

RAPPORT

Au nom d'un Groupe de travail* et de la Commission XV (*Exercice médical en milieu hospitalier public et en milieu Hospitalo-universitaire*)

L'Académie Nationale de Médecine recommande, dans l'intérêt des malades, un Humanisme Médical pour notre Temps**

François-Bernard MICHEL***, Daniel LOISANCE**, Daniel COUTURIER*** et Bernard CHARPENTIER***

Tout au long de son histoire et de ses travaux, l'Académie Nationale de Médecine a été animée de la préoccupation constante d'inscrire ses démarches dans la tradition française d'une Médecine Humaniste. Depuis qu'elle exerce des fonctions de conseil auprès des Ministères de tutelle, qu'elle s'attache aux avancées scientifiques et propose des recommandations, elle a toujours considéré de son devoir de veiller aux pratiques d'Humanisme Médical, pour le respect et la dignité de la personne humaine souffrante. Ce rapport s'inscrit donc dans une longue suite de publications de l'Académie et de ses membres sur tous les sujets inhérents à ce thème. Il se propose de rappeler que les évolutions fructueuses et étonnamment rapides de la Médecine du XXI^e siècle, ne dispensent en aucune façon de ses fondamentaux, c'est-à-dire une Clinique Humaniste.

I.- HUMANISME MEDICAL

Toute formule de définition de l'Humanisme Médical encourt le risque de réduire la conception qu'on en propose, autant que les moyens de ses objectifs. Deux philosophes (XII, XXIII) exerçant en milieu hospitalier ont donné la leur au Groupe de Travail : démarche de « tension permanente et variable entre le médecin tel qu'il est, et tel qu'il devrait être, au sein de l'accélération permanente d'un contexte social, économique et technique tel qu'il n'en avait jamais connu auparavant ».

Ils en ont rappelé ensuite cette notion fondamentale : l'Humanisme n'est pas une vertu qu'on appliquerait, superposée, à la médecine. Il lui est consubstantiel. C'est la médecine qui doit constituer un modèle d'Humanisme, car elle est, selon Platon une *tekne*, qui figure, comme l'éducation, parmi « les Arts du Salut » (1, 2).

* Constitué de : BEGUE P., BOUTELIER Ph., CHAPUIS Y., CHOUARD Cl.H., CORDIER J.F., COUTURIER D., CREMER G., DUBOIS F., DREUX Cl., DUBOUSSET J., LECOMTE D. (Mme), LE GALL J.R., MALAFOSSE M., MONERET-VAUTRIN D.A., OLIÉ J.P., QUENEAU P., RETHORE M.O.

** *Les textes des contributeurs et documents annexes ont été déposés à la bibliothèque de l'Académie nationale de médecine*

*** Membre de l'Académie nationale de médecine

L'Humanisme Médical consiste donc à contrôler cette *tekne*, dans la pensée qu'il n'y a Médecine que dans le Service de l'Homme. On retiendra dès lors, les caractères selon Kant d'un comportement humaniste :

- la réceptivité à la souffrance de l'Autre, dans une distance ni lointaine, ni trop proche de lui,
- la mise en commun de la parole mutuelle,
- deux pratiques à acquérir par une formation d'éducation.

Selon une autre philosophe (I), Alice CASAGRANDE, exerçant également des actions de Conseil au sein de structures hospitalières, l'Humanisme Médical est « cette force de caractère qui, au nom de certaines valeurs, s'interpose dans les fonctionnements automatiques d'une Equipe (en réalité un Groupe), pour en interrompre les logiques délétères, pour dépasser les collages artificiels obéissant à diverses priorités, afin de ré-introduire le malade au cœur de ses préoccupations ».

Une consœur de formation interniste et psychiatre, Nicole LAFONT (VIII) interroge enfin, à propos des dérives de l'Humanisme : « Comment éviter que le médecin ne réponde au fantasme d'immortalité du patient, par une sorte de recours fantasmatique à la technique, comment éviter qu'il ne devienne l'outil de ses outils ? ». Le consumérisme et l'individualisme « instaurés par les droits du patient, continue-t-elle, effacent l'altérité, nient la différence des savoirs entre médecin et malade et la qualité « d'usager » de celui-ci, instaure une parité d'où naît la confusion ».

Etroitement corrélé par ses objectifs avec l'Éthique Médicale dont le garant est en France le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Humanisme Médical ne doit pas lui être assimilé, lui qui se propose la démarche supplémentaire de « Bientraitance ».

En résumé, nous proposons de considérer l'Humanisme Médical comme « une pratique de la Médecine et des soins, absolument respectueuse à tous égards de la personne humaine, dans toutes ses dimensions physiques et métaphysiques ».

Au sein d'un exercice médical dont l'environnement a considérablement évolué, l'Académie Nationale de Médecine a estimé devoir entreprendre une démarche de recommandations, afin de maintenir des pratiques associant la rigueur scientifique à la médecine de la personne. L'Humanisme Médical doit vivre avec son temps et un contexte de hautes technologies ni ne s'oppose à la Clinique ni n'en dispense. Réaliser une I.R.M n'est ni plus ni moins important que dialoguer pour la commenter et en tirer les conséquences.

II.- LE CONSTAT

Un curieux paradoxe caractérise le contexte actuel de l'exercice médical. En un temps où le médecin est à même de proposer des moyens de diagnostic et de traitement tels qu'il n'en a jamais disposé, moyens accessibles favorablement à la majorité et garantissant des soins de qualité, une large proportion des demandeurs de ces moyens se déclare insatisfaite de ses relations avec le monde médical. Nombreux sont les malades qui regrettent qu'en entrant à l'hôpital, ils deviennent anonymes, ne rencontrent jamais le même interlocuteur, éprouvent par conséquent l'impression de n'avoir pas été écoutés. L'expérience des médecins médiateurs est à cet égard tout à fait instructive.

Cette déconsidération de la figure symbolique du médecin, à l'instar de celle des enseignants, manifeste ses effets pervers ! Ses conditions d'exercice, publiques ou privées, sont de plus en plus difficiles et un rapport de la Commission XVI de l'Académie (Pierre Ambroise-Thomas) (3), a souligné les grandes difficultés auxquelles les confrontent les tâches administratives

dont ils pourraient et devraient être déchargés, afin de consacrer davantage de temps médical à l'essentiel de leur métier et leur devoir essentiel de disponibilité.

La reconnaissance légitime des droits du malade, la législation et la réglementation qui ont suivies (loi n°2002-304 J.O. n°54, 5 mars 2002), ont constituées de grands marqueurs d'une évolution décisive dans la Société. Néanmoins, les droits du médecin à la considération des patients ont été trop perdus de vue, coïncidant avec une insécurité croissante dans l'exercice de sa profession. On pourrait dire qu'à la « confiance qui rencontre une conscience » (Bernard Portes), a fait place une relation souvent imprégnée de « méfiance mutuelle » (B. Hillemand).

Le principe de précaution et la judiciarisation croissante des suites parfois données à l'acte médical, influencent négativement la relation médecin-malade. Altérant le contrat de confiance, elles portent le médecin à voir devant tout nouveau malade un risque, donc à retenir ses propos sachant qu'ils pourront lui être opposés, à multiplier les explorations complémentaires, à le laisser seul face à la décision de traitement, lorsque plusieurs options, médicales ou chirurgicales, sont possibles. Ce malaise des médecins est aggravé par la multiplication des agressions verbales ou physiques (920 en France en 2010, contre 512 en 2009), les risques d'épuisement physique et psychologique (selon l'URML d'Ile de France, 53% des médecins libéraux disent se sentir menacés d'épuisement professionnel), pouvant conduire au suicide (dans les tranches d'âge de 35-65 ans en France, ce taux atteint 14% contre 6% pour l'ensemble de la population!).

