UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2017 2017 TOU3 3057

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Marie VINAS

le 20 septembre 2017

L'EVOLUTION DE LA RELATION PATIENT-PRATICIEN DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS EN MEDECINE ET EN ODONTOLOGIE

Directeur de thèse : Dr Jean-Noel VERGNES

JURY

Président : Professeur Olivier HAMEL

1er assesseur : Docteur Rémi ESCLASSAN

2ème assesseur : Docteur Jean-Noël VERGNES

3ème assesseur : Docteur Thibault CANCEILL



UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER MANAGE DENTAIRE

Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESSEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

Mr Franck DIEMER

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE + Mr Jean-Philippe LODTER Mr Gérard PALOUDIER Mr Michel SIXOU Mr Henri SOULET

→ <u>ÉMÉRITAT</u>

Mr Damien DURAN Mme Geneviève GRÉGOIRE Mr Gérard PALOUDIER



PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme DARIES, Mme BROUTIN

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr. ROTENBERG,

Assistants: Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES
Assistant: Mlle. BARON,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mr. ROSENZWEIG

Section CNU 57: Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Maître de Conférences Associée : Mme VINEL

Assistants: Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme CROS, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr. DAUZAT,

Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université: Mr. KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants: Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE, Mr. TRIGALOU

Adjoints d'Enseignement : Mr. SIGNAT, Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC

Section CNU 58: Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants: Mr. BONIN, Mr. BUORO, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE

Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLE, Mr. FISSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR

Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants: Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA Mme. LACOSTE-FERRE

Mr. POGEANT, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION

Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

À notre président de jury de thèse,

Monsieur le Professeur Olivier Hamel,

- -Professeur des Universités,
- -Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.
- -Responsable de la sous-section « Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale »,
- -Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes (EA 4569),
- -Docteur en Chirurgie Dentaire,
- -Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire »,
- -Docteur de l'Université Paris Descartes,
- -Habilitation à Diriger des Recherches,
- -Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de diriger notre Thèse. Merci pour votre enseignement de grande qualité. Il s'agit d'un domaine qui m'intéresse particulièrement. Merci pour votre écoute et votre disponibilité durant nos années d'étude. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect. À notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Rémi ESCLASSAN,

- -Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- -Docteur en Chirurgie Dentaire,
- -Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- -D.E.A. d'Anthropobiologie,
- -Ancien Interne des Hôpitaux,
- -Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse Rangueil et Pharmacie (L1),
- -Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS UMR 5288 CNRS,
- -Praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (MBD)
- -Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- -Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Vous avez spontanément accepté de siéger à mon jury de thèse et je vous en remercie infiniment. Nous vous sommes reconnaissants pour votre pédagogie, votre accessibilité et votre gentillesse durant nos années d'étude que ce soit en cours ou en clinique. Ce fut un réel plaisir de partager nos dernières vacations cliniques à l'Hôtel-Dieu. Je vous remercie pour votre disponibilité ainsi que pour vos qualités humaines.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –
 Montréal, Québec Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de diriger notre thèse. Merci pour votre dévouement envers les étudiants, votre encadrement en clinique, les connaissances que vous nous avez transmises ainsi que la passion pour le métier de chirurgien-dentiste. Vous avez fait preuve qu'une grande disponibilité envers nous durant ces années d'étude et nous vous en remercions très sincèrement.

Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de mon estime et de mes sentiments les plus amicaux.

À notre jury de thèse

Monsieur le Docteur Thibault CANCEILL

- -Assistant Hospitalo-Universitaire d'Odontologie
- -Docteur en Chirurgie Dentaire
- -Master 1 Santé Publique : Biostatistiques, modélisation et méthodologie des essais cliniques
- -CES Biomatériaux en Odontologie

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Plus qu'un membre de jury, un ancien camarade de promotion, ces années à la faculté à vos côtés ont été un réel plaisir. Je me souviendrais toujours de votre présence ici.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde sympathie.

