<sup>1</sup> par rapport à la bonne foi. Rester sur ses gardes quant à la compétence du médecin est de la prudence la plus élémentaire mais s'appuyer sur la bonne foi de celui-ci est plus essentiel. Cette posture intérieure inclut, pour le médecin, la connaissance de ses propres capacités techniques et leur non survalorisation. Un excellent opérateur médical qui ne fait pas preuve de bonne foi peut inspirer confiance par tromperie, pendant une période, mais vient un temps où, même de manière inconsciente, la tromperie lèse profondément le lien.

La confiance envers le médecin est toujours un *a priori* pour le patient. Le médecin, lui, n'a pas à faire état de preuves ou de publicité de sa bonne foi. La défiance, dans le cadre de la rencontre médicale, est, normalement, un *a posteriori* et donc survient après l'*a priori* de la confiance. Un événement, un mot, une attitude ou une manifestation de compétence insuffisante non reconnue, lors d'une précédente consultation, ont pu éveiller le soupçon. Si la suspicion était un *a priori*, il ne pourrait jamais s'instaurer de relation thérapeutique. Le patient ne pourrait jamais en voir découler tous les bienfaits attendus. C'est pourquoi rompre la confiance est un acte grave, car elle lèse le patient qui ne retire pas tous les fruits de la relation.

---

<sup>1</sup> Et non pas secondaire. Par seconde je veux dire que la qualité professionnelle est évaluée dans un temps ou un mouvement intérieur ultérieur à celui qui valide la bonne foi.

## ***La confiance et l'institution politique***

Cette rupture du lien de confiance entre un médecin et le patient qui l'a choisi est d'autant plus grave qu'elle est, dans certains cas, institutionnelle. Alors, tous les médecins sont emportés dans la suspicion. Lorsqu'une action politique a perturbé le lien de confiance entre les personnes engagées dans la relation médicale, il s'installe une défiance *a priori* qui supprime, dès l'abord, la confiance essentielle. La « mécanique » est délicate : toutes les actions de santé publique, toutes les manipulations politiques de la relation particulière entre un médecin et son patient sont à très haut risque. Il n'est pas sûr que les acteurs politiques aient bien conscience du bouleversement que peut entraîner leur intromission dans ce qui ne concerne qu'un patient et son médecin. La relation avec tout médecin peut en ressortir rompue *a priori*. Et c'est au dépend de tous les potentiels patients futurs.

C'est aussi pourquoi il est important qu'un certain nombre de médecins - si ce n'est tous - sache se démarquer d'une action politique de nature à briser la confiance. Ils doivent garder leur liberté et cultiver les moyens de l'entretenir. Lorsque la politique a endommagé la confiance dans la relation médicale, cette réserve peut constituer un reste sur lequel peut se reconstituer ce lien. Un long moment sera nécessaire pour aboutir à ce rétablissement. « *Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission* », peut-on lire dans le serment modernisé de l'homme de Cos.

Le médecin s'appuie sur le savoir qu'on a bien voulu lui donner (là aussi la politique intervient facilement sans discernement) qu'il se doit d'avoir entretenu, actualisé et modifié dans une posture critique typique de l'esprit scientifique. Cette science qui est la sienne lui confère l'indépendance hippocratique de pensée et la responsabilité du service de son malade. Au moins devrait-elle viser ce but. Cette science est normalement validée par le droit de véto<sup>2</sup> du praticien au contact de son malade sur toute injonction commerciale, sociale ou légale, parfois, et par la liberté de ses positions. Le titre, qui pourrait paraître désuet, de « docteur », reconnu aux médecins, entérine le fait qu'il sait. S'il sait, son avis peut s'opposer à d'autres.

