

**COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE**

**LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE :  
CONSIDERATIONS JURIDIQUES ET ETHIQUES**

**ABSTRACTS**

V<sup>ème</sup> CONFERENCE ANNUELLE  
Tunis, le 16 Novembre 2000

# SOMMAIRE

- Relation soignant-soigné: le point de vue de l'usager des soins .....	2
A. BENGAIID	
- La relation médecin-malade: entre idéal et dérives .....	4
S. DOUKI	
- Ecoute et technique dans la relation soignant-soigné .....	6
A. BOUHDIBA	
- La communication médecin-malade entre le devoir d'information et le droit de savoir .....	8
M. ZEMNI	
- L'information du malade à l'hôpital.. .....	10
A. CHADLY	
- La relation médecin-malade en chirurgie .....	12
T. KILANI	
- L'indépendance du médecin: privilège du professionnel ou droit du patient? .....	13
M. CHAABOUNI	
- Le certificat médical pré-nuptial.....	14
M. BEN JEMAI	
- Secret médical et information du patient et de tiers .....	16
A. GHACHEM	

## **RELATION SOIGNANT-SOIGNE : LE POINT DE VUE DE L'USAGER**

### **Ali BEN GAÏD**

Président de l'Organisation de la Défense du Consommateur (ODC).

L'organisation de la défense du consommateur a, depuis sa création, mis les questions relatives à la santé au premier rang de ses préoccupations. Dans le cadre de sa mission d'écoute des doléances des consommateurs, elle a pu collecter une masse d'informations relatives à des insatisfactions des consommateurs dans leurs relations avec les structures de santé (hôpitaux, cliniques privées).

Ces insatisfactions ont été examinées et débattues lors d'un séminaire tenu en février 2000 à Tozeur, en présence de toutes les parties concernées, ayant pour thème « les services de santé à l'ère de l'excellence ». Des recommandations importantes ont été émises (copie de ces recommandations sera fournie lors de la conférence annuelle du 16/11/2000).

Les remarques et insatisfactions n'ont jamais été confondues avec un ressentiment quelconque à l'égard des professionnels de santé.

Un dialogue fructueux a eu lieu et il est souhaitable qu'il soit instauré de façon continue et ressenti par tous comme un levier pour améliorer de façon continue la qualité des soins.

Ce lieu de dialogue répond non seulement à un souhait de l'ODC mais sera aussi, nous l'espérons, le lieu propice pour un partage harmonieux des responsabilités entre les usagers du système de santé, l'Etat et les Professionnels de santé.

Cela renforcera aussi l'introduction, en cours, de la démarche qualité dans le système de santé de notre pays ; la mise en place de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé en faisant une partie intégrante.

Enfin, un texte législatif consacrant les droits des malades, en complétant les dispositions actuelles éparpillées dans nombreux textes, constituerait un élément positif en posant le droit des personnes comme un élément central et constitutif de la modernisation du système.

## **LA RELATION MEDECIN-MALADE : ENTRE IDEAL ET DERIVES**

**S. DOUKI, F. NACEF, M.J. TAKTAK, M. CHEOUR**

Hôpital Razi - 2010 La Manouba

La relation médecin-malade a pu être définie comme la rencontre entre une confiance et une conscience. L'originalité et la spécificité de cette relation par rapport à d'autres professions, c'est qu'elle est en elle un formidable outil thérapeutique, ainsi que l'a théorisé le psychiatre BALINT et résumé dans cet aphorisme: «le premier médicament que le médecin administre au malade est lui-même ».

Toutefois, elle est aussi une rencontre entre deux individus singuliers et à ce titre puissamment modelée par la dynamique inconsciente du transfert et du contre-transfert et propice à toutes les dérives.

Le risque est d'autant plus grand que la relation thérapeutique est infiltrée de tous les ingrédients de conflits potentiels : pouvoir, argent et sexe.

L'éthique médicale et le code de Déontologie ont pour rôle précisément de canaliser les errements possibles mais ils semblent suffisants, aujourd'hui, à garantir l'Idéal hippocratique menacé par un déficit tant de confiance que de conscience.

L'introduction du tiers-payant, du consentement éclairé, de technologies sophistiquées, l'accroissement du savoir médical remettent en question bien des fondements classiques de la relation soignant-soigné: libre choix du médecin, indépendance de la décision médicale, obligation de compétence, soumission du patient devenu « client» etc.

C'est dire que l'évolution de la médecine et de la société imposent une réflexion nouvelle sur les conditions du colloque singulier afin de lui conserver sa qualité privilégiée et de renforcer tant la confiance du malade que la conscience du thérapeute.