Remerciements

A ma maman, mon repère, un pilier dans ma vie. La P1 je l'ai eue grâce à toi. Je t'admire pour nous avoir élevés seule, enfin pas tout à fait il y avait Robert bien sûr, notre famille est géniale même si elle n'est pas tout à fait classique. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as fait pour nous. Tu peux maintenant être sereine, nous sommes indépendants et c'est à nous de veiller sur toi. Tu es la meilleure maman du monde toutes catégories confondues. Je t'aime énormément. A Robert. Même si on ne se le dit pas on s'aime beaucoup au fond. Tu m'as appris plein de choses sur le ski et la montagne, même si je suis toujours aussi nulle pour repérer les sommets, c'est toi qui m'a transmis cette passion. A Rémi. Mon frère, difficile de trouver des mots pour décrire notre relation, elle est unique, tu es mon double au masculin et j'ai parfois l'impression qu'on est des jumeaux tellement on est connectés que ce soit pour dire des conneries (surtout pour ça) ou autres. Je ne pourrai m'imaginer ma vie sans ta présence au quotidien, ou du moins par téléphone pour faire les débiles, s'appeler plusieurs fois par jour pour ne rien dire.

A la famille Barzu : les repas de famille qui dégénèrent, les noëls, toujours dans la bonne humeur, le rire, la fête, toujours des crampes aux abdos en rentrant, une famille en or.

A la famille Vinas, à Tonton Bernard et Maryse et Papi : merci de faire parti de mon quotidien, toujours prêts à m'accueillir (et sortir la guitare), je vous apprécie énormément et suis heureuse de vous avoir. Papi c'est grâce à toi que je joue de la guitare comme ca.

A la famille Martinet et les alliés: Jacqueline et Gérard, Florence, Jean Pascal, Sidonie, Valentine, Tonton Philippe, Benjamin, Julia, Coralie, Sophie, Jean Paul Pour tous ces moments en famille, les noëls, les anniversaires, les fiestas...On peut dire qu'on ne s'ennuie jamais. A Françoise de Toulouse qui fait parti de la famille qu'on aime beaucoup et qui est toujours là pour nous accueillir et nous faire des bons plats. A Lisa .Depuis le CP, ma famille plus qu'une ami .Tu es une personne rare et unique, une stabilité dans ma vie depuis plus de 20 ans .Mais plus que ca, difficile de trouver quelqu'un qui me fasse autant rire, 20 ans de pur bonheur. A Mimi, ma petite brioche, ma moitié depuis le CP, je dépérie quand tu n'es pas là. On a fait les 400 coups ensemble, formant la meilleure équipe pour trouver des nouvelles conneries à faire, en cours, à la récré, et au stage de pêche dans lequel on a atteint le sommet de notre art. A Fred Dans la bande depuis le collège, on a vécu des moments géniaux : les bals, les soirées chez toi, le voyage à Venise, les Baléares .Tu chantes du RNB comme personne. J'aime quand on joue de la guitare même si des fois ca t'exaspère un peu[®] Amandine Depuis le primaire, toujours ensemble jusqu'au collège, et ca continue même si tu es loin maintenant. Tu me fais mourir de rire même si au final on rigole toujours pour les mêmes blagues. Love U petit pote. A Lauriane Tu es la voisine/copine idéale, toujours positive et tu me fais mourir de rire, on a grandit ensemble a Bourreac A Clément et Romain : les meilleurs : aux nèfles, à nos conneries dans les champs de maïs, dans les granges, dans les bals, chez les uns chez les autres. Bourreac en force.A tous les potes de Lourdes: Momo, Marion, Audrey, MorganeA Caro: inséparables depuis notre première année de fac, toujours ensemble à se bidonner, la moindre activité inintéressante devenait drôle avec toi : (ménage, courses, cuisine.. ©), ou quand tu venais me faire la piqure quand je m'étais fait les croisés. on a vécu tellement d'aventures Toulousaines, j'espère qu'il y en aura plein d'autres. A Gogo et notre mémorable voyage en Thaïlande.