## ***La confiance dans le médicament***

Comme je le disais plus haut, dans une saine relation, le malade a confiance dans le médecin, tant pour le diagnostic que pour le traitement. La confiance est exemplaire et même maximale en ce qui concerne les interventions chirurgicales. Elle est également importante lorsqu'il s'agit d'ingurgiter des substances médicamenteuses ou de se les faire injecter. Il serait inacceptable que ces substances soient des poisons. Le serment d'Hippocrate met bien en évidence cette injonction éthique. Sa version originale est plus contraignante que l'actuelle. Jugez-en : « *Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me le demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion* ». Cela n'implique-t-il pas de bien connaître les effets des substances qui prétendent au statut de médicament ? La puissance chimique moderne et les moyens fournis par les connaissances nouvelles comme, par exemple, la génomique, ne doivent-ils pas nous faire redoubler de prudence ? C'est dire l'importance d'expérimentations loyales, bien conduites et prudentes, y compris pour les expérimentateurs volontaires, auxquels il est possiblement criminel de faire courir des risques parfois monstrueux.

---

<sup>2</sup> Droit de véto dont une des formes est l'objection de conscience. Celle-ci n'est nécessaire que dans le cas où il existe une obligation légale qui se comprend mal dans le domaine du soin.

Il n'en reste pas moins que, dans les temps actuels, le médecin n'a pas la maîtrise ni de la fabrication des médicaments, ni même la connaissance de leurs indications dans telle ou telle maladie ou de leur innocuité. La fabrication est entre les mains des laboratoires pharmaceutiques et la connaissance des indications et de l'innocuité est soumise à l'institution médicale hospitalière. Le produit fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), fruit d'une négociation entre le laboratoire et les services de l'État. Les impératifs commerciaux, politiques ou ceux de tout autre forme de pouvoir convergent pour le disputer au bien des malades. Où l'on comprend qu'il existe une certaine précarité de la science et de ses applications en médecine. Où l'on oublie bien vite qu'il s'agit, en fin de compte, de l'homme !

De ce fait, le médecin est dépendant des informations communiquées par les médecins expérimentateurs qu'on rencontre essentiellement en hôpital. Ce sont eux qui, simplement dit, ont les autorisations et financements (souvent, d'ailleurs, issus de l'industrie pharmaceutique) pour expérimenter de nouvelles substances médicamenteuses. Ils disposent des moyens humains, des comités *ad hoc*... rendus nécessaires par les lois de bioéthique. Le praticien de terrain dépend donc doublement des laboratoires, à cause de leur poids économique sur la recherche et la production médicamenteuse, et, aussi, en raison de l'information sur les produits qu'ils détiennent et de l'utilisation qu'ils en préconisent, indépendamment du prescripteur.

En raison de la dépossession de la recherche et de l'expérimentation en matière thérapeutique dont il fait l'objet, il est donc très difficile au médecin de parfaire sa science de l'art thérapeutique en, une fois encore, préservant son sens critique. Il est soumis à diverses influences, elles-mêmes sous la dépendance d'intérêts sans relation avec le soin des patients. Dans ce contexte, certains médecins perdent leur confiance dans les fournisseurs, les enseignants et les politiques. Ce type de prise de conscience est quelque peu salvateur. La revue *Prescrire*, refusant tout lien avec l'industrie pharmaceutique a correspondu à ce sentiment d'un manque de liberté menaçant la science et la responsabilité du médecin ainsi que son besoin de maîtriser cet outil thérapeutique essentiel à l'exercice de sa responsabilité au meilleur service de ses patients qu'est le médicament.

### ***La régulation par les agences d'état dédiées à la santé***

Il manque dans cet exposé un maillon dans la chaîne de confiance que nous décrivons. Les états et ses diverses agences de médecine, de biologie ou de statistiques qui en sont issues ont pour fonction affichée de sécuriser la relation entre le médecin et le patient. Ils le font, notamment, en accompagnant les propositions thérapeutiques et en conduisant les firmes pharmaceutiques à fournir au médecin traitant les moyens d'exercer lui-même en confiance. Ils lui garantissent que le produit qu'ils l'invitent à prescrire n'est pas un poison. Ce dernier échelon est récent dans l'histoire de la médecine, même si les médecins ont toujours exercé une régulation entre eux avec l'aide des pharmaciens. À l'époque actuelle et depuis plus d'un siècle, la préparation de médicaments s'est concentrée dans une industrie. Cette dernière s'est retrouvée seule à pourvoir à la découverte de médicaments. On doit noter, néanmoins, qu'une des caractéristiques des médicaments modernes est d'être conforme aux intérêts de l'industriel. Le rapport de puissance n'est plus le même et il a fallu créer des moyens inédits pour préserver l'indépendance des médecins face aux industries nouvelles. Les états ont ainsi été conduits à tenter de garantir la qualité thérapeutique et la non dangerosité des produits de la pharmacie industrielle.

