

Le sentiment de voir ses droits non reconnus, L'exemple de la relation médecin-malade

Daniel Oppenheim

Le ressentiment vient souvent du sentiment, dans l'après-coup, de n'avoir pas été traité à notre juste valeur, mis à la place à laquelle nous avons droit, de n'avoir pas entendu la parole que légitimement nous attendions, vu nos droits reconnus. Dans le ressentiment il y a certes de la colère mais aussi un désir de reconnaissance déçu. Mais il faut un certain temps pour qu'il s'installe, celui de la rumination plutôt que celui de la réflexion sur l'origine du malentendu éventuel. Il découle d'un sentiment d'échec et d'impuissance dans la relation à l'autre. De nombreux éléments - d'importance diverse, conscients ou inconscients, cachés ou visibles, se constituant vite ou prenant leur temps - contribuent à ce sentiment que tout enfant a éprouvé face à ses parents, à un moment ou un autre de son développement. Mais pouvoir porter sur eux un regard lucide - et donc libéré de l'idéalisation et des images mythiques dont pendant longtemps l'enfant les a habillées -, critique et affectueux, ne plus leur en vouloir de leurs insuffisances et de leurs erreurs, et ne plus en souffrir, est certes un moment important dans le processus de maturation vers le devenir adulte. Mais ce dépassement implique aussi de pouvoir porter le même regard sur soi-même, et de reconnaître que les droits et les devoirs ne sont pas caricaturalement répartis entre chacun des acteurs de la relation : tous les devoirs pour les parents, tous les droits pour l'enfant. Le ressentiment s'appuie sur le sentiment d'une inégalité injuste. Reconnaître autant ses devoirs que ses droits, autant les siens que ceux de l'autre, est la condition nécessaire pour aller vers une relation d'égalité et de respect réciproque.

Quant le ressentiment devient lien social entre les individus et phénomène collectif, il peut être le ciment de groupes ou de mouvements politiques qui privilégient l'émotion et la demande de réparation à l'information, l'analyse et la réflexion.

Pour mieux comprendre les éléments sur lesquels s'appuie le ressentiment et les mécanismes par lesquels il se constitue, et donc les moyens qui permettent d'en prévenir la survenue ou de le dépasser quand il s'est installé, je m'appuierai sur la relation médecin-malade. Les raisons du choix d'un tel exemple sont simples : je connais bien, par expérience professionnelle, ces situations¹, elles concernent un nombre important d'individus dans notre société – tous, en fait - la médecine actuelle et les questions sociales et éthiques qu'elle pose y occupent une place croissante. De plus en plus le médecin se sent mal reconnu dans sa valeur et sa place par le patient autant que par la société, et le patient se sent méprisé par le médecin et la médecine. J'avancerai l'hypothèse qu'à la base de ces malentendus, de ces conflits, des souffrances et du ressentiment qui en découlent, se situe souvent l'attente d'une relation d'égalité idéale entre eux.

J'espère que le lecteur pourra, sans trop de difficultés, adapter ces réflexions issues du champ des maladies graves à d'autres situations, telles celles qui existent entre minorités et majorités, vieux résidents et nouveaux venus, puissants et sans pouvoir, ou encore entre pays et entre peuples.

1 Oppenheim D. Grandir avec un cancer. L'expérience vécue par l'enfant et l'adolescent. Bruxelles. De Boeck, 2003.

Les éléments constitutifs de l'inégalité et du sentiment d'inégalité.

Ils peuvent être structurels ou contingents, objectifs ou subjectifs.