## **ECOUTE ET TECHNIQUE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE**

**Abdelwaheb BOUHDIBA**

Président de l'Académie Tunisienne des Sciences, des Lettres et des Arts « Beit al-Hikma »

Entre le médecin et son malade s'instaure un lien interpersonnel qui est un élément essentiel de la thérapie. La parole et les soins s'épaulent toujours mutuellement - car cela ne caractérise pas uniquement les maladies psycho-somatiques ou la cure psychanalytique - créent un climat de confiance qui compte beaucoup dans le soulagement de la souffrance. Le bon « docteur » est celui qui est à l'écoute de celle-ci. L'écoute dépend de la personnalité du malade tout autant que de celle du soignant. Elle fait partie de son savoir, de son savoir-faire, de sa compétence et de l'intelligence qu'il a de la situation. Elle renseigne sur ce que ressent le patient. Elle constitue un élément important du diagnostic. Elle inscrit le malade au centre et l'assure qu'il a été compris et que l'espoir de guérison est permis.

Or les progrès de la Science, mis dûment à contribution et de manière de plus en plus systématique dans les thérapies, font une place majeure aux techniques d'exploration, d'élaboration du diagnostic et conditionnent les prescriptions. L'irruption de la technique (bilans de laboratoires, imagerie de toute sorte, traitement aux rayons ... ) constitue une « médiation » incontournable qui modifie radicalement la relation soignant-soigné. Les « mérites » de la guérison deviennent partagés et le patient se félicite de voir la technique, et ce qui elle suppose de savoir, de sophistication et de frais, mis à contribution par le soignant. Il est plus que jamais au « centre ». Mais l'instrumentalisation de la relation ne peut que se faire au détriment de l'écoute. Le rapport au médecin tend à se « techniciser » et donc peu ou prou à se déshumaniser. Surtout, comme il est naturel, que le temps de l'écoute se rétrécit comme une peau de chagrin.

Avec l'irruption de l'Internet se développe à pas de course, un nouveau type de rapports où le virtuel se substitue à l'écoute classique. Le malade reçoit sur le net un flot d'informations, pas toujours adaptées à son propre cas, mais qui le font accéder à l'e.médication. Le médecin, cessant d'être au centre et le maître d'œuvre du diagnostic, n'est plus qu'un partenaire parmi d'autres, ce qui pose déjà aux systèmes de santé des pays

avancés des problèmes redoutables et inédits. L'e.médecine est à nos portes et fait déjà des adeptes en Tunisie, même si nous sommes encore bien loin des quelques 50 millions d'internautes américains qui « consultent » régulièrement la toile et s'y procurent toute sorte de médicaments.

Le médecin risque de se trouver hors-jeu. Raison de plus pour réhabiliter l'écoute, inscrire sa pédagogie en bonne place dans la formation médicale et para-médicale et développer l'idée que les techniques mises en œuvre s'ajoutent à elle et ne sauraient en aucun cas lui être substituées.

# LA COMMUNICATION MEDECIN-MALADE : ENTRE LE DEVOIR D'INFORMATION ET LE DROIT DE SAVOIR

**Majed ZEMNI**

Chef de Service de Médecine Légale - Hôpital Universitaire F. Hached 4000 Sousse - TUNISIE

Le savoir médical est longtemps resté un domaine réservé pour les médecins avec ce que cela suppose de sacralisation de la science médicale et du pouvoir médical.

Avec le développement de la médecine, l'accroissement des connaissances et le pluralisme des conceptions, la relation médecin-malade est passée progressivement du modèle paternaliste basé sur la bienfaisance au modèle autonome qui donne la priorité au respect de la volonté.

D'autre part, l'évolution jurisprudentielle a apporté ces dernières années des modifications dans la relation de soins avec parfois des apparentes contraintes dans le domaine de l'information et de la communication médecin-malade.

Ces modifications ont voulu rétablir un certain équilibre en obligeant le médecin à transférer une part de son savoir en direction du patient par le biais d'un renforcement de l'obligation d'information.

Ainsi, le médecin est tenu de plus en plus d'informer son malade des risques habituels et également des risques graves même s'ils ne sont qu'exceptionnels. La charge de la preuve de l'information est en voie d'être inversée et revient de moins en moins au malade.

Ces revirements sont des marqueurs de l'évolution sociale dans la relation médecin-malade mais ne doivent pas transformer le climat de confiance en un climat de méfiance susceptible de déresponsabiliser le médecin.

Les conditions et les modalités de l'information médicale ne doivent se concevoir que dans le respect vécu de la réciprocité d'un rapport mutuellement confiant. Si les médecins sont tenus de respecter la liberté des patients, ils ne doivent pas sombrer dans "l'indifférence coupable". S'ils sont tenus de donner toutes les informations aux patients sur le diagnostic, pronostic et traitement, ils doivent chercher ce que le patient peut et veut savoir en faisant preuve d'humanisme.