## *Qu'en est-il en réalité?*

On voit malheureusement, que l'intérêt thérapeutique des « molécules » présentées aux médecins n'est pas toujours au rendez-vous. Peu de médicaments constituent une réelle innovation. Il paraîtrait même que certaines « molécules » anciennes se révéleraient utiles dans des pathologies nouvelles ou pour lesquelles on ne leur connaissait, volontairement ou non, pas d'efficacité. De fait, on ne les avait pas testées dans ces autres indications. On se souvient de l'exemple d'un médicament anti hypertenseur en développement qui s'est incidemment montré efficace pour la repousse des cheveux. Mais pour permettre l'utilisation des vieilles molécules en pratique courante, il faut étendre le domaine de leur autorisation de mise sur le marché. Or, cette opération coûte fort cher pour un médicament ancien qui a vu son prix, et donc son rendement, s'éroder au fil du temps. Les États et leurs agences s'emploient à cette limitation. De plus, lorsqu'une « molécule » entre dans le domaine public, son existence et son procédé de fabrication est offert à tous. Quelle entreprise lucrative serait-elle assez altruiste, pour ne pas dire sotte, pour offrir le dossier d'AMM à tous ses concurrents ? Le problème existe aussi, d'ailleurs, pour toutes les médecines alternatives médicamenteuses comme la phytothérapie. Elles font aussi, depuis quelques années l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, certes allégée, mais néanmoins coûteuse en temps et en argent, ce qui ne protège pas le laboratoire qui l'obtiendra par rapport à ses collègues et rivaux.

### ***Le médecin dans le système de soin***

Dans ce contexte de dépossession, les médecins perçoivent, plus ou moins explicitement, que la confiance qu'ils accordent à la chaîne du médicament, de la formation et de la santé publique dont ils sont les « derniers » maillons<sup>3</sup> est assise sur des bases très fragiles. Reconnaissons-le, ils ne peuvent, le plus souvent, assumer seuls la prise en charge des patients. En effet, la médecine moderne requiert une multitude d'intervenants autour du médecin, de techniques et de procédés qu'ils ne peuvent maîtriser en profondeur en raison de la complexité de chacun. Il leur faut donc en appeler à tous ces moyens extérieurs, faute de quoi ils ne répondent pas à ce qu'on attend d'un médecin de nos jours. Du fait de cette quasi obligation de recourir aux laboratoires et de se soumettre aux politiques, leur confiance est quasi forcée, devenus dépendants qu'ils sont des rouages, des exécutants... Par conséquent, leur bonne foi risque fort de ne pas être aussi évidente que possible, voire nécessaire.

La problématique, essentielle, de la confiance, on le voit, convoque la complexité du « système de soins »<sup>4</sup>. Avoir confiance dans son médecin sous-entend que celui-ci ait

---

<sup>3</sup> Ne pourrait-on dire que ces praticiens de terrain sont, en fait, les « premiers » maillons de la chaîne ? Ce serait probablement juste et réaliste tant les mises à l'écart dans les situations de crise dont ils ont fait l'objet ont fait la preuve de leur primordiale importance pour le système de soin. La chose aurait pu être pressentie si on avait précisément pris en compte la relation de confiance duelle dont le médecin traitant est le vecteur. On sait l'importance de la confiance sur la rapidité et l'efficacité du soin et aussi et, peut-être, surtout sur l'immunité du patient.