C'est le malade qui souffre et qui peut mourir de la maladie, pas le médecin, même si ce dernier est lui aussi mortel. Il est plus facile pour le médecin de garder son sang-froid que pour le patient, dont le désarroi, même contrôlé, ne doit pas être sous-estimé quand il s'agit d'une maladie grave. Le médecin doit tenir compte de cette différence émotionnelle entre eux, et accepter une partie des réactions du patient, en attendant que ce désarroi s'apaise pour qu'une discussion plus rationnelle puisse s'engager et se développer entre eux. Les arguments, ou parfois les rapports de force, ne sont pas les mêmes suivant les moments, par exemple en tout début de traitement ou quand celui-ci a pris son rythme de croisière et ne représente plus l'inconnu effrayant pour le patient. Mais le patient ne doit pas en vouloir au médecin de sa froideur relative et la prendre pour de l'indifférence à sa situation, à sa souffrance et aux dangers qui le menacent. Si le médecin ressent trop d'émotion envers le patient, parce que celui-ci est ou lui apparaît trop proche de lui, la rigueur de son raisonnement risque d'en souffrir. S'il est trop distant, il risque des passer à côté des petits signes que dans la relation d'empathie le corps et la parole du patient lui adressent et celui-ci peut à juste titre se plaindre de la distance qui le sépare, de n'être pour le médecin qu'un corps ou un organe à guérir, une maladie à combattre. Mais le patient peut être aidé à comprendre la différence entre son objectif d'être guéri et sa demande, plus ou moins consciente, d'être soutenu affectivement, estimé, plaint ou aimé par le médecin, et la hiérarchie qu'il établit entre ces deux attentes. De même, le médecin peut être aidé à trouver le juste équilibre entre excès de froideur et excès d'émotion, la juste distance entre le patient et lui. Mais ni l'un ni

l'autre ne peuvent occuper toutes les places, jouer tous les rôles dans la situation médicale, rester dans le vase clos de leur relation passionnée. Si le patient est trop inquiet et troublé par sa maladie, il peut déléguer à un tiers (un proche, un ami, une personne de confiance) une partie du dialogue rationnel avec le médecin. Et de même, le médecin peut être secondé ou relayé par d'autres qui donnent des informations et des conseils pour aider le patient à mieux se confronter à toutes les conséquences de la maladie dans sa vie quotidienne.

Le patient peut considérer que le médecin est jaloux de son savoir et du pouvoir qu'il confère, ce qui peut le pousser à une recherche désordonnée d'informations, une méfiance envers le médecin ou une rivalité avec lui. En retour, le médecin peut être inquiet sur l'utilisation que le patient peut faire des informations qu'il a recueillies, en particulier quand le patient, s'appuyant sur elles, se sent autorisé à contester ses propositions thérapeutiques ou à vouloir lui imposer les siennes. Pour éviter l'escalade dangereuse du ressentiment réciproque – le médecin s'enfermant dans la fierté de sa compétence et de son savoir si durement acquis, le patient dans sa méfiance envers le médecin et sa confiance de néophyte dans ses connaissances nouvelles – les uns et les autres peuvent être aidés à comprendre que leurs savoirs respectifs n'ont pas la même pertinence ni la même fonction. En particulier, celui du médecin lui est nécessaire pour définir le traitement, le conduire jusqu'à son terme, et en assumer la pleine responsabilité; celui du patient l'aide à préserver son droit de regard sur sa vie, à garder une position active, à suivre, comprendre et mieux supporter et accepter le déroulement du traitement et ses éventuelles difficultés, à pouvoir en parler à ses proches.

Le patient peut en savoir beaucoup sur la maladie et la médecine, mais le médecin s'appuie sur un savoir plus vaste qui constitue un corpus de savoir, qui n'est pas qu'une addition

de savoirs partiels ainsi que sur des mécanismes de pensée (des raisonnements, des liens de causalité, etc.) et une expérience qui lui permet d'enrichir mais aussi de relativiser son savoir. Il peut être ainsi moins aliéné à ce savoir et moins rigide dans son utilisation.

De plus en plus de patients souhaitent non seulement recevoir des informations justes et précises sur leur maladie et leur traitement mais aussi sur la façon dont le médecin construit ses propositions thérapeutiques, et de plus en plus de médecins y sont favorables et contribuent aussi à l'information plus générale des patients et de leurs proches. Quand le patient reproche à son médecin de ne pas lui dire toute la vérité, il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui vient des réticences du médecin à transmettre l'information, de son appréciation, plus ou moins juste de la capacité du patient à supporter de l'entendre, ou des limites de sa compétence à bien le faire, ou de celles du patient à recevoir et comprendre ces informations.

Le médecin doit certes tenir compte des éventuelles insuffisances de compréhension des patients, dues à des raisons de langue, de compétence intellectuelle, de connaissances mais aussi à leurs références culturelles ou à leurs modes de pensée parfois fort différents des siens. Ceux-ci ont leur valeur dans leur champ habituel d'utilisation et constituent des points d'appui importants pour le patient, mais parfois elles gênent, de façon plus ou moins forte, le bon déroulement du traitement, en particulier quand les patients les mettent sur le même plan que le savoir médical et ses conséquences thérapeutiques.