A Rémi Castillon mon super méga poto, tous nos délires, nos moments en montagne en grimpant ou sur les skis. A Laura Dje pour ses conseils, toujours à l'écoute et délirante. Aux copains de promos, Cécile, Etienne, Sophie B, Olivier, Alexia, Thibault, Géromine, Julien, les Julie, Hakim, Jules, Roch, Margaux, Lenaic, Coralie, Charlotte, Sophie M, Pierre, Lara, Marion, Anne, Alizée, Clarence. Pour ces années d'étude géniales et complètement délirantes avec vous, les cours, la fac, les soirées dentaires, les crit, l'adf, les vacations cliniques. A tous les amis longue date de la famille présents ce jour à ma thèse. A Guillaume, mon amoureux, le plus merveilleux des hommes. Il y a tellement de moments où je voudrais être avec toi. La vie nous appartient maintenant et je veux la passer auprès de toi. Tu es parfait à mes yeux et tellement mimi quand tu essayes de prononcer les mots de chez nous avec ton petit accent parisien ③.Je suis fière de toi et de tes progrès dans notre language ③ tu es un vrai sudiste maintenant. Je t'aime

Sommaire

INTRODUCTION	13
1. Evolution de la médecine, de l'odontologie, et de la relation patient-praticien de l'Al XX ^{ème} siècle	
1.1 Les trois modèles de la relation médecin-patient décrits par Szsaz et Hollender	15
1.1.1 L'activité-passivité	15
1.1.2 La coopération d'orientation	15
1.1.3 La participation mutuelle	16
1.2 L'Antiquité : Approche historique et conceptuelle de la médecine, de l'odontologie relation patient-praticien dans différentes civilisations du bassin Méditerranéen	
1.2.1 La Mésopotamie : berceau de la première civilisation	18
1.2.2 L'Egypte ancienne, « ce don du Nil »	21
1.2.3 Grèce antique : médecine, mythologie et naissance des premiers textes déont	ologiques. 23
1.3 L'occident Moyenâgeux, entre ombres et lumières	26
1.3.1 La période monastique	26
1.3.1.1 Des nouvelles notions de la maladie et de la mort	27
1.3.1.2 Figure du patient et relation patient-praticien	28
1.3.2 La période scolastique (1100-1400)	29
1.3.3 Place du chirurgien dans la société moyenâgeuse et charlatanisme	29
1.3.4 Représentation de l'art dentaire à travers l'art	31
1.4 De la Renaissance à la Révolution.	33
1.4.1 Renaissance	33
1.4.1.1 Contexte	33
1.4.1.2 Médecine /chirurgie	33
1.4.1.3 Ambroise paré	34
1.4.1.4 Charlatanisme à Paris (1580-1620)	34
1.4.1.5 Représentation du chirurgien-dentiste à travers l'art	35
1.4.2 XVII ^{ème} siècle.	37
1.4.2.1 Contexte	37
1.4.2.2 Représentation du chirurgien-dentiste à travers l'art	37
1.4.3 XVIII ^{ème} siècle	42
1.4.3.1 Contexte	42
1.4.3.2 Chirurgie dentaire	
1.4.3.3 Chirurgie dentaire et Pierre Fauchard	42
1.4.3.4 Représentation de l'art dentaire à travers la peinture	43
1.4.3.5 Relation patient-praticien / figure du patient	45

1.4.5 XIX ^{ème} siècle	46
1.4.5.1 Quelques dates	46
1.4.5.2-Représentation de l'art dentaire à travers la peinture.	46
1.4.5.3 Anesthésie à l'éther sulfurique	48
1.4.6 XX ^{ème} Siècle	48
1.4.6.1 Progrès en anesthésiologie, découverte des dérivés cocaïniques	48
1.4.6.2 La relation patient-praticien à travers le regard de deux grands médecins, une vi entièrement paternaliste	
1.4.6.2.1 Le colloque singulier de Georges Duhamel (1935)	49
1.4.6.2.2 Louis Portes	50
1.4.6.3 Arrêt Mercier 1936	50
1.4.6.4 Des problèmes éthiques rencontrés sous le régime Nazis	51
1.4.6.5 Le procès de Nuremberg et l'élaboration du code de Nuremberg	54
1.4.6.6 Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes	55
2. Approche contemporaine de la relation de soin : du paternalisme vers l'autonomisation du patient	
2.1 Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	
2.2 Nouveaux paramètres de la relation de soin.	62
2.2.1 La communication en santé	62
2.2.2 L'empathie	64
2.2.3 L'empathie dans la relation de soin	64
2.2.4 La confiance	65
2.2.5 Les transferts et contre transferts	65
2.2.6 Quelques particularités de la relation dentiste patient	66
2.2.6.1 L'intimité de la sphère oro-faciale	66
2.2.6.2 La peur du dentiste	66
2.3 Les nouveaux outils à disposition du patient	67
2.3.1 La médecine 2.0	67
2.3.2 Les associations de malades	68
2.4 De nouveaux statuts pour le patient	69
2.4.1 Le patient Sachant	69
2.4.2 Le patient expert	70
2.4.3 Le patient consommateur de soin	71
2.4.4 Le patient procédurier : les conflits dans la relation de soin	71
2.5 Modèles de relation patient-praticien pour aborder le XXI ^{ème} siècle	72
2.5.1 Les 4 modèles de Emanuel et Emanuel	73
2.5.1.1 Le modèle Paternaliste	73
2.5.1.2 Le modèle informatif	73