## L'INFORMATION DE MALADE A L'HOPITAL

**Ali CHADLY**

Service de Médecine légale - Hôpital Universitaire « Fattouma Bourguiba » - Monastir

La relation médecin-malade, relation de confiance, est fondée sur l'échange de l'information. Cette relation prend un aspect particulier à l'hôpital où le patient s'adresse plutôt à une équipe soignante et où l'information est diluée.

Face à l'institution hospitalière, les malades se réclament actuellement d'un collectif adepte d'un concept anglo-saxon, le « consumérisme », qui se donne le droit à l'information à l'instar de tout consommateur. L'information du malade à l'hôpital figure parmi les obligations du médecin selon les règlements généraux intérieurs des hôpitaux, les différentes chartes du malade, hospitalisé ou non ainsi que les autres textes internationaux établissant le droits des patients. Les codes de déontologie professionnelle de la santé rappellent e devoir.

Le contenu de cette information se heurte toutefois aux conséquences de la révélation de la vérité au malade, notamment quand il s'agit d'une affection à pronostic grave tels que le cancer. Les maladies transmissibles dont la loi a rendu la révélation au patient obligatoire posent au médecin des difficultés à leur annonce.

Dans la pratique, l'information du malade l'hôpital est peu développée et elle est reléguée au deuxième plan par le médecin: manque de temps réservé à ce type d'activité, absence de demande du malade (ou de sa famille), vérité difficile à annoncer, action laissée à un confrère ou au chef de service ...

De même, le droit d'accéder au dossier médical reste encore ambigu pour le patient. Le manque d'information à l'hôpital est à l'origine de plaintes judiciaires. L'information défailante préalable au consentement (éclairé) explique de nombreux procès. Des procédures judiciaires sont aussi intentées à cause de l'absence d'information et d'explication après un échec thérapeutique ou un accident de soins. Certains pays notamment occidentaux ont mis en place des comités de conciliation dans leurs hôpitaux. Ces comités ont pour mission d'apporter les réponses aux questions des usagers de l'hôpital notamment dans les situations de litige.

La recherche biomédicale rendue nécessaire pour l'évolution de la médecine a contribué, suite à une prise de conscience collective, à une meilleure définition des droits du malade, notamment en matière d'information. L'introduction des nouvelles technologies de communications dans l'institution hospitalière tel que l'informatisation du dossier médical, l'archivage des données médicales nominatives pour la recherche ou pour certaines pathologies, la télémédecine et l'internet ont modifié les rapports entre médecins et malades et ont généré des questions relatives aux droits d'accès des malades à ces fichiers et à la protection de la confidentialité nécessaire à l'exercice de la médecine.

# LA RELATION MEDECIN-MALADE EN CHIRURGIE

**Tarek KILANI**

Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire - Hôpital Abderrahmane MAMI - Ariana

La relation entre le malade et le chirurgien revêt un caractère particulier du fait que l'acte chirurgical en lui même porte atteinte à l'intégrité physique du patient, parfois même très gravement (par exemple en cas d'amputation).

Le problème se pose différemment, selon que la chirurgie est indiquée dans une situation d'urgence pouvant engager le pronostic vital ou si elle est indiquée « à froid ». De même l'attitude diffère selon que l'indication opératoire concerne une pathologie bénigne ou maligne, voire même une indication de « confort» sans qu'il y ait une véritable maladie sous-jacente (comme la chirurgie esthétique).

La relation chirurgien malade doit rester sous-tendue par le principe majeur d'Hippocrate : **PRIMUM NON NOCERE.**

Il est certain que **le risque zéro** n'existe pas en chirurgie (comme ailleurs), mais il est primordial de mettre en balance le «gain» escompté pour le patient et le risque encouru.

L'information du patient et de son entourage par l'équipe chirurgicale (chirurgiens et anesthésistes) des différentes données relatives à sa maladie et au geste chirurgical programmé ainsi que ses risques et ses conséquences, est un devoir pour les médecins et un droit pour le malade.

## **L'INDEPENDANCE DU MEDECIN : PRIVILEGE DU PROFESSIONNEL OU DROIT DU PATIENT?**

**Mondher CHAABOUNI**

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie.

Le principe de l'indépendance professionnelle du médecin a valeur législative. Quel que soit le secteur d'activité ou le mode de financement de la santé ce principe demeure valable et capital.

L'opinion publique ne se soucie pourtant pas de cette notion qui en temps normal n'est pas un sujet de conversation.

En parler pour la défendre peut même paraître suspect : la profession ne se servirait-elle pas de son indépendance pour des intérêts corporatifs? Certains parleraient même d'un pouvoir médical.

L'indépendance loin d'être un privilège du médecin est un droit indubitable du patient et un devoir pour le médecin. Les décisions dont dépend la santé du malade doivent être indépendantes de tout pouvoir, de toute influence, de tout intérêt. Le médecin ne doit être soumis qu'aux directives des données acquises de la science et à celles de sa conscience. Ceci augmente d'autant sa responsabilité. L'indépendance de l'exercice a été instituée par le législateur dans l'intérêt aussi bien de l'individu que dans celui de la société.