Le médecin peut s'irriter de voir le patient refuser le traitement qu'il lui prescrit et qui correspond aux recommandations actuelles. S'il connaît et comprend suffisamment les éléments à la base de l'attitude du patient, il est plus à l'aise pour les évaluer, comprendre leur logique, et trouver avec lui des compromis qui ne mettent pas celui-ci en contradiction ni avec ses référen-

ces, ses repères et son entourage, ni avec le bon déroulement du traitement. Si un tel compromis n'est pas possible, pour des raisons médicales, le patient est plus libre de prendre sa décision, en connaissance de ce qu'il perd de ses chances de guérir et de ce qu'il préserve de son sentiment d'identité. De même, il aura moins tendance à penser que le médecin refuse ses exigences pour des raisons d'antipathie personnelle, de mépris, de racisme social, ethnique ou religieux. Mais il est tout autant souhaitable et nécessaire que le patient fasse l'effort de comprendre les logiques du traitement (pas seulement ses modalités) et le raisonnement ou les repères et références culturelles qui en sont à l'origine. Et il doit aussi faire l'effort d'expliquer au médecin ses propres raisonnements, à l'origine de ses attitudes, qu'elles soient d'acceptation passive et silencieuse, de réticence active ou de trouble visible. Ainsi, le médecin n'aura pas le sentiment que ses efforts pour soigner le patient se heurtent à un mur d'incompréhension, à une différence irréductible ou à une ingratitude qui fait vaciller sa confiance dans les choix professionnels qu'il a faits et dans ses idéaux. L'amertume et la déception ainsi que la perte des idéaux font le lit du ressentiment contre l'autre accusé d'en être responsables, et contre tous les autres accusés de n'avoir rien fait pour l'empêcher.

Il est bon que le médecin comprenne les modes de pensée du patient et de ses proches mais aussi qu'il aide ceux-ci à comprendre les siens. Mais son temps de travail n'est pas sans limite et celui qu'il consacre à cette tâche ne doit pas l'être au détriment de ses autres tâches et des autres patients, sinon ceux-ci pourraient se sentir négligés et en éprouver du ressentiment.

La capacité thérapeutique du médecin et la passivité du malade. Quand il s'agit de maladie grave et complexe, c'est le médecin qui possède la capacité de guérir car l'automédication ici n'est pas possible. La conséquence en est une position de passivité relative pour le patient. Certains la supportent ou s'en satisfont, quitte à

se le reprocher plus tard et en vouloir au médecin, d'autres se révoltent contre elle, parfois excessivement, au risque de mettre en danger le bon déroulement du traitement. Les raisons de ces attitudes sont souvent en partie inconscientes, et à rechercher autant dans les éléments de la situation présente que dans des fantasmes ou dans l'histoire, parfois ancienne, du patient et de sa famille². Il serait peu raisonnable que le médecin se contente de cette passivité sous prétexte qu'elle le décharge de la complexité inévitable de la relation aux patients, ou que son autorité satisfait les tendances à l'aliénation de certains d'entre eux. Traiter la douleur ou les tendances dépressives, préserver les insertions familiales, amicales et sociales, réfléchir à l'après-traitement et à la réadaptation à la vie quotidienne, contribuent à lutter contre cette passivité. Souvent, des solutions pratiques aux difficultés et aux souffrances apaisent les conflits et les malentendus qui font le lit du ressentiment.

Mais les patients doivent aussi se dépren- dre de l'image des médecins tout-puissants (image que les médecins peuvent partager), car si les progrès médicaux leur apportent des moyens bien plus forts qu'auparavant ils leur imposent dans le même temps des contraintes croissantes qui, s'ajoutant à celles qui découlent des lois, des politiques de santé et d'économie du pays, limitent leur liberté d'action. Le risque de ressentiment diminue quand les individus ou les groupes évaluent leur situation par rapport à la réalité actuelle et non par rapport à des images dépassées ou excessives d'eux-mêmes ou des autres.