2.5.1.3 Le modèle interprétatif	74
2.5.1.4 Le modèle délibératif	
2.5.2 L'approche centrée sur la personne	
CONCLUSION - SYNTHESE	
Table des illustrations	
Bibliographie	86

INTRODUCTION

Une relation se caractérise par un ensemble des rapports et liens existant entre deux personnes qui se rencontrent, se fréquentent, et communiquent entre elles. Durant la consultation médicale, le médecin rencontre le patient. La relation patient-praticien evolue depuis la Préhistoire avec la naissance de la médecine.

De manière générale influencée par la scène sociale (climat socio-politique, intellectuel et scientifique de l'époque) et la situation médicale (intègre la compétence technique), la relation médecin malade remise dans son contexte historique relève de la capacité du médecin et de son patient à se réfléchir et à communiquer.

La dynamique de cette rencontre peut être abordée selon plusieurs approches.

Selon une approche socio-culturelle, le patient réagit face à son médecin en fonction de ses croyances, connaissances et affects. Ses valeurs sont déterminées par l'environnement dans lequel il évolue et par sa propre histoire. Le médecin, lui, réagit aussi en fonction de ses croyances, ses propres aspirations, et de l'image que la société se fait de lui et de son rôle.

Selon une approche sociologique, elle est considérée comme inégale et asymétrique. En effet le terme patient (du grec pathos qui signifie souffrance) n'est pas neutre de sens, il associe à la notion de vulnérabilité, celle d'un pâtir et la fragilisation de l'être par la pathologie. Affaibli par sa pathologie, il demande de l'aide à son médecin lors de la consultation, le plaçant dans une position de faiblesse.

On peut aussi aborder la relation de soin par une approche psychologique que nous développerons plus tard.

Essentiellement, deux modèles principaux se dégagent pour décrire la relation : le modèle paternaliste et le modèle autonomiste. Dans le modèle paternaliste, le médecin est le seul à détenir le savoir ; il prend les décisions, en respectant le principe de bienfaisance, pour le patient qui lui accorde sa confiance. Dans la relation autonomiste, le patient prend les décisions concernant sa santé, le médecin a un rôle de consultant, de prestataire de service.

On considère classiquement que la relation patient-praticien est passée d'un modèle paternaliste (de l'Antiquité à la moitié de XXème siècle) à un modèle autonomiste (moitié du XXème siècle à nos jours). Les changements effectués au fil des siècles sont en réalité plus nuancés.

Ce travail de thèse tient compte des observations faites sur l'impact de la relation patient-praticien dans la prise en charge et la qualité des soins. Il a pour objet de présenter les différentes modèles relationnels en médecine et en odontologie à travers le temps afin d'ouvrir des perspectives sur les possibilités d'évolutions futures.

Lors de la première partie, nous étudierons la relation patient-praticien de l'Antiquité au XX^{ème} siècle.

Dans la deuxième partie, nous évoquerons les perspectives probables au cours du XXI^{ème} siècle.

1. Evolution de la médecine, de l'odontologie, et de la relation patient-praticien de l'Antiquité au XXème siècle

Le travail réalisé par Szasz et Hollender (1956) décrit trois modèles de relation médecin-patient selon que le patient soit actif ou passif dans la relation, le médecin étant lui toujours actif. Pour cette première partie, nous utiliserons ces trois modèles pour étudier la relation dans son contexte historique (1,2).