A contrario, une déception certaine de la population de consultants, porte ces derniers à se tourner de plus en plus vers des médecins dites « douces », « parallèles », etc.

III.- LES FACTEURS RESPONSABLES DE LA DEGRADATION DE L'HUMANISME MEDICAL

Ils ont été déjà largement analysés par de nombreux travaux académiques (3-16) et seront ici surtout rappelés

1) Facteurs liés aux évolutions sociétales

Dire que la pratique médicale évolue au rythme de notre Société contemporaine est une évidence. L'Académie a alerté le monde médical dès la fin des années 1980 par plusieurs mises en garde, sur les risques qu'une certaine évolution sociologique –c'est-à-dire le consumérisme médical- allait faire encourir à l'Humanisme Médical (6, 7, 8, 9, 10). Denis PELLERIN souligna à plusieurs reprises comment un à priori de type juridique, désireux d'assimiler l'acte médical à une activité professionnelle « comme une autre », et l'hôpital à « une entreprise comme les autres », allait déterminer une tendance néfaste, interprétant la relation médecin-malade comme une « prestation de service » et le consultant, comme un « usager ». Appliquer un tel concept de type commercial à la singularité de l'acte médical, constituait un préalable dangereux pour la confiance singulière, indispensable au contrat tacite entre un soignant et un soigné, d'autant que cette terminologie modifiée se perpétue aujourd'hui dans les directives européennes ce qui ne manque pas d'introduire de nouveaux problèmes (normes, référentiels, jurisprudence, responsabilité).

2) Facteurs liés au coût de la santé

Si a été longtemps répété l'aphorisme : « La santé n'a pas de prix », il faut admettre qu'elle a un coût sans cesse croissant, celui de structures hospitalières de plus en plus onéreuses, de moyens diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus sophistiqués, de dépenses de personnels soignants pesant dans les budgets. L'accroissement de la longévité et l'obligation

de la prise en charge des personnes dépendantes et des handicapés, suscitent des difficultés nouvelles.

Ces contraintes budgétaires conduisent à réduire les durées de séjour en milieu hospitalier, imposant de facto une démarche d'investigation technique plus rapide et un temps réduit laissé au contact direct entre malade et médecin.

Scrutées sous cet angle de forte contrainte budgétaire, les démarches visant à promouvoir l'Humanisme Médical doivent donc admettre un a priori excluant des dépenses supplémentaires considérables, tandis qu'une démarche privilégiant un comportement humaniste, est potentiellement génératrice de réductions de coûts

3) Facteurs liés à la sélection et à la formation des futurs médecins

Les processus actuels d'entrée dans le cycle de formation médicale, génèrent de nombreuses difficultés. La modification récente instituant un tronc commun d'accès aux professions de santé, ouvert à tous, préparant à une sélection en fin de première année à l'un des quatre métiers de la santé, aggrave en fait la situation déjà peu favorable au recrutement d'étudiants motivés et de qualité, sans apporter de solution satisfaisante aux recalés. Il suffit de rappeler les subterfuges utilisés par certains candidats, qui pour contourner les aberrations du système français actuel, vont acquérir leur formation dans des pays de l'Union Européenne, avant de pouvoir un jour exercer, en France, profitant de la chute des barrières pour les diplômes européens. Et que dire de ces médecins à diplômes émis hors Union Européenne, dont la qualité de la formation est invérifiable et qui viennent occuper tant de postes hospitaliers laissés vacants du fait d'un numerus clausus peu adapté !

Quatre problèmes concernant le recrutement des futurs médecins doivent être discutés : celui de leur formation antérieure, celui de leur motivation, celui du contenu des enseignements, celui enfin de leur sélection.

La formation antérieure

L'une des particularités identifiables parmi les étudiants s'inscrivant en première année, est une grande faiblesse dans le domaine des « humanités », qui ne prédispose pas à la pratique de l'humanisme. Sur ce sujet de la préparation aux études de médecine et des conditions de formation, le témoignage d'un Directeur de Centre (IX) marqué par sa spécificité d'accueillir des étudiants pour un « complément de formation humaine, éthique, professionnelle et spirituelle », est particulièrement significatif, puisque son auteur a confronté ses observations avec celles acquises auprès d'étudiants des Grandes Écoles. Issus pour la plupart de la filière scientifique, note-t-il, la majorité des étudiants de première année - avec de remarquables exceptions- révèle une grande pauvreté culturelle en général, et littéraire en particulier. L'expression en français de beaucoup est très pauvre, le vocabulaire restreint, les adjectifs stéréotypés à tel point qu'ils peinent à adapter leur langage avec les adultes et particulièrement les malades ». Le sens psychologique est très souvent peu développé pour ce qu'on dénommait la « connaissance de l'âme humaine » (17). Les sections scientifiques ne leur permettent pas d'acquérir les outils philosophiques basiques nécessaires à la réflexion éthique. Ils n'ont pas l'aisance nécessaire, partant pas le goût pour lire sans efforts excessifs des articles sur les questions d'éthique médicale ou les problèmes de santé. Ils appartiennent à des générations formatées par des médias qui, dans le domaine de l'éthique biomédicale, privilégient l'émotion par rapport à la réflexion. Comme le constatait Georges Bernanos, « les hommes de ce temps ont la tripe sensible et le cœur dur ». Lorsqu'ils affronteront, au cours de leurs stages hospitaliers, la souffrance et la mort, ils seront peu aidés à vivre ces expériences

difficiles. Le risque est bien grand que les étudiants de cette génération se durcissent à la fois les tripes, le cœur, et l'esprit.

La motivation :

Un certain nombre d'étudiants s'inscrivent en première année par défaut, plutôt que par choix, et leur motivation réelle n'est jamais évaluée à ce stade. Nul ne questionne les candidats(es) au concours d'accès du doctorat en médecine, pour savoir s'ils sont prêts à s'engager dans un cursus d'études long, une carrière où le rapport à l'autre est essentiel. Ont-ils vraiment le désir de soigner l'être humain souffrant, seront-ils disponibles pour le malade avec toute la générosité nécessaire ? Certains se posent cette question bien tard, lorsqu'ils sont confrontés au malade et parfois abandonnent ou bien choisissent des filières qui les soustraient à une relation étroite avec celui-ci. Vingt pour cent des étudiants engagés dans la filière déplorent, semble-t-il après coup, ne pas se sentir disposés à exercer la médecine.

On ne peut nier qu'il existe une composante individuelle de prédisposition à l'Humanisme. Certains, qui ne cessent de voir dans leur environnement humain une sorte de prolongement d'eux-mêmes, y sont naturellement portés, d'autres, figés dans leur égotisme, en sont incapables. Mieux vaudrait qu'ils s'orientent différemment.

Le contenu des enseignements

Le contenu des enseignements de la première année, sur lesquels se jugera l'admission au cursus des études médicales, pose plusieurs problèmes. La forte prépondérance des matières scientifiques favorise les bacheliers(ères) issus du Bac C (70% de filles) et réduit les chances des candidats issus des formations littéraires. Les premiers s'orientent plus volontiers vers les concours d'entrée aux Grandes Écoles ou Les Instituts scientifiques et techniques et ne s'intéressent à une formation médicale que dans un second temps. La dominance féminine à la fois chez les candidats au concours puis chez les étudiants, a pour conséquence le choix de spécialités compatibles avec maternité, vie familiale etc. Il faut noter cependant que certains étudiants estiment trouver dans leur formation sciences mathématiques un apprentissage à la logique du raisonnement médical. D'autre part, à défaut d'un tutorat suffisant, la pratique de jeux de rôles, la présentation de vidéos, des entretiens cliniques simulés puis discutés en groupe seraient opportuns.

