

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 10 octobre 2023

## ***De la maltraitance médicale à la décision partagée... et au-delà.***

*Dr Marc Zaffran aka "Martin Winckler"*

Médecin généraliste des années 80 à 2008 en France, Marc Zaffran était médecin de campagne et médecin de la santé des femmes. Il vit à présent au Canada. Durant toute sa carrière, il écrit des romans et des essais sous le pseudonyme de Martin Winckler.

Il souhaite aujourd'hui nous parler d'une conception qui s'est forgée au cours de son expérience, pour laquelle des prémices sont essentielles:

L'orateur parle de: "soignantes" ou "professionnelles de la santé" et de "médecins" ou "médeciniennes" et d'"infirmier.e.s".

Il choisit d'utiliser le féminin pluriel, ou le langage épïcène, pour parler des soignantes, car les femmes représentent la majorité au sein des professions de santé, au sens large. Il ne fait pas de différence entre les médecins/médeciniennes et les autres, car "nous sommes toutes des soignantes" et il se considère lui-même comme une soignante.

(Je ne peux qu'exprimer la joie intense que me provoque cette reconnaissance, merci.)

Il parle de "personne soignée" (PS) et non de "patient.e.s", car elles ne sont pas toujours patientes, mais, normalement, toujours soignées.

Il postule que la personne soignée est "en capacité". Si elle n'est pas en capacité de prendre des décisions pour elle-même, c'est un cas particulier qui ne peut être généralisé.

De quelle éthique va-t-on parler?

Pas de l'éthique de la vertu - "mes actes sont bons car je suis bon"... Qui le détermine?

Pas de l'éthique déontologique - dont les règles sont établies par des inconnus..

Mais de l'éthique conséquentialiste - celle qui s'attache aux résultats. Ceux-ci ne peuvent être établis et reconnus que par la personne soignée.

Soigner c'est faire en sorte que la personne qui vient vous voir se sente mieux après vous avoir vu.

L'éthique du soin contient trois pôles qui peuvent entrer en conflit durant la discussion:

- Bienfaisance et non malfaisance
- Justice et équité
- Autonomie (Consentement)

Diverses situations cliniques les mettent en jeu, comme celles établies par Jonsen:

l'indication médicale peut opposer malfaisance et non-malfaisance, les préférences de la PS impliquent son autonomie...

La qualité de vie n'était pas initialement dans les principes de bioéthique. Probablement parce qu'elle ne peut être définie que par la perception de la personne au départ.

Pour transmettre ses pensées sur la maltraitance médicale, l'orateur utilise des métaphores:

### Métaphore n°1 : le vaisseau

Le corps humain est un vaisseau sur l'océan. La personne soignée est capitaine et seule passagère de son vaisseau; elle voyage en solitaire; elle coule avec son vaisseau...

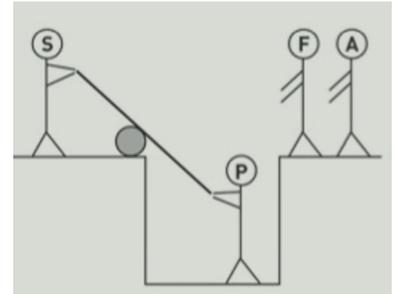
La PS est la seule à décider de ses itinéraires (autonomie), et la seule à ressentir l'effet de ses avaries, à en apprécier la gravité et à décider des réparations.

La douleur, le vertige, la nausée... n'est vécu que par la PS, même si cela peut être exploré à travers différents outils.

### Métaphore n°2: le Fossé

S: soignant P: Personne soignée F:Famille A: personne aidante.

Lorsqu'on a de la chance, on naît dans un terrain avec un bon climat, un accès aux ressources... et parfois on naît sur un terrain accidenté. Celui-ci représente également le terrain génétique.



Sur le chemin de la vie, la chute dans un fossé est fort probable.

Le but des soignantes, c'est d'aider la personne à sortir du fossé, que ce soit en prévenant la chute, ou en la rapprochant de la surface. Dans le meilleur des cas, soigner c'est aider la personne à sortir du fossé pour qu'elle puisse reprendre son chemin, sans aide.

### Repères fonctionnels (3)

Soigner n'est pas une position, c'est une *attitude*.

- Être au bord du fossé ne veut pas dire soigner. Le levier entre S et P représente notre savoir-faire et le point d'appui notre savoir... nous appuyons nos outils sur nos connaissances pour aider à sortir les gens du trou.

Soigner est un *service*, et non une relation de pouvoir.

- Si la sortie du trou est mise sous condition; faveur, argent, travail, premier-né... alors la personne soignée est considérée comme esclave. Pour être éthique, cette relation ne peut être une relation de pouvoir.