Traditionnellement il était reproché aux médecins leur position paternaliste ('je sais, je décide'). Cette position n'est plus défendue par les sociétés médicales et elle tend à disparaître

dans la pratique³. Mais il serait dommage qu'elle soit remplacée par la relation contractuelle ('le patient a signé ou clairement affirmé sa position, il en prend la responsabilité'). Les lois et recommandations des sociétés savantes ne règlent pas toutes les difficultés de la relation inter – humaine si complexe : il reste à chacun des acteurs à inventer cette relation, dans le respect averti des règles ou dans leur transgression en connaissance de cause. Celui qui n'a fait que respecter les règles a tendance, en cas d'échec, à retourner contre les autres son sentiment de colère ou de culpabilité ; celui qui a été responsable de ses décisions, dans un tel cas, peut certes se reprocher ses mauvais choix ou retourner sa colère contre les autres, mais il aura moins tendance à se décharger sur les autres de la responsabilité de cette issue défavorable et à éprouver du ressentiment contre eux.

L'individu et le groupe. Aux yeux de certains patients le médecin appartient à un groupe puissant face auquel ils ne sont que des individus en position de faiblesse. Il est vrai que la médecine actuelle, en raison de sa complexité, ne peut plus s'exercer de façon solitaire et le médecin fait partie d'une équipe ou d'un réseau de soins, et souvent d'une société savante. Mais ces groupes sont plus des lieux de contraintes stimulantes (rendre compte de son travail à ses pairs, leur soumettre ses innovations, accepter les recommandations issues de l'expérience collective) que des structures de défense corporatistes. Le patient, de son côté, peut faire partie d'une association de patients qui défend ses revendications spécifiques, exprime ses attentes, ses critiques, ses propositions, autant qu'elle contribue au financement de la recherche et à l'amélioration des conditions de traite-

2 Oppenheim D, Brugières L, Corradini N et al. *An ethics dilemma : when parents and doctors disagree on the best treatment for a child.* Bull Cancer 2004 ; 91 : 735-738

3 Quill TE, Brody H. *Physician recommendations and patient autonomy : finding a balance between physician power and patient choice.* Ann Intern Med. 1996 ; 125 : 763-769

ment. Il est compréhensible et légitime que les associations, de médecins ou de patients, défendent leurs intérêts spécifiques, mais ceux-ci ne sont pas a priori ni systématiquement opposés, ils peuvent aller dans la même direction. Les affrontements inadéquats pour le prestige ou pour des principes erronés usent ceux qui s'y laissent piéger car ils laissent le sentiment amer du temps perdu et des occasions gâchées. La participation de représentants d'associations de patients aux activités de certaines sociétés médicales et la présence de comités de patients dans de nombreux hôpitaux contribuent à atténuer la méfiance et la méconnaissance réciproques et à développer une solidarité responsable.

Ces dernières années de nombreuses mesures législatives ont été mises en œuvre. pour donner des droits aux patients en vue de réduire cette inégalité : sur les essais thérapeutiques, le droit à l'information et le droit au refus⁴, sur la responsabilité médicale sans faute, sur l'accès direct au dossier médical, etc. Dans le même temps d'autres décisions montraient la volonté des pouvoirs publics (dans un but avant tout d'économie) de mettre une limite à certaines exigences des patients, tel le parcours coordonné de soins ou la limitation de remboursement de certains médicaments. Il reste à évaluer leurs effets, positifs et négatifs, aussi sur la perception de la médecine par les patients (certains se comportent en consommateurs de soins, ou pensent d'abord à faire valoir leur droits) et par les médecins (certains se sentent fragilisés face aux patients et pensent d'abord à se protéger du risque de procès).

Les conditions, idéales, d'une relation égalitaire, de solidarité et de respect réciproque.

Une connaissance et une confiance réciproques suffisantes.

4 Oppenheim D, Dauchy S, Hartmann O. Refuser le traitement : responsabilité et autonomie du patient. Bull Cancer 2006 ; 93 : 133-137