La sélection

Aucune sélection n'est opérée aujourd'hui à l'entrée en première année, c'est-à-dire avant le concours. Les plus ardents défenseurs du système de sélection actuel sont les étudiants eux-mêmes, obsédés par le souci impérieux d'égalitarisme. Selon eux, toute sélection quelle qu'elle soit et notamment celle incluant un contact direct avec les candidats, en particulier un entretien, favoriserait les inégalités pour ne pas dire le népotisme. En fait, ce système est lui-même parfaitement **inégalitaire**, puisque les difficultés des conditions d'enseignement ont conduit à la multiplication de Centres privés de préparation au concours, ce qui favorise nettement les candidats disposant des moyens financiers. L'objectif financier de ces centres est clairement affirmé par l'annonce de la création d'un « Groupement National d'écoles privées de préparation au concours des Métiers de la Santé », dont l'ambition est de s'ouvrir à « 54000 étudiants, pour un marché national de 120 millions d'euros » !

4) Facteurs liés à une technologie médicale en développement incessant.

La technologie médicale n'avance pas, elle bondit. Le PR Jean Bernard, soulignait volontiers que la médecine avait davantage progressé en 50 ans que durant les 20 siècles précédents.

Nul n'aurait la pensée de médire de cette merveilleuse technologie appliquée aux moyens de diagnostic ou de traitement. Mais elle montre ses aspects négatifs pour ce qui concerne l'Humanisme Médical, si elle est substituée à la relation médecin-malade, particulièrement à l'écoute et au dialogue : « Je vous ai fait le scanner, l'IRM, la prise de sang, que voulez-vous de plus ? » semblent objecter certains médecins à leur malade. « Que vous m'écoutez », ose à peine répondre le questionné ! Car la technique ne dispense pas de l'Humanisme, elle le nécessite. L'angoisse de la maladie, de la machine, de son verdict doivent être, autant que possible, dissipées par le dialogue.

S'il n'y a pas lieu d'opposer médecine technologique ET médecine à visage humain, on doit remarquer que les jeunes générations sont fascinées par les plate-formes informatisées, qui privilégiant le travail sur écran, font disparaître le malade, sa plainte, son attente, son histoire.

La surspécialisation, la complexification sans fin des démarches diagnostiques et thérapeutiques, qui impose une ultra-spécialisation, conduit désormais à l'absence de vision holistique sur telle ou telle pathologie et à la prise de décision collégiale, fondée sur un dossier. L'aspect positif de cette évolution est la qualité hautement précise de la prise en charge du malade, son versant négatif est le risque du caractère impersonnel de cette prise en charge, si personne ne se sent responsable, si un interlocuteur final, en contact direct avec le patient, n'assure par la synthèse, l'explication et le suivi des décisions.

5) Facteurs limitant le temps médical

L'agenda quotidien du médecin hospitalier, n'a plus rien de commun aujourd'hui avec ce qu'il était voilà une vingtaine d'années. Au temps médical de soins, d'enseignement et de recherche, s'est superposé un temps de tâches administratives, obligatoire et prégnant, et qui, obère de plus en plus ses journées, au détriment du temps consacré aux malades. Les lois de réduction du temps de travail, applicables aux horaires des médecins ont contribué à réduire leur disponibilité.

6) Facteurs liés à la communication Internet

Sa généralisation irréversible expose les médecins à des avantages indéniables... autant qu'à des dérives, celles de passer des heures à lire et répondre à des e-mails, de céder à l'obsession du disque dur, de parler davantage à son écran d'ordinateur qu'aux malades, etc... Ceux-ci, de leur côté, se présentent en consultation bardés d'une documentation puisée sur Internet, de pertinence discutable et plus ou moins bien assimilée. Les perspectives de web 2.0, voire 3.0, permettant aux internautes de se conseiller mutuellement, n'iront pas sans autres difficultés.

IV.- LES PROPOSITIONS DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Elles sont précédées de quatre remarques préliminaires :

A- Le champ relatif à l'Humanisme Médical est si vaste que ce rapport ne saurait prétendre couvrir toute son étendue. L'ambition de l'ANM, immense sur le plan des principes, est donc limitée par la modestie de ses moyens « sur le terrain ».

B- Ce rapport n'est pas lié à un problème ponctuel, mais à un sujet qui concerne l'ensemble de la pratique médicale. C'est dire qu'il revêt un caractère de RAPPORT D'ÉTAPE, celle d'une démarche à poursuivre, comme l'une des MISSIONS de l'ACADÉMIE.

C- Un rapport qui s'inscrit dans une **CONTINUITÉ** de démarches, individuelles ou collectives, une longue suite de travaux et publications réalisées par des Académiciens sur de nombreux sujets relatifs à ce thème (Éthique, Handicaps, Procréation, Prévention, Médecine Sociale, etc.). Aujourd'hui encore, ils y participent en qualité de discutants aux réunions (2010-2011) de « l'Espace Éthique », organisées par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

D- L'Académie n'ignore pas que ses propositions, sont aussi essentielles qu'exposées à la critique, car lui sont opposables les deux objections dominantes actuelles, des **moyens** et du **temps** médical disponibles : « Ah ! si nous avions davantage de moyens financiers et personnels ... ». Ces objections ne sont-elles pas aussi un alibi destiné à justifier des comportements peu humanistes ? Imaginer que dans notre contexte d'évolution sociétale, ces deux objections s'amenuiseront, serait déraisonnable. Sauvegarder l'Humanisme Médical implique donc des solutions dans le contexte précis actuel, et non à partir de vœux pieux.

Voici un trousseau de clés adaptable aux serrures actuelles :

IV-1 Clés détenues par les Ministères de Tutelle de l'Enseignement supérieur et les Doyens des Facultés de Médecine

La pratique de l'Humanisme Médical ne s'améliorera pas tant que ne seront pas modifiées les conditions de recrutement des futurs médecins et le contenu des programmes enseignés au cours de la première année des professions de santé.

La formation antérieure

L'ANM recommande que soient aménagés au cours des dernières années de lycée pour les élèves désireux de s'orienter vers les professions médicales et paramédicales, des stages en milieu hospitalier ou auprès de praticiens, leur permettant de se faire au moins une première idée de la Médecine. L'accent serait mis sur l'importance dans ces professions de la communication, de l'altruisme et de la générosité. L'invitation de professionnels de la santé par les responsables des enseignements secondaires, permettrait également de présenter aux éventuels candidats les difficultés et facettes diverses des métiers de la santé, puisque certaines spécialités ne sont pas en contact direct avec le malade. Ces initiations devraient intervenir dans toutes sections, quelles soient littéraires ou scientifiques, afin de guider le jeune étudiant vers un choix raisonné.

Le recrutement

L'ANM ne cesse depuis des années de demander que l'accès aux professions de santé soit aménagé par la sélection d'étudiants les plus motivés et les plus aptes à l'exercice de la profession. Il s'agirait surtout de déplacer le processus de sélection actuel tardif, vers un stade plus précoce. La sélection pourrait intervenir avant même le début des études médicales. L'un des avantages serait de réduire significativement le nombre actuellement excessif d'étudiants, qui n'est pas sans poser des problèmes pratiques majeurs aux enseignants, à leurs conditions d'exercice, à l'étudiant enfin souvent confronté à l'échec.