Toute contrainte, ou abus de pouvoir, est contraire à l'éthique et donc, une maltraitance: qu'elle soit verbale, une attitude raciste, physique, mentale...

C'est un paradigme difficile à intégrer, lorsque notre éducation de soignantes nous a appris que nous sommes investies d'une autorité, d'un pouvoir...

D'ailleurs, connaissez-vous la différence entre dieu et les médecins?

Dieu ne se prend pas pour un médecin...

Soigner est une action coopérative, un *partage*:

- La PS partage son récit et ses représentations, il faut les recevoir et les comprendre. Préférer le récit direct de la PS, en l'incitant d'un "racontez-moi", car le récit contient ce qui lui importe.
- Les soignantes délivrent et explicitent les hypothèses diagnostiques.
- informations, pistes, questions, doutes, incertitudes, limites, dangers, alternatives...

### Une décision peut-elle être partagée?

Non, car le binôme PS/S n'est pas un couple égalitaire:

les soignantes proposent et les personnes soignées disposent.

Les soignantes doivent soutenir les personnes soignées dans leurs décisions OU se démettre. Il n'est pas possible de les soutenir, et de décider à leur place en même temps... Des explications peuvent être demandées, mais ne sont pas obligatoires pour accepter la décision de la personne soignée.

Attention, les soignantes ont le droit de se démettre mais pas d'abandonner la PS ou d'entraver sa décision (son autonomie). → recommander à une collègue qui pourra soutenir cette décision.

### Paradoxes/questions

Le corps d'une personne soignée est inviolable. Il n'est accessible que par exceptions renouvelées et révocables à tout moment.

Alors, est-il toujours éthique de faire déshabiller les PS et de les toucher? A réfléchir...

Un pédiatre vétérinaire des [groupes Balint](#) avait dit, à propos d'un enfant qui n'avait rien répondu à toutes les questions spécifiques posées durant l'anamnèse.

- "Quand on pose des questions, on n'obtient que des réponses"

Cette phrase pourrait faire l'objet d'un groupe de travail. Ce que l'orateur en comprend, c'est qu'une question, venant d'une soignante, est toujours orientée: elle postule qu'il y a une "bonne réponse" ou du moins, une réponse qui va satisfaire la soignante.

La question devrait être utilisée pour relancer le récit, le diriger éventuellement. Peut-être faut-il attendre que ce soit la personne soignée qui pose ses propres questions...

La médecine française est particulièrement autoritaire et paternaliste, c'est d'ailleurs pour cela que le Dr Zaffran a quitté le pays. Elle insiste sur la compliance et l'adhérence et surtout sur le fait qu'il ne faut pas mentir, parce que ce n'est *pas bien*.

Rappelons-nous que la France, c'est mille ans d'ancien régime et de catholicisme. Implicitement, *c'est pas bien*, ça veut dire, "vous allez être damné", "vous allez mourir dans d'affreuses souffrances", ...c'est une condamnation religieuse...

Est-il éthique d'exiger de tout savoir sur une personne pour la soigner? Est-ce vraiment nécessaire? Les patientes inconscientes aux SI, ou celles qui ne parlent pas la langue, sont soignées tout de même...

## Quelques aphorismes

“Un corps humain n’a pas de boulons mais des histoires - Racontez-moi les vôtres!”

“Le consentement n’est pas optionnel, il est *consubstantiel*”

...il n’est pas accordé aux personnes soignées, il fait partie entière de la relation.

“La douleur a raison contre la soignante”

Le père de l’orateur, médecin également, l’avait bien remis en place un jour, lorsqu’il énonce qu’une PS exagère sa douleur: “Tu n’as pas le droit de dire ça [...] si tu ne peux pas croire à la douleur, tu dois faire un autre métier!”

“On ne peut pas s’empêcher de porter (intérieurement) des jugements. Mais on peut se retenir de condamner et d’aggraver la peine.”

“vous fumez trop” “vous pourriez perdre du poids” “vous avez combien de partenaires sexuels exactement?”... Il faut réfléchir à l’impact de ses phrases sur les PS.

“Tout le monde ment. Les PS mentent pour se protéger. Les soignantes mentent pour garder le pouvoir” (Dr House)

“Les (bonnes) intentions des soignantes comptent toujours moins que les perceptions des personnes soignées”.

Si du mal est fait à une patiente, en faisant un geste par exemple, l’intention de ne pas lui faire du mal, on s’en tape un peu non? La route de l’enfer est pavée de bonnes intentions... Les bonnes intentions nous permettent de justifier la douleur infligée aux PS...pour un comportement vraiment éthique, l’impact sur la PS doit vraiment être considéré.