Les incompréhensions peuvent venir aussi de la différence, pas toujours facile à percevoir, des objectifs spécifiques que le médecin et le patient ont, derrière les grands objectifs communs, tels guérir, prolonger la vie, traiter la douleur, garder sa dignité et son identité, etc.)^{5,6}. Ainsi, le patient peut considérer que les inconvénients, quels qu'ils soient, du traitement sont excessifs par rapport aux bénéfices qu'il estime, à tort ou à raison, pouvoir en retirer, en particulier quand le pronostic est sévère et les chances de guérison faibles. Pour l'un comme pour l'autre il existe, derrière l'objectif principal et conscient de la guérison plusieurs objectifs secondaires dont l'importance peut se révéler dans un second temps : le médecin, par exemple, peut vouloir coûte que coûte guérir le patient parce que celui-ci lui rappelle son père ou pour démontrer la valeur de son traitement innovant, le patient peut vouloir renoncer au traitement pour ne pas être une charge affective et financière excessive pour sa famille, ou au contraire vouloir vivre jusqu'à la naissance de son premier petit-fils. Percevoir suffisamment ces buts secondaires évite les malentendus qui font le lit des conflits et le sentiment d'avoir été incompris qui fait celui du ressentiment.

Des droits et des devoirs de niveau équivalent

La compétence est un devoir, et le médecin comme le patient doivent être également à la hauteur des tâches qu'ils ont à accomplir. Il est relativement facile de définir les critères de la compétence du médecin. Mais le malade ? Doit-il connaître suffisamment sa maladie et ses traitements pour préserver son droit de regard légitime sur ce qui lui est fait ? Doit-il aussi

5 Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA, et al. Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. J Clin Oncol 2004 ; 22 : 1721-1730

6 Koedoot CG, de Haan RJ, Stiggelbout AM et al... Palliative chemotherapy or best supportive care? A prospective study explaining patients' treatment preference and choice. Br J Cancer 2003 ; 89 : 2219-2226.

s'efforcer de préserver sa place sociale et familiale, ses références identitaires, afin de rester lui-même, de ne pas être qu'un 'malade'? Le sentiment d'avoir perdu ce qui faisait sa valeur et son identité, à ses yeux et à ceux des autres, fait aussi le lit du ressentiment.

Un niveau de pouvoir équivalent. Le médecin peut dire le diagnostic, définir le traitement et faire qu'il se réalise. Le patient peut choisir son médecin, avoir accès à son dossier médical, refuser le traitement. Mais dans ce dernier cas, le médecin peut considérer, au-delà de certaines exigences du patient, qu'il n'est plus en mesure de garantir la bonne marche du traitement.

Un niveau de responsabilité équivalent. La nécessaire co-responsabilité n'implique pas forcément la co-décision, que certains proposent, que d'autres critiquent car face à sa mort le patient pourrait se reprocher d'en être responsable à cause de la mauvaise décision qu'il a prise. Il est préférable qu'il adresse ses doutes, ses reproches, sa colère au médecin. Il pourra certes se reprocher d'avoir choisi le mauvais médecin, de lui avoir fait trop confiance, mais ce dernier pourra, dans le dialogue, accepter ses critiques ou justifier ses choix thérapeutiques.

Le médecin a des responsabilités envers le patient. Il doit le soigner de la façon la plus efficace possible, en accord avec les connaissances et l'expérience actuelles, nationales et internationales, dans le respect de l'éthique médicale⁷. Cette éthique implique de penser d'abord au bien du patient, de veiller à ce que les bénéfices du traitement soient autant que possible largement supérieurs à ses inconvénients ou aux risques qu'il comporte (physiques, psychiques, sociaux), à court et à plus long terme; de ne rien faire qui lui fasse perdre sa dignité; de ne pas le défavoriser par rapport aux autres malades, de préserver son autonomie.

Le patient a des responsabilités envers le médecin. Il doit préserver des relations civiles normales : la maladie, la douleur et le risque de mort n'excusent pas les comportements agressifs, le champ médical n'est pas un hors-lieu de la société. De même vont à l'encontre d'une relation égalitaire l'utilisation du médecin uniquement comme un instrument technique de la guérison, le mépris, la méfiance a priori, le contrôle systématique et les critiques incessantes, l'accaparement abusif de son temps par des demandes sans limites, bien au-delà du légitime et nécessaire exercice de son droit de regard et de critique. De tels comportements contribuent à l'usure du médecin et des équipes. Le patient a à trouver le juste milieu entre tout attendre du médecin ou n'en attendre que des soins, dans une position de consommateur exigeant une garantie de réussite.