La sélection

Le choix d'étudiants issus d'une formation antérieure scientifique ou littéraire, a fait l'objet de débats récurrents. L'énergie de nombreux corps constitués et de personnalités, a été mobilisée en vain et s'est toujours heurtée à une opposition farouche des étudiants. La crainte de la rue paralyse le politique ! On observera pourtant que la sélection est une réalité à l'entrée des I.U.T., des Écoles professionnelles, particulièrement Vétérinaires, et Grandes Écoles, c'est une réalité admise par tous les candidats. L'autonomie récente des Universités propose l'opportunité de quelques initiatives pilotes. Une démarche pédagogique paraît nécessaire

pour expliquer que le système actuel, supposé donner à chacun les meilleures chances, est en fait très **inégalitaire**.

Car le seul vrai débat, essentiel, est celui des modalités **optimales** de la sélection. Les recrutements sur dossier, prenant en compte résultats et mentions du baccalauréat (les lauréats actuels du concours sont à 80% des bacheliers mention Bien ou Très bien), complétés par des lettres de motivation ou entretiens ...sont autant de procédures utilisées avec succès dans pratiquement tous les pays étrangers. Pourquoi pas en France ?

Les économies réalisées en évitant la gestion de masses considérables d'étudiants finalement éliminés, permettraient de financer les deux actions utiles précédemment mentionnées : l'information sur les différents métiers de la santé dans les lycées et lors des stages d'observation. Des stages de sensibilisation et d'information à l'humanisme médical organisés pour les étudiants issus de filières scientifiques, et une mise à niveau scientifique à ceux qui issus des filières littéraires, pourraient être proposées.

Le contenu des enseignements

Le contenu des enseignements en année préparatoire doit inclure certes les fondamentaux indispensables, mais sont-ils accessibles dans les conditions actuelles d'enseignement ? L'enseignement des Sciences Humaines, et son programme précisément réglementé, demeure trop dépendants des possibilités disponibles selon les Facultés. Une initiation à l'histoire des sciences et de la médecine et au vocabulaire médical, sont également souhaitables durant cette année.

IV.2 Clés détenues par les Ministères de Tutelle de la Santé et les Administrations Hospitalières publiques et privées

Les carrières médicales sont certes très variées, mais l'exigence d'Humanisme est une constante quelles que soient les orientations.

Après avoir réalisé d'indéniables progrès dans l'amélioration de l'Humanisme Médical, leurs Administrations doivent désormais l'**institutionnaliser** dans leurs Unités de Soins. L'audition remarquable d'un directeur d'hôpital chargé de ces questions au sein de son CHU (II), a montré combien ce souci figurait désormais parmi les préoccupations. Mais si la récente loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires identifie et adapte l'OFFRE de soins aux besoins des populations, inclut-elle suffisamment la préoccupation de la QUALITE de ces soins ? Les administrations hospitalières doivent inclure dans la Charte de Qualité des Unités de Soins, des pratiques d'amélioration continue de l'Humanisme, grâce à des réunions de réflexion où est scrutée l'observance de pratiques résumées par un néologisme certes malsonnant, mais significatif, la BIENTRAITANCE. Des pratiques s'intégrant dans une véritable CULTURE de l'Humanisme pour tous les soignants, aides-soignants et paramédicaux investis dans l'accueil, l'écoute et le soin.

Un témoignage significatif en ce domaine procède d'un Rapport de la Haute Autorité de Santé, réalisé à partir de témoignages enregistrés dans certaines Maisons de retraites, et intitulé « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé ». Le qualificatif « ordinaire » y désignait les actes de maltraitance, évidemment involontaires et inconscients, mais quotidiens, vis-à-vis des personnes âgées.

La « maltraitance », individuelle ou institutionnelle évoquée ici, n'est pas une violence active, délibérée, intentionnelle, mais procède d'une perte des valeurs des soignants non-médicaux et de leurs repères relatifs aux personnes âgées. Le postulat de départ d'une équipe médicale qui veut progresser dans sa qualité de soins, doit donc considérer que la maltraitance n'arrive pas

qu'aux autres, qu'elle ne peut pas les concerner, tout soignant étant un maltraitant potentiel qui s'ignore.

La bientraitance, équivalence de l'anglais « patient centered care », n'est pas le contraire de l'évitement de maltraitements. Elle est une démarche active d'amélioration incessante des pratiques.

Anne Depaigne-Loth (VII), de la Haute Autorité de Santé, a expliqué aux membres du Groupe de Travail que la « Certification des Etablissements de Santé » n'était pas uniquement un instrument de gestion, mais un « **Outil au service d'une culture professionnelle humaniste** ». Les démarches favorables à l'Humanisme Médical s'intègrent donc tout naturellement parmi les outils et méthodes développant la qualité des soins à l'hôpital, et l'amélioration des pratiques professionnelles par l'évaluation. La bientraitance figure effectivement dans la 3^{ème} version de la certification V2010 et doit figurer parmi les critères de l'accréditation des services.

Enfin, mieux que la multiplication des réformes, lois et décrets, une observation plus étroite de la réalité du terrain des soins et de ses difficultés, s'avérerait fructueuse, comme a pu le constater le médiateur de la République. Un esprit de concertation et de coopération entre médecins et cadres hospitaliers doit se substituer, dans ce domaine, également, quelles que soient les résistances, à l'esprit d'affrontement.

IV.3 Clés détenues par les Enseignants Hospitalo-Universitaires et les Médecins généralistes

DEVOIR D'ENSEIGNER L'HUMANISME MÉDICAL

A la Faculté de Médecine

L'enseignement de l'Humanisme Médical est certes largement prévu, décrété et inclus dans la scolarité. Mais il est théorique et survient tôt dans le cursus, alors que le futur médecin est encore très peu confronté à la pratique. Il nécessiterait aussi d'être précisé davantage, pour ce qui concerne son contenu ainsi que les moyens donnés aux UFR pour le réaliser dans les conditions les plus fructueuses. Pratiqué partout, il comporte autant de types d'enseignements que d'UFR de médecine françaises !

Dans les établissements non universitaires admis aux délégations d'enseignement

Nombre de futurs médecins, déplorant d'être instruit sur les maladies et pas suffisamment sur le savoir-faire avec le malade, apprécient et réclament les stages pratiques auprès des médecins généralistes. En outre, la loi HPST prévoit une implication croissante des structures d'hospitalisation privée et des médecins généralistes, dans des fonctions d'enseignement. L'Académie nationale de Médecine soutient cette évolution dans la mesure où de façon contractuelle, les objectifs et les modalités des enseignements sont parfaitement précisés, où une vérification des acquis est assurée par les UFR de médecine (20).

Au lit du malade

Enseignement au lit du malade et compagnonnage doivent être réhabilités, malgré les difficultés car l'un et l'autre sont essentiels dans la formation du jeune médecin. Dans l'avis formulé à propos du « Rapport Cordier », D. Pellerin (7) soulignait que la transmission par compagnonnage du comportement humaniste, par le chef de service ou le senior, devait commencer dès que l'étudiant porte lui aussi « la blouse blanche ». C'est à partir de ce premier jour d'hôpital que l'ensemble de l'équipe soignante doit témoigner à l'étudiant sa préoccupation d'humanisme, une forme d'enseignement continu tout au long des études de Médecine. L'empire de la technologie et l'évolution des mentalités partagent une part de

responsabilité dans les défaillances à la mission d'enseigner. Certaines générations de chefs de clinique, refusant ou refusés à un avenir hospitalo-universitaire, et surtout préoccupés des techniques à importer dans leur activité future en milieu dit privé, manquent à la fonction à laquelle ils ont été admis et pour laquelle ils sont rémunérés. Prendre en compte la réalité des activités d'enseignement clinique, lors de l'évaluation des chefs de clinique par les UFR et par le CNU au moment de l'examen des candidatures à une promotion, paraît donc indispensable. L'interne, lui-même enseigné, suppléé heureusement souvent cette fonction d'enseignant. Des infirmières spécialisées après une formation enfin, prennent de plus en plus souvent des responsabilités au sein de l'équipe médicale pour relayer le médecin dans des démarches de prévention, d'éducation et de soins. A défaut d'un lit de malade réel, des enregistrements vidéos discutés par des seniors, sont également formateurs.