## Bibliographie succincte

- Tom L. Beauchamp, James F. Childress - ***Principles of Biomedical Ethics***, Oxford University Press, 2019, 8th Ed.
- Albert Jonsen, Mark Siegler - ***Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine***, 9th Edition, McGraw Hill, 2021, 9th Ed.
- Jules Verne, ***20 000 Lieues sous les mers***
- Martin Winckler, ***Le Choeur des femmes***, POL, 2009 (Folio, 2010)
- Martin Winckler, ***Dr House – L’esprit du shaman***, Boréal, 2014
- Marc Zaffran, ***Le Patient et le médecin***, Presses de l’Université de Montréal, 2014 (Free PDF)

L’orateur nous relate une des ses expériences en temps que personne soignée:

Il présente des brûlures d’estomac, dans un contexte de stress, quelques mois après son premier enfant. Il demande à un de ses confrères de lui faire une fibroscopie.

Au moment du geste, son collègue lui propose de regarder l’image en même temps.

Ça l’a beaucoup aidé, d’abord à avaler le morceau, mais aussi parce qu’à l’époque, on ne disait pas la vérité aux PS, et il avait peur qu’on lui cache un diagnostic à mauvais pronostic..

## Questions (réponses légèrement paraphrasées)

- *“Martin, tu nous fais chier!” Comment réagis-tu à ce malaise que tu peux installer parfois?*
- Je me rappelle la méthode d'insertion du stérilet quand je l'ai apprise, en serrant *bien* la pince de poti, ce qui faisait sauter la PS au plafond. La seule chose qui me mettait plus inconfortable que de lui infliger cette peine, c'était de lui dire “c'est pour votre bien”.

Depuis, on a trouvé une méthode qui fait moins mal, presque indolore.

Donc, à ceux qui s'indignent d'être traités de maltraitant, je leur dis “je ne vous mettrai jamais plus mal à l'aise que la douleur que l'on peut infliger à une personne soignée.” Ce sont bien souvent des hommes qui n'ont jamais reçu une insertion avec une pince de poti...Pas d'utérus, pas d'opinion. (rires) C'est vrai! De quel droit je vais dire “ça fait pas mal” ou encore “c'est dans votre tête” ?!

Après 10 ans d'études, avec une telle capacité intellectuelle, il ne doit pas être très compliqué de trouver des méthodes indolores.

- *Racontez-nous Martin Winckler*
- Au début, c'était surtout pour séparer ma profession médicale de celle d'écrivain, pour protéger mes patient.e.s. C'était aussi un totem, j'ai pris le nom d'un personnage d'un auteur qui m'avait beaucoup inspiré, Georges Perec. Somme toute, c'était surtout pour maintenir une relation de confiance avec les PS.
- *Quelle position avoir par rapport aux rôles d'expertises que l'on nous prête?*  
Lorsqu'une question est vraiment complexe, il n'y a pas une personne suffisamment experte pour y répondre seule.... Les normes sont faites pour être remises en cause, du moins questionnées et il faut pouvoir accepter les questionnements des plus jeunes, car leur vision est plus proche de celle d'une personne soignée.  
On m'a nommé expert de la santé des femmes. Il y a 20 ans, cela ne me dérangeait pas, car il n'y avait personne d'autre, maintenant, je refuse ce rôle, car je suis un homme, et il y a plein de femmes expertes en santé des femmes.
- *Quelles places accordez-vous aux facultés, écoles, institution, sur la question de l'abus de pouvoir?*
- Une seule solution, la révolution! Enfin, pas à la française, car il s'agirait de couper des têtes pour les remplacer avec d'autres...  
Je tente de présenter ma réponse dans mon livre *L'école des soignantes*...nous avons une séparation des professions de la santé qui est basée sur des critères de classe, car l'éducation médicale est réservée aux populations favorisées, la plupart du temps. Pourquoi est-ce juste de devenir médecin d'emblée? pourquoi pas commencer par la base, faire des soins, aider les PS à se déplacer, les rassurer, avant de gagner de l'expérience et une expertise, tout en pouvant retourner en arrière...

En France, la réforme des écoles des sages-femmes a été décidée par un panel de trois médecins...wtf? On a besoin de décisions horizontales, qui prennent en compte la diversité de la discipline.

Difficile d'enlever des mots à cette présentation hors du commun! Je tiens à remercier et à encourager le vent féministe qui agite le drapeau de ce colloque ces deux dernières semaines. C'est rafraîchissant.



Allez, un deuxième pour la route!



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
Transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)