Le médecin a des responsabilités envers les autres. Son investissement auprès d'un patient ne doit pas se faire au détriment des autres patients : son temps, ses moyens humains, matériels, financiers ne sont pas illimités. Des attitudes contraires aux bonnes pratiques et à l'éthique discréditent un service ou un hôpital. Ils peuvent aboutir à la réticence à consulter ou se faire soigner et contribuent ainsi à gêner le libre accès aux soins. De même, la réticence, par exemple, à proposer à des patients d'être inclus dans des essais thérapeutiques a pour conséquence de freiner les progrès médicaux, souhaités par tous. Mais des pratiques non éthiques dans la recherche médicale, qui sapent la confiance de la société dans la médecine, produisent le même effet.

De même le patient : par exemple, son exigence de traitements coûteux et jugés inutiles par le médecin, si elle était acceptée, se ferait au détriment des ressources limitées dont celui-ci dispose pour tous les patients; son refus de participer à des essais thérapeutiques pourrait freiner les progrès thérapeutiques, que par ailleurs il réclame.

7 Fournier V. *The balance between beneficence and respect for patient autonomy in clinical ethics in France*. Camb Q Health Ethics 2005; 14 : 3281-3286.

Le médecin a des responsabilités envers la société. Les médecins doivent bien utiliser l'argent et les moyens qui leur sont confiés. De même, ils ont à être à la hauteur des valeurs qu'ils incarnent, parfois contradictoires avec les demandes des patients et de la société, à ne pas mésuser de la confiance qui leur est faite, à ne pas la décevoir.

De même le patient. Pas plus que le médecin il n'a à accepter des pratiques inacceptables. Il contribue par sa vigilance, ses critiques et ses propositions, individuelles ou collectives, à faire évoluer positivement le médecin et la médecine. Mais les discréditer injustement contribuerait à l'usure des soignants, au sentiment d'insécurité des autres patients ainsi qu'à la perte de confiance plus générale dans les valeurs d'une société qui accepterait sans réagir de telles pratiques.

Le médecin a des responsabilités envers lui-même. Il doit rester à la hauteur de sa vocation, de ses idéaux, de ses références éthiques. Le sentiment d'échec, de honte, de s'être trompé ou d'avoir été trompé accentuent l'usure⁸, surtout si s'ajoutent des difficultés économiques. Et cela fait hésiter les jeunes à suivre la voie des plus anciens.

Pour résister au risque d'usure, de regret et de ressentiment il importe que le médecin comme le patient soit à l'aise avec lui-même dans sa situation et dans ses tâches, dans le regard qu'il porte sur les choix de vie qu'il a faits⁹, qu'il ait un regard lucide sur ses défauts et ses limites et une confiance suffisante dans ses qualités et la place qu'il occupe dans sa famille et dans la société.

Il en est de même pour le patient. Il est plus à l'aise quand il comprend sa maladie et le traitement, et quand ceux-ci ne représentent

pas un coût financier ou des contraintes tels qu'ils le feraient hésiter à accepter le traitement. L'expérience de la maladie grave est une épreuve de vérité : elle réveille des émotions et des souvenirs parfois anciens, suscite des pensées troublantes, révèle des qualités et des défauts que parfois il ignorait ou ne voulait pas voir, elle l'incite à porter un regard sur sa vie, sur ses choix passés et présents, sur son couple, sa relation à ses enfants, à ses amis, ainsi que sur ses références idéologiques, morales ou religieuses. Il importe qu'il reste lui-même tout en acceptant les changements introduits et imposés par la maladie et les traitements, et ne cherche pas systématiquement et a priori des coupables à son malheur. Il est légitime qu'il attende beaucoup des médecins, mais pas plus que ce que la médecine actuelle peut raisonnablement offrir. Un tel équilibre est certes difficile à trouver et préserver mais l'aide à garder une relation égalitaire avec le médecin, à limiter les déstabilisations actuelles et à venir que la maladie peut provoquer. Ces déstabilisations peuvent s'exprimer par l'agressivité, l'égoïsme, la violence, l'exigence excessive et inadéquate, la dépression, la position de victime ou d'assisté à qui tout est dû, le ressentiment.

L'égalité est indissociable de la liberté, de la dignité, de la responsabilité.