QUEL ENSEIGNEMENT ?

1) Privilégier la clinique

L'externat pour tous et les stages cliniques sont indispensables à une formation de qualité. Reste à préciser le contenu de cette formation pour ce qui concerne l'Humanisme. De ce point de vue, l'essentiel sera de redonner à la CLINIQUE toute sa place dans la pratique quotidienne (16). Car certains, légitimement soucieux de rompre avec une médecine du passé, empirique par nécessité et limitée aux signes CLINIQUES, ont pensé militer pour le progrès en proclamant à grand bruit médiatique, la MORT DE LA CLINIQUE !

Proclamer « la mort de la clinique », serait perdre de vue l'essentiel de l'acte médical. Car « clinique » inclut tout l'acte médical, depuis l'accueil jusqu'à l'ordonnance et son commentaire. Le mot rappelle donc que le médecin ne soigne pas seulement avec ses ordonnances ou ses actes, mais (18, 19, 20, 21) :

- par toute sa personne (l'enseignant enseigne ce qu'il est lui-même), qui accueille, respecte, apaise, rassure l'Autre souffrant comme individu différent, mais égal dans l'humain.
- par ses yeux qui ne voient pas l'Autre transparent, mais le regardent et décèlent sur son visage mille non-dits.
- par ses doigts, qui attestent qu'un être entre dans l'intimité d'un autre, pour rechercher sa souffrance. Les pratiques touchent le corps et dites de « thérapies corporelles » qui tentent de diagnostiquer et traiter par le toucher ne font pas autre chose.
- par sa parole évidemment, clé de la communication interhumaine, qui lève les obstacles inconscients, libère la parole de l'Autre et mobilise ses énergies pour l'aider à guérir.

Il est stupéfiant qu'on ait pu en arriver à un tel degré d'oubli de ces notions fondamentales, lorsqu'on se souvient de l'importance thérapeutique de l'**effet placebo** qui, même dans des expérimentations en double aveugle, atteint des pourcentages notables de guérison ! Lorsqu'on se souvient aussi de l'évolution favorable qu'avaient fait faire à la médecine –quels que fussent les aléas, les groupes de réflexion Balint (J. Cambier) (15). Lorsqu'on se souvient enfin, que l'Homme n'est pas la somme d'un « Esprit » et d'un « Corps » (membres et viscères livrés à des techniciens), mais une « Globalité ».

2) Selon l'Art médical

Voilà donc contredite l'affirmation péremptoire de ceux qui ont décidé que la « médecine n'était plus un Art, mais une Science » ! Ceux-là ont eu le mérite d'appeler à une rigueur scientifique de la pratique médicale, qui en a trop longtemps manqué –parce qu'elle n'en avait pas les moyens-. Nul ne saurait contester la nécessité de la rigueur en Médecine, tout Humanisme bien compris commence par la compétence et « ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique » répétait notre confrère Jean Bernard.

Sans jamais manquer à l'exigence scientifique, la Médecine n'en est pas moins, fondamentalement, un Art, et doit le demeurer, car elle est MÉDIATION, transfert (à l'insu

des acteurs) sur la scène médicale (la demande d'un souffrant), d'un lien sémantique entre un archaïque de l'espèce humaine et le réel. Entre médecin et malade, il y a une instance tierce. Et la relation médecin-malade ne saurait être une réalité relationnelle, que si l'un et l'autre savent implicitement faire allégeance dans leur rencontre, à quelque instance autre que celles qu'ils sont l'un et l'autre en mesure de convoquer en leur savoir propre. C'est ce qu'avait bien compris ce médecin des rois et des grands Ambroise PARE : « je le pansais, Dieu le guérit ». Dieu était évidemment l'instance adéquate, mais l'avoir tué, n'a fait que laisser sa place vacante en nous forçant à nous interroger sur ce qu'elle détermine par sa vacance même. L'Art médical ? C'est donc cet espace de liberté ouvert au médecin pour exercer, outre sa compétence et sa rigueur scientifique, les intuitions issues de son expérience et de sa subjectivité. Ouvert au malade pour exprimer librement sa parole, son irrationnel, voire ses fantasmes. Cela signifie une pratique inscrite constamment dans la SINGULARITE DES PERSONNES. Et selon les personnalités évidemment différentes du médecin consulté et du malade consultant, voilà une rencontre toujours différente de celle qui a précédé ou de celle qui va suivre, c'est-à-dire jamais standardisée. Une relation toujours nouvelle avec une personne qui se fie et se confie, venue avec son passé, l'histoire de sa vie, sa part de vérité sur sa maladie, que le soignant ne peut ignorer au risque de compromettre la guérison. C'est dire les risques inhérents à un acte de décès de l'Art médical.

* Parmi les exigences de la médecine fondée sur des preuves (Evidence based médecine) il est certes précisé que doit être toujours prise la décision « la plus appropriée ». Il n'en n'est pas moins vrai qu'une thèse d'éthique « Sur les voies de la connaissance médicale : de la recherche clinique aux incertitudes de la pratique du Soin » (13), a réalisé une étude critique de la révolution épistémologique modifiant l'exercice médical depuis les années 2000. L'épidémiologie et la statistique ont déterminé une emprise croissante sur les décisions cliniques, limitant le facteur humain, affaiblissant le sens clinique, restreignant les choix et transformant le patient en objet. Partant de l'exemple de la césarienne « obligatoire » pour toutes les « présentations du siège », alors que le médecin doit décider au cas par cas, l'auteur montre comment il est dangereux de croire ou laisser croire que la quantification, quelle qu'elle soit, produit de la connaissance objective. Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) et les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) aboutissent à une standardisation des soins. On retrouve là l'opposition entre la singularité de l'individuel et l'universalité de l'objectif.

Les procédures, par définition normatives, se concluent tout naturellement par des procédures qui ne prennent pas suffisamment en compte des informations aussi précieuses que peu quantifiables, telles que sommeil, appétit, douleurs, du malade, présentes dans le **dossier infirmier** et utilisées en matière d'expertise (J. Dubousset) (22).

* L'ambiguïté des motifs des promoteurs de « la mort de l'Art médical », n'est pas exempte de sous-entendus. Le plus grave serait l'utopie d'exercer la médecine à la manière d'une science, comme dans le cadre sécurisant d'un laboratoire, tenant à distance cet empêcheur de « scientifier » en rond qu'est le malade, avec les singularités de son histoire et de son désir.