1.1 Les trois modèles de la relation médecin-patient décrits par Szsaz et Hollender

1.1.1 L'activité-passivité

Historiquement, il s'agit du modèle conceptuel le plus ancien. Il ne résulte pas d'une interaction sur le plan psychologique, mais uniquement de l'effet d'une personne sur l'autre. Le médecin est actif; le patient, passif. Cette orientation est tout à fait appropriée pour le traitement des urgences (par exemple, pour le patient gravement blessé, saignant, délirant ou en coma). Le «traitement» s'effectue indépendamment de la participation du patient (celui-ci est considéré comme impuissant). On peut assimiler cette relation à une relation parent-enfant (1). Elle est entièrement paternaliste et place le médecin dans un contrôle absolu de la situation. De cette façon, il satisfait les besoins de maîtrise et contribue à des sentiments de supériorité (2).

1.1.2 La coopération d'orientation

Ce modèle concerne une grande partie de la pratique médicale. Il est employé dans des situations moins urgentes que celles précédemment mentionnées (par exemple, infections aiguës). Bien que malade, le patient est conscient et dans sa souffrance, il cherche de l'aide et est prêt à «coopérer». Il se tourne alors vers un médecin, le plaçant dans une position de force. Cela s'explique par une «réaction de transfert» (acte par lequel une personne acquiert un droit d'une autre qui le lui

transmet). Il semblerait d'une certaine manière que cela soit une relation activepassive comme précédemment décrit, or les deux personnes participent à la relation et à ce qui en résulte, elles sont donc actives. La principale différence entre les deux protagonistes concerne le pouvoir et son utilisation réelle ou potentielle. Le plus puissant des deux (parent, médecin, employeur, etc...) attendra une coopération de l'autre membre de la paire (enfant, patient, employé, etc.). On s'attend à ce que le patient obéisse à son médecin. Ce modèle a son prototype dans la relation parent-adolescent, il est essentiellement paternaliste (1,2).

1.1.3 La participation mutuelle

Philosophiquement, ce modèle repose sur le postulat selon lequel l'égalité entre les êtres humains est souhaitable. Il a joué un rôle crucial dans la civilisation occidentale depuis plus de deux cents ans. Il est fondamental pour la structure sociale de la démocratie.

Trois conditions sont nécessaires à la mise en place de ce type de relation.

- -(1) Les deux personnes ont un pouvoir approximativement égal.
- -(2) Elles sont mutuellement interdépendantes (besoin l'une de l'autre).
- -(3) Elles s'engagent dans une activité qui sera satisfaisante pour les deux.

Ce modèle est favorisé par des patients qui, pour diverses raisons notamment culturelles, souhaitent être actifs dans leur prise en charge thérapeutique.

Il peut être retrouvé dans la gestion de certaines maladies chroniques (diabète sucré, maladie cardiaque chronique, etc.), s'avérant ainsi être réaliste et nécessaire. Le cas présent, les expériences du patient fournissent des indices fiables et importants pour la prise en charge. De plus, le programme de traitement lui-même est principalement réalisé par le patient. Essentiellement, le médecin aide le patient à s'aider lui-même. Ce modèle est plus propice à subir une évolution dans le temps que les deux précédents et nécessite une organisation psychologique et sociale plus complexe de la part des deux participants. En conséquence, il est rarement approprié pour les enfants ou pour les personnes atteintes de déficience mentale. Ce modèle de thérapie devient plus approprié et nécessaire lorsque l'on peut obtenir une similitude intellectuelle, éducative et

générale entre les deux protagonistes. Il est davantage axé sur le patient et s'éloigne de la médecine paternaliste. La relation est caractérisée par un haut degré d'empathie. Elle a des éléments souvent associés aux notions d'amitié, de partenariat et de communication de conseils d'experts (1).