<sup>4</sup> On peut entendre le terme "système de soin" comme un maillage naturel entre professionnels de santé sans intervention extérieure, comme c'était encore, quelque peu, le cas en France jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix. On peut aussi désigner, par la même expression, une organisation délibérée sous la tutelle d'une autorité centrale, ce que ce « système » est devenu, entraînant une primauté de l'autorité administrative sur l'initiative médicale privée. La complicité des médecins du public est acquise dans une sorte de tension étatique hypnotique. Le paroxysme est atteint, dans la solidification du système, lorsqu'il aboutit à l'interdiction de prescrire des médecins du secteur libéral, de proximité, et à l'interdiction pure et simple d'exercer des soignants qui ne se plient pas aux ordres de l'autorité suprême.

confiance dans ses correspondants médicaux libéraux et hospitaliers, laboratoires d'analyse et personnels para-médicaux. Toutes ces professions réglementées, sont assurées par des personnes très concernées par les patients et aussi par le maintien de leur position dans le système. Le lien s'est considérablement modifié avec le pôle pharmacie lorsque la production est devenue industrielle. La puissance financière de ses sociétés est devenue telle que tout le système est devenu dépendant jusqu'à des « collaborations » malsaines de toutes sortes entre les chercheurs, les prescripteurs et les laboratoires pharmaceutiques.

Il reste l'administration et le politique dont les préoccupations sont souvent très différentes de celles des praticiens de terrain et, parfois, même, curieusement opposées. La différence entre ces officines et le secteur privé, notamment industriel, est le caractère comminatoire des « propositions » qu'elles émettent, sans considération pour la relation thérapeutique duelle, voire sans intérêt pour la santé de l'individu. Il faut noter que les motivations des injonctions étatiques sont parfois aussi perverses que celles de l'argent. Il n'est que de voir l'importance de la finalité électorale de certaines règles édictées pour s'en convaincre. Ces motivations sont aussi celles de la volonté de pouvoir, à tous les niveaux. Nous ne sommes pas surpris de retrouver ici les deux mobiles perturbateurs principaux de la relation médicale : l'argent et le pouvoir.

Deux types de régulation du « système de soin » sont possibles, selon qu'il est un maillage naturel entre tous les intervenants médicaux ou qu'il est le fruit d'une organisation pilotée par l'État et le politique. Elles s'opposent, tout autant que les deux natures du « système » se contredisent. La première des régulations possibles est celle de la relation de proximité et de la bonne foi des protagonistes : on se connaît et on a l'habitude de se parler pour résoudre les difficultés. L'autre est celle de la bureaucratie tatillonne qui se complaît dans le fonctionnement fluide des procédures mises en place, parfois au mépris des intentions et en réponse aux tromperies politiques. Notre pays a choisi la seconde. Nous avons la bureaucratie et la corruption.

### ***La bonne foi des médecins face au « système »***

Dès lors, le médecin clinicien réagit de plusieurs manières à ces influences extérieures, réactions qui retentissent sur sa relation avec le patient. Il peut céder à la tentation du pouvoir ou de l'argent, voire des deux. Sa bonne foi en est gravement atteinte. Il lui est possible de s'efforcer de lutter contre toute emprise sur son activité au service des patients. Sa bonne foi est alors entière. Toutes les positions intermédiaires sont possibles dans lesquelles la bonne foi est plus ou moins entière ou entachée. C'est probablement la plus fréquente des possibilités.

Il reste une éventualité que nous n'avons pas explorée. C'est celle d'une prise de pouvoir massive, dans laquelle le médecin devient l'instrument de personnes mues par des intérêts *absolument* étrangers à la santé des patients. Dans de telles situations on ne cherche pas expressément à maltraiter les individus, mais à en faire des rouages au sein d'une population au service des intérêts particuliers de ses dirigeants, politiques notamment<sup>5</sup> : expérimentations, amélioration de l'humanité, sacrifice des individus au bénéfice d'une collectivité...

---

<sup>5</sup> Il est à noter que certaines structures d'allure libérale peuvent aboutir à un résultat approchant comme par exemple aux États-Unis où les médecins sont souvent soumis à des diktats commerciaux par les assurances.