Une tendance indéniable est apparue, suscitée par la fascination de la merveilleuse technologie, de négliger la dimension clinique de la médecine, examen du malade inclus ! Le malaise est particulièrement perceptible dans le domaine de la formation des futurs chirurgiens. Y. Chapuis a présenté au Groupe une étude complète de ces perspectives chirurgicales que sont et seront laparoscopie, vidéo-endoscopie, robotique et téléchirurgie. La fascination pour la technologie médicale va jusqu'à la recherche de la PERFORMANCE, démarche aussi compréhensible, que parfois imprudente (23). D. Loisan (24), parfaitement au fait des grands changements de la spécialité, a souligné la nécessité d'enseigner ses fondamentaux immuables, particulièrement la formation à la clinique lors de la visite, le travail quotidien en équipe soulignant l'importance de l'examen clinique, évitant la fuite dans

la technologie, la gestion du risque, et l'évaluation (25). Car avant de substituer définitivement les nouveautés aux pratiques antérieures, les choix nécessitent d'évaluer les avantages à long terme. On objectera légitimement que sans l'audace et l'esprit pionnier de certains, la médecine n'aurait jamais progressé, mais l'objection ne dispense pas de la réflexion éthique, le médecin travaille sur et pour l'Homme, parfois incurable et ... constamment mortel.

Dans l'impossibilité d'évoquer toutes les situations cliniques, le groupe a cependant retenu certaines singularités d'exercice, où l'humanisme médical est particulièrement important :

- Médecine néonatale (P. Vert)
- Situations de grossesses à « mort annoncée » (G. Crépin G., I. De Mézerac, O. Storme)
- Soins intensifs et Réanimation (J.R. Le Gall)
- Handicaps : « Je n'ai jamais guéri personne, alors que j'ai voulu depuis l'enfance être médecin » (M.O. Réthoré, signifiant que l'Humanisme est tout aussi important sans guérison).
- Accompagnement des fins de vie : pourquoi prolonger la vie à tout prix dans des maisons de retraite, si un accompagnement ne prend pas en charge les situations de solitude et d'anxiodépression (A. Vacheron) ?
- Unités de soins palliatifs (selon leurs modalités variables, Unité mobiles, à domicile, service central d'Établissement, ou secteur d'un service hospitalier (J.L. Binet)
- Médecine légale : « Je soigne des familles de morts » (D. Lecomte, signifiant l'importance de l'accueil des familles désemparées à la suite d'une convocation subite à l'Institut Médico-Légal pour s'entendre annoncer un décès accidentel.

Concrètement, l'enseignement de l'Humanisme aux futurs médecins précisera la nécessité :

* des comportements **d'empathie**, dont les effets favorables sont démontrés par l'étude de ses mécanismes neuro-physiologiques et qui peuvent aller jusqu'à « se mettre à la place » du malade, psychologiquement (cas clinique), voire ce que pratiquent certains pays, (physiquement).

* de **se présenter** au malade, (frapper avant d'entrer dans la chambre, tenue correcte exigée, se nommer, indiquer sa fonction, etc...).

* de **respecter** sa pudeur, son intimité, sa dignité puisque momentanément exclu de son statut de bien-portant, il se trouve en situation de vulnérabilité.

* **de l'écouter**, lui parler, répondre à ses questions, ses angoisses (examens prévus, thérapeutiques envisagées, transparence, rien à cacher), quels que soient les risques d'incompréhension, de malentendus, de suites judiciaires, dues bien souvent à une insuffisance de parole. Certaines qualités de cette écoute du malade doivent être soulignées: le malade s'adresse à un médecin, mais aussi à sa figure symbolique. Sa parole (incluant malentendus, blancs, silences, humour, lapsus), énonce des symptômes, mais elle est signe de son inconscient, doit être accueillie avant de vouloir la comprendre et l'expliquer. Le malade attribue à son corps une portée symbolique et imaginaire.

Une rencontre médecin-malade est donc celle de deux subjectivités, dans un espace de savoirs, médicaux et, non médicaux. Comment le malade reconnaîtra-t-il la singularité du médecin, si celui-ci l'aliène dans la technique ?

* **d'éviter** les réactions émotionnelles excessives, sans établir pour autant une distance infranchissable avec le malade. Celui-ci n'est pas d'abord un **risque**, dont il faudrait se prémunir. Si le médecin veut « blinder » sa personne, il commencera par apprendre sa maîtrise sans pour autant fermer son cœur et sa disponibilité.

* **d'indiquer** le nom d'un médecin **réfèrent** auquel il pourra s'adresser directement, qui, dans l'équipe, suivra particulièrement son dossier, en réalisera la synthèse et déclenchera la démarche thérapeutique.

- * de **visiter** le malade hospitalisé. Un praticien hospitalier audité par le groupe (XX) a précisé le faire matin et soir, dimanches et jours fériés ; longuement ou brièvement selon sa disponibilité, en prévenant de ses absences ou congés programmés.
- * de prendre en charge la **douleur**. Le médecin en a désormais les moyens. Il n'a plus le droit de « laisser souffrir », l'enfant comme adulte.
- * de respecter les protocoles de **révélation du diagnostic**, temps essentiel pour le malade et la suite de sa maladie.
- * de recevoir la **famille** ou les proches du malade, (éventuellement représenté(es) par un membre délégué, pour les services de réanimation), considérés non comme des facteurs de gêne, mais en partenaires d'une bonne prise en charge.
- * d'assurer, avec le médecin de famille, le lien que constitue la lettre de sortie rapidement adressée, informative et indicative du suivi.

Concrètement, les jeunes générations pourront bénéficier des moyens modernes de pédagogie dans les comportements concrets d'Humanisme.

Nos préoccupations sont largement partagées, particulièrement par nos confrères anglo-saxons, mais selon deux perspectives différentes.

Certains d'entre eux vont absolument dans notre sens (26-36), confirmant la nécessité de rétablir la pratique de l'Humanisme Médical, jusqu'à des gestes simples comme le retour des fleurs dans les chambres de malades, où le médecin « s'assoierait sur le bord du lit » (sens figuré), ne fut-ce que pour éviter les : « je ne fais que passer ! ». « L'avenir de la médecine, écrit un éditorialiste du très sérieux New England Journal of Medicine, est en bonnes mains, non pas grâce aux décideurs de Washington, mais grâce aux rêves et aspirations de la nouvelle génération de médecins ». Leur empathie est l'héritage d'une expérience lentement acquise, qui a régi pendant des décades les soins au malade. En ces temps de pression croissante des dépenses, où la médecine tend à être considérée comme un « business », le secret d'un bon futur médecin est lié à ce qu'il fait, sent et dit au lit du malade ». Nous devons former son humanisme pour le préparer à une médecine du cycle de la vie, la naissance, la maturité, la maladie et la mort.

Changement total de perspective, de propos et de ton, dans d'autres articles du même N.E.J.M. dont les auteurs (37-38) prônent, dans la formation du futur médecin, la priorité de l'enseignement économique et financier. Le premier commence par un verdict sans appel : « Le système de santé américain est trop dépensier pour une qualité insuffisante. Son organisation doit changer ». Suit cette affirmation : « Les praticiens actuels doivent amorcer le changement en préparant le médecin de demain à ouvrir une voie nouvelle ». Quelle est cette voie nouvelle ? La ligne directrice de l'Economie de la Santé !

La formation des étudiants en médecine, estime un second article, est au meilleur niveau de la science médicale, mais très insuffisante en politique de santé (coût, efficacité des procédures, interprétation des résultats, « évidence based medicine »). Voilà ce qu'il faut inclure dans la formation des étudiants, dont la moitié seulement déclare être informée de ces sujets.

Est-il besoin de préciser que les deux préoccupations ne s'excluent pas ? Une médecine soucieuse de dépenser à bon escient les deniers publics ou privés, ne peut être qu'approuvée, à la condition qu'elle ne recouvre pas, dans le privé en particulier, un surcroît de profit au détriment de l'Humanisme Médical.

3) Un Art médical exercé dans une perspective permanente de « bien-traitance »

L'enseignement, théorique et pratique doit développer les notions de Mal –et surtout Bien-traitance – néologisme discutable mais significatif, faute de mieux - une démarche positive de réflexion permanente des soignants, destinée à améliorer sans fin leur pratique et à en supprimer les aspects négatifs.