					Degré
	5 .01	-			de
Modèle	Rôle du	Rôle du	Application	Analogue	contrôle
	praticien	patient	clinique		exercé
					par le
					patient
		Destinataire	Anesthésie,		
		(incapable	traumatisme	_ ,	
Activité-	Action	de	aigu, coma,	Parent-	Très
passivité	sur le	répondre	délire.	enfant	faible
	patient	ou inerte)		(nourrisson)	voir nul
	Dit au				
	patient			_ ,	_
Coopération	ce qu'il	Coopérant	Procédés	Parent-	De
d'orientation	doit	(obéit)	infectieux	enfant	faible à
	faire		aigus.	(adolescent)	moyen
	Aide le	Partenaire	La plupart	Adulte-	De fort
	patient	(utilise une	des maladies	adulte	à très
Participation	à s'aider	aide	chroniques,		fort
mutuelle	lui-	experte)	psychanalyse		
	même				

Figure 1 : Tableau récapitulatif des trois modèles décrits par Szsaz et Hollender

(2-4)

1.2 L'Antiquité : Approche historique et conceptuelle de la médecine, de l'odontologie et de la relation patient-praticien dans différentes civilisations du bassin Méditerranéen

Les médecines primitives (ou proto-médecines) nous viennent de la préhistoire, elles sont fondées sur un ensemble de raisonnements analogiques, connaissances empiriques, croyances magiques et religieuses qui inscrivent la maladie dans un environnement surnaturel. Impuissant face à la maladie et la mort, l'Homme (animal religieux selon Aristote) a tenté de maîtriser la nature, par la magie, le mysticisme, et la théologie. Les guérisseurs sont des magiciens ou prêtres, et la magie fait partie intégrante des soins. Avec la naissance des premières civilisations, ces médecines prennent un nouvel essor et deviennent archéo-médecine (ancêtre de nos médecines actuelles) (5).

En employant les modèles conceptuels de Szsas et Hollender, nous pouvons aborder un historique de certains changements intervenus dans cette relation complexe au travers trois grandes civilisations antiques.

1.2.1 La Mésopotamie : berceau de la première civilisation

De cette terre de plaines fertiles et d'argile, aux confluents du Tigre et de l'Euphrate, entre Ur et Babylone (correspondant à l'actuelle Irak), est née la plus ancienne des civilisations.

C'est avec la naissance de l'écriture (fin du IV^{ème} millénaire avant JC) que la médecine devient réellement une science à part entière mais aussi un savoir transmissible (6).

Malgré cette avancée scientifique majeure, l'emprise des croyances primitives et magiques reste très forte et la maladie résulte d'une offense faite envers un ou plusieurs Dieux. Le système religieux Mésopotamien est constitué de nombreuses divinités anthropomorphes hiérarchisées, et redoutables, auxquelles il faut se soumettre (5,6). Lors de la consultation, le diagnostic du médecin consiste à identifier un pêché commis qui serait à l'origine du mal (6). L'interrogatoire médical

est formulé en une véritable litanie de pêchés potentiellement commis par le malade :

- « as-tu semé la discorde entre le père et le fils, entre la mère et la fille, entre frère et frère, entre ami et ami ?»

-« as-tu dit oui pour non ?»

-« as-tu fait usage de balances fausses ? ... » (6).

La thérapeutique Babylonienne consiste en une action magique et religieuse destinant à calmer la colère des dieux. Elle est souvent renforcée par des rituels de sacrifices (5,6).

Selon les Babyloniens, la douleur dentaire serait causée par un « ver » qui ronge l'intérieur de la dent. Les dieux sont invoqués pour extirper ce ver (7).

De par ce contexte, il semble fort probable que la relation médecin patient à cette époque est de nature active-passive (toute puissance du médecin, passivité du malade) (2).

Dans la société Mésopotamienne, la pratique médicale est strictement organisée et encadrée, comme l'atteste le code du roi Hammourabi. Plusieurs articles de loi concernent la responsabilité du médecin, ses honoraires, et l'indemnisation du patient en cas de faute (5).



Figure 2 : Code d'Hammourabi, stèle de basalte (8)

Haute de 2 mètres, et pesant plus de 4 tonnes de basalte, il est aujourd'hui au musée du Louvre. Une représentation du Roi face au Dieu de la justice couronne le long texte, qui contient cette célèbre loi du Talion (8).

La loi n°200, loi du Talion (« œil pour œil, dent pour dent »), de ce code dit que quiconque fait perdre une dent à un de ses égaux devrait perdre une de ses propres dents, et s'il fait perdre une dent à une personne de caste inferieure, il lui paiera le tiers d'une unité d'argent (9).