Dans la réforme en cours de notre système d'assurance maladie, l'Ordre des médecins a un devoir de vigilance. La loi l'a chargé d'assurer la défense de l'indépendance de la profession. Il apportera sa contribution aux solutions à envisager.

## LE CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

### **Monia BEN JEMIA**

Maître assistante à la Faculté des Sciences Juridiques, Politiques et Sociales de Tunis.

Le certificat médical prénuptial a été institué par la loi n° 64-46 du 3 Novembre 1964. Cet examen est obligatoire et l'officier d'état civil ou les notaires ne peuvent célébrer de mariage à défaut de ce certificat. L'article 2 de cette loi dispose que l'attention du médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses, les troubles mentaux, l'alcoolisme ou toutes autres maladies dangereuses pour le conjoint ou la descendance et notamment la tuberculose et la syphilis".

L'exigence du certificat prénuptial est obligatoire pour tout le territoire de la république tunisienne.

L'absence de certificat prénuptial n'est pas sanctionnée par la nullité du mariage et n'est pas considérée comme un empêchement au mariage. La sanction est d'ordre pécuniaire (une amende civile) et n'atteint que les officiers d'état civil et les notaires qui auraient célébré un mariage sans certificat prénuptial.

Il y a néanmoins une atteinte à la liberté de se marier dans l'article 3 de la loi susvisée qui permet au médecin de refuser de délivrer le certificat ou de surseoir à sa délivrance jusqu'à ce que le malade ne soit plus contagieux ou que son état de santé ne soit plus préjudiciable à sa descendance. A défaut de délivrance de ce certificat, le mariage ne pourra pas être célébré.

La loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative aux maladies transmissibles ne semble pas non plus faire de l'état de santé des candidats au mariage un empêchement au mariage. En effet, et selon l'article premier de cette loi: «nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible ». Refuser de délivrer un certificat prénuptial en raison de l'existence d'une maladie transmissible est certainement une mesure discriminatoire portant atteinte à la liberté de se marier. En redéfinissant les obligations du médecin face à un patient atteint d'une telle maladie et en faisant de la contamination délibérée une infraction pénale, la loi de 1992 n'autoriserait plus le médecin à refuser le certificat prénuptial, et confirmerait que la maladie transmissible n'est pas un empêchement au mariage.

## **SECRET MEDICAL ET INFORMATION DU PATIENT ET DE TIERS**

### **Abdelaziz GHACHEM**

Président de la Section Technique du Comité National d'Ethique Médicale.

Depuis Hippocrate, la médecine s'est épanouie sous la grande ombre du secret médical. De nos jours encore le secret constitue la « pierre angulaire » de l'édifice médical et le « principe fondamental de l'exercice » de la profession médicale. Comme le souligne le Professeur PORTES: « *il n y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidences et de confidences sans secret* ».

Le patient doit toujours être assuré que les confidences qu'il fait à son médecin, que les constatations révélées par l'examen de son corps, sont garanties par l'observance stricte du secret.

Rappelons également qu'au terme de la soutenance de sa thèse de doctorat en médecine, le futur praticien prononce devant son jury le serment d'Hippocrate en soulignant: « *Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés ...* ».

Deux de nos Codes le proclament haut et fort: le Code pénal (l'article 254) et le Code de déontologie médicale (notamment les articles 8 et 9).

Le patient a donc le droit d'exiger le respect des données confidentielles concernant sa vie privée et sa maladie. S'il peut et doit lui-même obtenir - s'il le désire - une information de son médecin, le secret s'impose formellement pour le protéger vis-à-vis de tiers. Une révélation hors les cas où la loi oblige ou autorise le médecin à se porter dénonciateur, est punie par les juridictions judiciaires et ordinaires.

Le secret médical concerne uniquement les rapports avec des tiers et n'intervient pas dans les relations entre médecin et son patient. En France, la jurisprudence administrative reconnaît de façon constante que « *le secret n'est pas opposable au malade* ». La doctrine suisse souligne « *le patient est le maître et le bénéficiaire du secret médical ; le médecin en est le dépositaire* ».

Toutefois en pratique, les choses ne sont pas toujours aussi simples.

Une tendance à relativiser le secret médical se dessine de plus en plus soit dans l'intérêt du malade soit dans l'intérêt de la société.

Il est maintenant d'usage de s'interroger sur la portée actuelle du secret professionnel et de constater que de toute part il est mis à mal.

Dans beaucoup de pays et singulièrement en France des débats sont organisés sur le thème : « **le secret médical est-il dépassé?** »

C'est à ces débats que cette présentation souhaite apporter une modeste contribution.