Le bon soin selon les données scientifiques, a rappelé au Groupe le Dr Michel Schmitt, médecin-radiologue, (XXI) est réalisé dans un lieu adapté, efficacité et efficience vérifiée. Personnalisé, il prend en compte les attentes de la personne soignée en s'adaptant à elle et à son environnement. Il nécessite savoir-faire **et** savoir-être, compétence technique **et** bien-traitance.

Notre confrère a également précisé que **la bien-traitance est le respect mis en actes**, par l'exercice des bonnes pratiques, grâce à des actions de formation initiale et continue, évaluées dans une optique d'amélioration.

La bien-traitance est une CULTURE, déclinaison active et dynamique, individuelle et collective du soin. Elle concerne donc tous les soignants et aides-soignants, au-delà de médecins et infirmières. Elle génère la confiance, accepte la contradiction et la remise en cause éthique permanente des acteurs de la communauté soignante, dont elle centre les actions et les engagements sur la personne soignée et ses proches. Attitude professionnelle, volontaire, individuelle et collective, qui permet aux soignants, tout au long de la maladie, de se valoriser dans leur travail.

La bien-traitance, jamais acquise définitivement, s'acquiert grâce à une vigilance constante, à l'écoute des personnes soignées et de leurs proches, elle décline les aspects d'un RESPECT réciproque de l'altérité, la singularité, la dignité et l'intériorité des personnes.

La bien-traitance nécessite une organisation institutionnelle favorisant la prise de conscience par tous les acteurs du soin, de l'asymétrie de la relation soignant-soigné ; elle suppose aussi la prise en compte des attentes du patient dans son environnement (psychologique, familial, social), et de ses besoins fondamentaux.

4) Un Art de « bien-traitance » exercé par des médecins « bien-traités »

Il faut partir de cette évidence : il est difficile à des soignants mal-menés, de bien-traiter des soignés ! Affirmer que l'hôpital doit être humanisé, c'est avouer implicitement qu'il est inhumain et comment être humain dans un milieu qui ne l'est pas ?

L'Académie Nationale de Médecine ne veut ni ne peut s'ériger en défenseur du « CORPS MEDICAL », démarche effectivement toujours suspecte de corporatisme. Mais si elle ne saurait s'abstenir de dénoncer les carences et errements, elle veut contribuer, dans le contexte de malaise actuel et selon des modalités à définir, à soutenir les pratiques humanistes des médecins. Elle leur témoigne en ce domaine sa sollicitude préoccupée, et son vœu de contribuer à RE-NARCISSISER, -on pardonnera ce néologisme. Des médecins praticiens qui, principe de précaution oblige, se sentent plus que jamais contestés et donc vulnérables et qui en viennent à refuser de conseiller un malade pour choisir entre tel ou tel traitement, telle ou telle valve cardiaque etc. Qui « s'absentent » d'eux-mêmes en quelque sorte, au point qu'on ne sait plus qui est qui et qui fait quoi ! Si le médecin a le devoir de donner au malade toutes informations susceptibles d'éclairer son choix d'une stratégie thérapeutique, ce médecin ne peut lui déléguer la responsabilité d'une décision que ses capacités ne lui permettent pas de prendre. L'Académie se pose enfin cette question : au-delà des évolutions sociétales, les problèmes actuels que connaissent les médecins, ne procèdent-ils pas d'un renoncement à ce qui constitue la noblesse, l'exigence ... et la difficulté de l'Humanisme médical ? Quelles que soient les évolutions organisationnelles de la Médecine du futur (maisons médicales, institutions de hautes technologies, etc.), l'Humanisme sera aussi indispensable dans des contextes différents.

On a été amené à légiférer sur les « droits des malades », parce qu'ont été constatées des carences dans la pratique de l'Humanisme, mais les lois et décrets ne pallient jamais complètement les insuffisances, surtout si elles génèrent des situations dressant les uns contre les autres, soignants et soignés. La situation des médecins et la considération due à leurs conditions de travail difficiles, doivent être prises en compte L'Académie nationale de médecine donne acte à leur immense majorité, de leur compétence, rigueur, et générosité.

RECOMMANDATIONS

L'Académie Nationale de Médecine, préoccupée par le constat d'une dégradation des pratiques de l'Humanisme Médical, déplorée par beaucoup de médecins, recommande dans l'intérêt des malades :

1) de sauvegarder ces valeurs consubstantielles à une médecine de la personne, sans céder à une tendance actuelle qui dissocierait, voire opposerait, Technologie médicale et pratique Clinique, au détriment de cette dernière ;

2) de promouvoir une large mobilisation de REFONDATION de l'Humanisme Médical, sur les valeurs intangibles d'une relation médecin-malade de haute qualité, privilégiant la démarche humaniste du Soins par rapport à l'acte technique ;

3) une Refondation adaptée à notre temps, c'est-à-dire incluant sans réserve les évolutions technologiques actuelles et futures, refuse pour autant la « Mort de la clinique » et préconise inversement l'exigence de sa pratique, dans l'esprit d'un « Art Médical ». Un art qui, respectueux de l'exigence scientifique et des procédures de la Médecine fondée sur les preuves, préserve un espace de liberté, ouvert, (a) au médecin pour exercer les intuitions acquises de son expérience et de sa subjectivité, (b) autant qu'au malade, pour exprimer librement sa singularité, l'histoire de sa vie et de sa maladie ;

4) Afin d'atteindre ces objectifs, l'Académie Nationale de Médecine lance un appel pressant :
- aux Tutelles et responsables Universitaires, afin que soient modifiées les modalités de sélection des futurs médecins, vérifiant particulièrement leur désir et leur aptitude à prendre en charge des malades, autant qu'une formation de qualité particulièrement dans les disciplines scientifiques,

- aux Tutelles Hospitalières responsables de l'organisation de l'offre des soins (loi HPST), afin que soient INSTITUTIONNALISÉES au sein des établissements des pratiques d'Humanisme Médical et de « Bien-traitance » intégrées et accréditées en véritable CULTURE de cet Humanisme dans la CHARTE de Qualité des Soins,

- aux Médecins Hospitalo-Universitaires en charge de la formation des futurs médecins, particulièrement ceux qui, parmi les jeunes générations de chefs de clinique, perdraient de vue leur mission d'enseigner, qui a toujours fondé l'apprentissage de la Médecine, c'est-à-dire compagnonnage senior-junior au lit du malade et présentations de cas cliniques ;

5) L'Académie Nationale de Médecine, donnant acte aux médecins, généralistes et spécialistes de leurs compétence et générosité, leur témoigne son soutien en des temps d'exercice difficiles, qui exigent d'associer rigueur scientifique, respect des droits des patients et Humanisme, particulièrement dans certaines spécialités (Réanimation, Néonatalogie,

Handicaps de l'enfant et de l'adulte, Maladies chroniques, Malades dépendants ou en fin de vie...).