Ce sont les prémisses de l'encadrement juridique de la profession et de la relation patient-praticien, ainsi que l'indemnisation en cas de préjudice causé (5,9) .

1.2.2 L'Egypte ancienne, « ce don du Nil »

La civilisation Égyptienne s'est développée vers 3000 avant JC au cœur de la vallée du Nil. « Les plus scrupuleusement religieux de tous les hommes » selon Hérodote croyaient en l'existence d'une vie éternelle après la mort ; et par les procédés de momification, d'édification d'une tombe bien aménagée et d'offrandes régulières, chaque citoyen pouvait y prétendre.

Le pharaon (souverain suprême du royaume) était de droit divin, et son panthéon abritait de nombreuses divinités largement vénérées (offrandes, sacrifices), mais aussi redoutées et dotées de pouvoirs surnaturels (5,6,10).

Selon le papyrus d'Ebers (considéré comme le plus long document médical qui nous soit parvenu de l'Égypte ancienne et datant de 3700 à 1550 avant JC), les médecins étaient issus des Dieux, et tenaient leur science de THOT le dieu bienfaisant (Thot avait aussi la capacité d'acter l'entrée dans la vie éternelle, l'audelà).

Des hiéroglyphes montrent dans ce papyrus comment traiter et soigner les caries dentaires (par une obturation à base de farine de blé amidonnier, de térébinthe, résine et miel). On trouve aussi des textes qui traitent de la peur provoquée par les soins dentaires (on cherchait déjà des remèdes à l'époque pour réduire l'anxiété des patients provoquée par les soins dentaires) (11).



<u>Figure 3 : Hésy-Ré, chef des médecins et des dentistes, panneau de bois, époque du roi Djoser (2600 av JC). Mastaba de Hésy-Ré, plateau de Saggara (7)</u>

Il s'agit de la première représentation connue d'un dentiste.

De par leur forte conviction en l'existence d'une vie éternelle, les causes des maladies n'étaient imputables aux Dieux mais le plus souvent recherchées dans la magie noire (5,6,10,11).

Dans ce contexte s'est donc développée une pratique magico-religieuse de la médecine dont les « thérapeutiques » étaient prières et incantations pour invoquer l'aide des Dieux. Les mages et prêtres se voyaient confier des pouvoirs curatifs envers les suppliants (2,6).

Selon Edelstein et al. (1937) la relation médecin-patient aurait évolué à partir de cette relation « prêtre-suppliant », Il semble donc probable que, dans la médecine égyptienne antique, cette relation était de nature « active-passive »(2).

1.2.3 Grèce antique : médecine, mythologie et naissance des premiers textes déontologiques.

L'histoire de la médecine en Grèce comporte des phases d'avancées remarquables entrecoupées de profondes régressions.

Une première civilisation originaire d'Asie mineure se développe en Crète vers 2000 av JC.

La naissance de la médecine est étroitement liée à la mythologie et on attribue à Asclépios (roi de Thessalie, grand médecin et promu au rang des Dieux) son invention. Dans les nombreux temples érigés en son honneur, les prêtres y soignaient les malades en consultant les dieux.

Dès le VI^{ème} siècle avant J-C, cette médecine sacerdotale subit l'influence des philosophes Grecs (12).

C'est avec Hippocrate (460-375 av JC) et l'émergence des Asclépiades (écoles grecques de médecine comme l'école de Cos ou l'école de Cnide), que la médecine devient laïque et basée sur une approche empirico-rationnelle appuyée sur l'observation naturaliste, renforcée par l'expérience. Cette nouvelle approche de la médecine laisse pour désuètes les justifications magiques et religieuses du dysfonctionnement du corps humain (2). Selon lui, il faut séparer la médecine de la philosophie ou la religion. La maladie est en effet un phénomène naturel, et non une punition ou une manifestation divine. Ce changement de paradigme marque le début de la première révolution médicale (5,13).