Il est évident que, dans ce cas, la confiance du médecin est mise à rude épreuve. Soit il se range du côté des puissants et s'efforce de faire partie de l'élite et donc des persécuteurs de la population. Soit il entre dans une opposition franche et il risque fort d'être broyé par un système qui élimine tout ce qui gêne sa froide mécanique d'asservissement. À l'opposé de ces réactions tranchées, froide ou chaude, il existe une autre possibilité, tiède ou molle, la plus fréquente. Le médecin de terrain peut se couler purement et simplement dans les exigences des autorités sans discussion, mais aussi sans conviction. Enfin, il est possible au praticien submergé par une telle ambiance, de poursuivre sa mission au service des patients sans s'opposer frontalement au système politique, sous peine de se brûler immédiatement les ailes, mais sans céder au mensonge. Alexandre Soljenitsyne<sup>6</sup> développe cette posture qui limite le danger et permet de résister en s'efforçant de ne pas sombrer dans la corruption. En tout cas, le médecin, comme le citoyen, peut survivre en conservant sa liberté intérieure et en trouvant un positionnement supportable et peu coûteux.

La bonne foi du médecin s'évalue différemment dans cette dernière circonstance, suivant les réactions qu'il adopte face au pouvoir. S'il choisit le pouvoir, il est évident que son comportement et ses décisions médicales sont entièrement sujets à caution. Il recherche telle maladie, tel patient contact, il prescrit tel traitement non cause de son intime conviction mais en vertu des procédures administratives. Dans le cas inverse où il se positionne en opposition au pouvoir, sa crédibilité est maximale, moyennant les contre-mesures du pouvoir constituées notamment par la désinformation et la calomnie. Dans tous les autres cas, il faudra estimer le potentiel de loyauté du médecin au cas par cas.

### ***Et la confiance des patients ?***

À la suite de cette sorte de casuistique de la bonne foi du médecin en fonction des influences extérieures, on comprend donc mieux comment la confiance du patient trouve à se fixer sur lui et comment elle est honorée. On peut en retenir que plus les influences sont importantes moins est forte la crédibilité du médecin impliqué dans la relation thérapeutique, spécialement lorsqu'il recourt à des produits ou moyens techniques issus de l'industrie.

En fait, le patient saisit assez mal tout le jeu des forces que je viens de décrire brièvement. Lorsqu'il investit en confiance dans son médecin, il n'envisage pas, ou très incomplètement, la chaîne qu'il met en mouvement. C'est donc sur ce dernier que repose la charge du contrôle de ses « intrants ». Malheureusement, il peut être trompé, il est trompé, d'abord par ses fournisseurs, sur lesquels il peut, malgré tout, avoir barre un tant soit peu, ensuite par les autorités de plusieurs sortes. Ces dernières, éventuellement politiques, imposent leurs choix, légitimes ou non en matière de médecine de la personne, aux médecins.

C'est là que le bât blesse : il y a conflit entre l'autorité des uns et la liberté intrinsèque de la pratique professionnelle des autres. Tant que le médecin peut faire des choix thérapeutiques libres et moraux, il est digne de confiance. Dès qu'il lui est impossible de décider en conscience, s'il ne veut pas blesser la confiance du patient, il doit l'en informer et réfléchir avec lui à la meilleure solution.

---

<sup>6</sup> Soljenitsyne Alexandre, *Vivre sans mentir*, in *Révolution et mensonge*, trad. J. Johannet et G. Philippenko, Fayard, Paris, 2018.

Malgré tout, il nous faut nous rendre à l'évidence ; toute intrusion de l'autorité publique dans l'échange entre un médecin et son patient doit être mûrement pesée et elle doit, de toute façon, être soumise au droit de véto du médecin de proximité. L'acte suprême en cette matière est représenté par l'interdiction faite au médecin de se rendre au chevet d'un malade ou de le recevoir lorsqu'il en a besoin, fût-ce au péril de sa vie. Dès lors, le pouvoir thérapeutique n'est plus aux mains du médecin mais dans celles du pouvoir politique. La confiance est brisée, d'autant plus que ces actes sont publics, qu'ils sont argumentés, souvent à faux, et que les médecins renoncent à leur mission. Ils sont donc complices en quelque manière. Ils ne sont pas de bonne foi et donc indignes de confiance.

Que deviennent les patients ? Que devient la population ? Que devenons-nous si nous ne pouvons plus compter sur l'aide un tantinet désintéressée de ceux qui font profession de se mettre à notre service ?

*« Je ne tromperai jamais l(a)eur confiance (des patients) et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences ».* Version moderne du serment d'Hippocrate.

Mars 2022