COMME IL A ETE INDIQUE PLUS HAUT, CE RAPPORT D'ETAPE SOUHAITE S'INSCRIRE DANS LE CADRE D'UNE DEMARCHE PERMANENTE, MISSION DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

CONTRIBUTEURS du RAPPORT ENTENDUS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

- I. CASAGRANDE Alice, Direction de la Santé, Croix-Rouge Française - Paris
- II. CHAIZE Jean-Luc, Directeur, C.H.U. Montpellier
- III. CHAPUIS Yves, Chirurgien A.N.M.
- IV. COUTURIER Daniel, A.N.M.
- V. CREPIN Gilles, A.N.M.
- VI. CRESSARD Pierrick, Membre du Conseil de l'Ordre National des Médecins
- VII. DEPAIGNE-LOTH Anne, Haute Autorité de Santé
- VIII. LAFONT Nicole, Psychiatre Psychanalyste
- IX. LANGUE Patrick (S.J.), Directeur du Centre Laënnec, Paris
- X. LEGMAN Michel, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- XI. LOYEZ Chloé, Présidente Ass. Nat. Etudiants en Médecine de France
- XII. LOMBARD Jean, Philosophe, Docteur d'Etat, Directeur de la Collection Hippocrate et Platon, Etudes de Philosophie de la Médecine
- XIII. MANTZ Jean-Marie, A.N.M.
- XIV. MARCHAL Joël, chirurgien, Hôpital privé du Millénaire, 34000 Montpellier
- XV. MATTEI Jean-François, ancien ministre de la santé, Directeur Général de la Croix-Rouge, membre de l'ANM
- XVI. MEZERAC Isabelle (de), Présidente de l'Association SPAMA, Lille
- XVII. OLIE Jean-Pierre, A.N.M.
- XVIII. PELLERIN Denis, A.N.M.
- XIX. RETHORE Marie-Odile, A.N.M.
- XX. SASSARD Thomas, Chirurgien cardiaque et vasculaire, hôpital Lyon
- XXI. SCHMITT Michel, Radiologue C.H. Colmar, Coordonnateur Mission Ministère de la Santé
- XXII. STORME Laurent, Service de Néonatalogie, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille
- XXIII. VANDEWALLE Bernard, Docteur en philosophie, Paris-Sorbonne.
- XXIV. VERT Paul, A.N.M.

Références bibliographiques

- 1.- **Lombard J. et Van de Walle B.** Philosophie de l'hôpital. L'Harmattan éd.2007, Paris
- 2.- **Lombard J. et Van de Walle B.** Philosophie et Soins. Seli Arslan, ed. Paris 2009
- 3.- **Ambroise-Thomas P.** Rapport à l'Académie nationale de médecine
- 4.- **Bernard J., et Michel F.B.** Médecine hier, Médecine d'aujourd'hui. PUF Edit, 2006
- 5.- **Mantz J.-M., Wattel F.** Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Rapport à l'Acad. Nat. De Médecine* – Juin 2006
- 6.- **Pellerin D.** Médecine du XXI^e siècle : consumérisme ou humanisme ? *Bull. Acad. Sc. et Lettres de Montpellier*. 2000, T. 31
- 7.- **Pellerin D.** A propos du Rapport Cordier : Ethique et professions de santé. Médecine et humanisme : *Bull. Acad. Natle Med.*, 2004, vol 188 n°3, 539-545.
- 8.- **Pellerin D.** Pour un retour à l'humanisme : la nécessaire complémentarité des droits et des devoirs des soignés et des soignants. *Bull. Acad. Nat. Med.* 2006 – 190 – n°9, 2033-2044.
- 9.- **Pellerin D.** La médecine du XXI^e siècle face aux normes et aux référentiels. Colloque Médico-Juridique de la CNEM, 1958. Experts édit.
- 10.- **Hureau J.** De l'Humanisme au consumérisme en médecine. Colloque Médico-Juridique de la CNEM, 1998. Experts édit.
- 11.- **Queneau P.** L'enseignement de l'éthique au lit du malade. Sensibilisation aux enjeux de la décision thérapeutique. In : Plus tôt que la vie. Plus tôt que la mort. John Libbey Edit, 2001 *Academic Medecine*. 2010. 85. P; 318
- 12.- **Queneau P., Mascret D.** Le malade n'est pas un numéro. Sauver la médecine : *Ed. Odile Jacob*, 2004
- 13.- **Azria E.** (cité par Roger Henrion). Sur les voies de la connaissance médicale : de la recherche clinique aux incertitudes de la pratique du soin. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine Paris-Sud, Université Paris XI.
- 14.- **Dreux Cl., Mattei J.F.** Santé, égalité, Solidarité. Propositions pour une médecine plus humaine. A paraître. John Libbey
- 15.- **Cambier J.** La douleur dans la relation médecin-malade. Réunion commune *Ac. Des Sciences-Ac. Médecine*. in *Bull Ac. Nat. Med.*
- 16.- **Michel F.B.** L'Académie nationale de médecine en défense et illustration de l'humanisme médical. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, Avril 2010, 194, p. 833-845
- 17.- **Langue P.** Formation humaniste des étudiants en médecine. Rapport au Groupe de Travail de l'Académie de Médecine. Texte en annexe du rapport.

18.- Chapuis Y. Approche chirurgicale du corps humain. Cours dans la chaire de philosophie du Collège de France – Janvier 2004.

19.- Couturier D., David G, Lecourt D., Sraer J.-D., Sureau C. « La mort de la clinique ? ». *Puf Editeur*, 2009

20.- Charpentier B. La clinique : état des lieux. In ref-suiivante, page 117

21.- Mignon et Sureau C. Humanisme médical. Pour la pérennité d'une médecine à visage humain ? Actes de Colloque – *John Libbey Ed.* – Paris 2009.

22.- Dubousset J. Peut-on se fier, en chirurgie, aux scores d'Evidence Based Medecine ? *Argospine, Springer ed.* 2010, n° 22.

23.- Chapuis Y. Humanisme et chirurgie. A paraître, in *Bull Ac. Nat. Med.*

24.- Loisançe D. Réflexions sur la formation initiale du chirurgien en 2010 : l'acquisition des fondamentaux. *Bull. Ac. Nat. Med.* (2011 in press).

25.- Loisançe D. Recommandations de l'académie sur les délégations d'enseignement. *Bull. Ac. Nat. Med.*

26.- Bazari H. Gratitude, Memories and Meaning in Medecine.

27.- Bogdasarian M.-A. Letter to the Editor. *JAMA*, 2006, p. 295-297

28- Campo R. "The Medical Humanities" for Lack of a Better Term *JAMA*, 2005, 294, p. 1011

29.- Cohen J. Academic Medecine, Liking Professionalism to Humanism : What It means, Why it Matters, 2007, 82, p. 1029

30.- Doukas D.J. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Group with Abraham Flexner.

31.- Heath I. Do not sit on the bed. *British Medical Journal*, 2010? 340? P; 625

32. - Riess H. Empathy in Medecine A Neurobiological Perspective – *JAMA*, 2010, 304, p. 1604

33.- Spiro H. The Medical Humanities and Medical Education – *JAMA*, 2006, 295, p. 997

34.- Verghese A. In praise of the physical examination – *BMJ*, 2009, 339, p. 1385

35.- Joachim N. Teaching the Art of Empathic interviewing to Third-Year Medical Students using a Fairy Tale – "The Prince who Turned into a Rooster", *Amercial Journal of Psychotherapy?* 2008, Vol 62, n° 4, p. 395

36- Henry-Tillman R. and co The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *The American Journal of Surgery*, 2002, 183, p. 659

37.- Hackbarth G., Boccuti C. Transforming Graduate Medical Education to Improve Health Care Value. *New England Journal of Medecine*, 2011, 364, p. 693

38.- Patel M. S. and co. Advancing Medical Education by Teaching Health Policy. *New England Journal of Medecine*, 2011, 364, 695

*
* *

L'Académie, saisie dans sa séance du mardi 21 juin 2011, a adopté le texte de ce rapport par 72 voix pour, 4 voix contre et 7 abstentions.

Pour copie certifiée conforme,
Le Secrétaire perpétuel,

Professeur Raymond ARDAILLOU