Atelier "Structure de la relation médecin - malade".

"Médecin de ville/médecin d'Hôpital et VIH",

Le 27 Janvier 1990, HOTEL HILTON SUFFREN PARIS

Dans l'acte médical, le médecin opère selon un double "vouloir" : vouloir - traiter et vouloir - savoir, 2 termes écrits comme un rapport dans lequel le vouloir - savoir est barré par le vouloir - traiter, celui-là étant le vassal de celui-ci. Cette formulation, validée par l'article 1 de la déclaration d'Helsinki sur les essais thérapeutiques ("dans la perspective d'un bénéfice pour le malade lui-même"), rappelle la relation éthique des partenaires de l'acte médical quelqu'il soit.

C'est dans la relation du médecin aux personnes vivant avec le SIDA (PVA) et à leur entourage, informés plus que jamais dans l'histoire de la médecine, que cette topologie éthique ressort de la façon la plus manifeste. Au delà du savoir scientifique, souvent partagé et parfois à l'avantage du patient, c'est une manifestation du vouloir du médecin à son endroit que demande le PVA au médecin qu'il choisit. A défaut de sciences capables de modifier la réalité de la maladie dans l'immédiat, c'est à ce vouloir comme intention que le sujet fait appel.

La position éthique du médecin ainsi définie, subjective mais consciente, a valeur de contrat moral à l'égard du patient qu'il accepte de prendre en charge tout au long des stades de l'infection HIV. Cette position est pourtant fragile, avec toute une série d'occasions de se voir malmenée :

1) la division du travail dans le suivi médical expose le médecin traitant (de ville ou d'hôpital) à devoir "abandonner" le PVA dans les moments les plus difficiles de la maladie ;

2) la violence de l'énoncé médical à vocation scientifique (maladie incurable, immuno-déficience majeure, sarcome de Kaposi) peut avoir des effets de "sans issue" sur le PVA, et le travail du médecin avec son patient est bien souvent de redire "la vérité", pour dénouer les malédictions ou imprécations de ces formulations scientifiques, et en cela communicables à tous et toutes de la même façon. Or, le savoir-faire et le savoir-dire du médecin traitant (de ville ou d'hôpital) est au risque d'être dévalorisé, voire ridiculisé, pour peu que l'équipe hospitalière applique à la lettre ses prétentions au "tout savoir" ;

3) le temps passé à la recherche du plus de savoir par l'investigateur hospitalier peut apparaître déplacé chez le PVA mourrant, où le médecin hospitalier, "trop occupé à savoir", souligne dans le manque créé par son indisponibilité la place du médecin en personne dans cette circonstance, avec les difficultés pratiques que cela représente en effet pour lui ;

4) la construction des essais thérapeutiques (double aveugle, groupes contrôles) et leur logistique (concentration d'un plateau technique centralisé à l'hôpital) est volontairement destiné à subvertir la position subjective du médecin traitant (de ville ou d'hôpital), car ils placent en position de maître le vouloir - savoir, tandis que le vouloir - traiter ne peut plus que dériver, coupé qu'il est de son ancrage au savoir (essai à double insu). Or, dans l'éthique du médecin, le vouloir - savoir fait partie intégrante de l'acte comme étant "le meilleur" soutien récursif du vouloir - traiter (article 2 de la déclaration d'Helsinki). De plus, l'éthique prescrit sans ambiguité qu'il ne peut y avoir chez l'homme d'essais scientifiques de médicaments mais seulement des essais thérapeutiques, ce qui implique dans les termes la personne même du malade, une personne qui ne saurait être séparée de la phénoménologie qu'elle offre aux observateurs scientifiques. La quantité "vouloir - traiter" est ainsi inaliénablement inscrite dans toute thérapeutique même à l'essai sous peine de faute morale.

Cette contrainte morale impose que la collecte de savoir dans les essais thérapeutiques soit construite de telle sorte qu'elle ne s'oppose pas, au contraire, à l'intention de traiter et à sa manifestation. En droit moral, il n'y a pas de place pour la dichotomie, essais "compassionels"/ essais "scientifiques". Seules des considérations méthodologiques, de circonstances et non de principes, voudraient détacher ces 2 membres de l'acte médical. C'est pourquoi obligation morale est faite aux chercheurs-médecins de devoir trouver les moyens techniques permettant d'accrocher sans solution de continuité les 2 éléments du train médical.

De cette analyse, il ressort que le désir de traiter du médecin ne peut être considéré comme nul dans l'essai thérapeutique, à moins de réduire les médecins au rang de vétérinaires en exercice médical illégitime.

A l'unanimité de ses membres, l'atelier relation médecin - malade reconnaît le caractère structural de la position éthique du médecin dans sa relation au PVA tel qu'elle est définie plus haut. Ils ont aussi constaté n'avoir parlé que de la position du médecin, non de celle du PVA.

Rédigé par Jacques Leibowitch

N train médical. Ç°xGuOpSmZh\ec`ƒ]ÂXÀU┬PÍMÉxÍÙv©sOpSmZh\ec`ƒ]ÂXÀU┬PÍMÉxÇÀw·wÆwöwÀw©u╣  ƒ]ÂXÀU┬PÍMÉx<<Ê╚Aâ.  Ñ~4┴8!┼ sur le PVA, et le travail du médecin avec son patient est bien souvent de redire "la vérité", pour dénouer 8Ç9Ïë    écations de ces formulations scientifiques, et en cela communicables à tous et toutes de la même façon.

øire et le savoir-dire du médecin traitant (de ville ou d'hôpital) est au risque d'être dévalorisé, voire ridicul (3/19/91 3/19/91 8ique à la lettre ses prétentions au "tout savoir" ;

3) le temps passé à la recherche du plus de savoir par l'investigateur hospitalier peut apparaître déplacé chez le PVA mourrant, où le médecin hospitalier, "