Une liberté de penser et d'agir équivalente est nécessaire à une relation égalitaire. Cette liberté est empêchée par le refus ou l'incapacité de tenir compte de la réalité, de ses limites et de ses contraintes. En tenir compte n'implique pas de les accepter toutes, de s'y soumettre passivement ou de renoncer à ses idéaux. Ceci s'applique aux médecins autant qu'aux patients. Leur liberté peut être limitée aussi par leurs passions (de guérir, de réussir, d'être aimé ou admiré, etc.) qui influent excessivement sur leurs décisions, autant que par l'incompétence, l'ignorance, le malentendu. Ils peuvent de même être influencés par leurs proches, leur communauté, l'idéologie de la

8 Mc Manus IC, Winder BC, Gordon D. *The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors.* Lancet 2002 ; 359 : 2089-2090

9 Balint M. *Le médecin, son patient et la maladie.* Paris : Payot, 1968

société et l'opinion publique, les media, qui peuvent investir dans ces situations leurs attentes, leurs peurs, leurs combats.

L'automatisme est contradictoire avec l'éthique et la liberté. Le patient peut craindre que le médecin applique mécaniquement des protocoles de traitement. L'automatisme peut venir de la logique propre de la maladie qui parfois impose son évolution inéluctable. L'automatisme de la relation peut découler de la personnalité semblable du médecin et du patient, tous deux prisonniers d'une même certitude d'avoir raison, d'une même passion.

La dignité. Elle est préservée quand le patient a le sentiment d'être, malgré tout, resté le même, reconnu dans ses caractéristiques fondamentales, toujours aimé et estimé, et que sa vie a valu la peine d'être vécue, à ses propres yeux et à ceux des autres. Il en est de même quand le médecin, à l'épreuve de la durée et de la dureté de son métier garde sa vocation et ses idéaux, même s'ils ont évolué.

La responsabilité. Le médecin est seul responsable de ses décisions et de ses actes, même dans le cadre de la médecine collective actuelle. Le patient, qui certes n'a pas choisi d'être malade, est responsable de ses façons d'être malade et d'intégrer cette réalité dans sa vie, son identité, sa relation aux autres.

La réflexion éthique est mobilisée quand les avantages et les inconvénients des décisions à prendre apparaissent égaux et leurs conséquences graves dans tous les cas, quand l'intérêt d'un patient apparaît contradictoire avec celui des autres; quand les façons de penser, les comportements et les décisions de l'autre semblent incompréhensibles; quand apparaît le sentiment d'être seul, non libre de décider, de perdre sa dignité, ses idéaux, ce qui faisait son identité. La préservation d'une relation d'égalité entre les acteurs de ces difficiles, complexes et éprouvantes situations est une

condition indispensable à leur possible résolution. Le nécessaire respect de soi-même et de l'autre y est lié, faute de quoi c'est le ressentiment, contre l'autre, parfois le plus proche, ou contre soi-même, qui triomphe

Conclusions

La recherche de l'égalité dans ces situations difficiles exige de chacun l'effort de préserver, avec un même niveau d'exigence, ce qui constitue ses références éthiques majeures : sa liberté de penser et d'agir (qui peut être limitée ou empêchée par des éléments de la réalité ou par des processus psychiques), son autonomie et son refus de l'aliénation, ses idéaux et ses valeurs, sa dignité, sa responsabilité par rapport aux tâches qui sont les siennes, ainsi que son respect de soi-même, de l'autre, des autres. Cette égalité exige aussi la reconnaissance de sa responsabilité envers les droits et les devoirs de chacun, les siens autant que ceux de l'autre. Le rôle des lois ou des contraintes exercées par les autres est certes important pour aller vers une plus grande relation d'égalité mais leurs effets peuvent être contradictoires avec leurs objectifs quand elles sont comprises comme donnant des droits à l'un et des devoirs à l'autre plutôt que des droits et des devoirs à l'un et à l'autre. Les bonnes conditions matérielles et sociales contribuent aussi à une plus grande égalité. Dans ces situations, les pensées et les sentiments irrationnels et inconscients du médecin et du patient peuvent être fortement mobilisés. De même des situations anciennes, ou leur souvenir, peuvent être réactivées et constituer un filtre déformant à travers lequel ils perçoivent et comprennent la situation actuelle. Ces éléments peuvent expliquer certaines décisions ou comportements inadéquats ou paradoxaux. Comprendre leur origine évite que se développent malentendus et conflits, aide à retrouver sa liberté de penser, de décider et d'agir, nécessaire à la relation égalitaire et à la prévention du ressentiment.