Figure 4: Portrait d'Hippocrate (460-375 av JC) Hippocrate vie et œuvres manuscrit grec 2144 Fol.10v (1335-1345) Bibliothèque nationale, Paris (7)

Une soixantaine d'œuvres furent écrites en son nom, formant le « *Corpus hippocratum* », et parmi elles, son célèbre serment. La médecine occidentale s'est moralement construite sur ce texte qui ne perdra pas de valeur durant 25 siècles (toujours d'actualité aujourd'hui) (14).

Il existe de nombreuses adaptations et traductions du serment d'Hippocrate. Etudions de plus près celle d'Emile Littré. (voir annexe)(15).

Ce serment offre un degré d'humanisme élevé pour faire face aux besoins, au bien-être et aux intérêts des personnes. Véritable code de devoirs pour les médecins (qui se doivent de maintenir leurs comportements et leurs privilèges tout en gardant les intérêts du patient avant tout), il est aussi une «Charte de droits» pour le patient.

Dans ce cas, le serment d'Hippocrate a élevé l'éthique médicale au-dessus des intérêts personnels de classe et de statut, posant les notions de secret médical,

respect du malade, abstention de tout mal, indépendance et responsabilité du médecin, refus de l'euthanasie, de l'avortement (14–17).

La première partie du serment d'Hippocrate concerne les devoirs du médecin envers son maître.

Etudions la seconde partie de ce serment.

« Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice »

Il s'agit ici de respecter la dignité de la personne, et l'Humain en tant qu'être rationnel (Les médecins Hippocratiques soignaient les esclaves et hommes libres de la même manière) (15,18).

Le terme « régime » est utilisé pour désigner les thérapeutiques prescrites et proposées au patient. Selon Hippocrate, toute ordonnance doit être réfléchie et dirigée uniquement dans l'intérêt du malade, et ce en respect du principe de non malfaisance « *Primum non nocere* » .Ce principe traduit le fait de ne pas empirer par son action l'état initial d'un patient. Aujourd'hui il constitue un piller de l'éthique de soin, c'est une valeur universelle (14,15).

« dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves ... » (15).

Le médecin est conscient de la fascination qu'il peut susciter chez certains malades, il ne doit l'utiliser à d'autres fins que celle de soigner » (13).

« Que je voie, ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a pas besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas... » (15).

Il s'agit de la naissance de la notion de secret médical, il était absolu. Le fait de divulguer des informations concernant la vie privée du patient est strictement prohibé. Il s'agit d'une condition indispensable à l'instauration d'une relation de confiance entre le médecin et son malade (14,15,17,19).

Les Grecs sont également une des premières nations à évoluer vers une forme démocratique d'organisation sociale. Ainsi, la coopération d'orientation et, dans une moindre mesure, la participation mutuelle sont les modèles distinctifs de la relation médecin-patient (2).

1.3 L'occident Moyenâgeux, entre ombres et lumières

L'effondrement de l'empire Romain s'en suit d'une longue période d'obscurantisme ou l'église détient la main mise sur la pratique médicale (16). Force est de reconnaître que dans l'occident médiéval, la pensée médicale stagne.

Les invasions barbares font table rase de la culture gréco-romaine mais, bienheureusement, une partie des connaissances héritées de l'Antiquité est sauvegardée par les ecclésiastiques. L'assistance aux malades devient une mission prioritaire.

On considère classiquement que l'évolution de la médecine occidentale s'est déroulée au cours de deux périodes

- La période monastique (600 -1100)
- La période scolastique(1100-1400) (16)

1.3.1 La période monastique

Cette période succède à la montée du Christianisme qui en trois siècles, deviendra la religion de l'Empire Romain d'Occident. La pratique de la médecine est l'affaire des ecclésiastiques dans les monastères (le premier est créé vers 530 au Mont Cassin par Saint Benoît).

Détenteurs d'un savoir limité par des sources antiques parcellaires, ces « moinesmédecins » pratiquent une médecine rudimentaire. Ils ne cherchent guère à faire progresser l'art de soigner mais tentent simplement de soulager les misères de leurs semblables (6). Durant cette période, ils sont les seuls habilités à dispenser des soins. La pratique de la médecine est extrêmement religieuse et figée. Les dissections sont interdites sous peine d'excommunication, car « l'église a horreur du sang », et l'exploration didactique du corps humain, selon eux, est susceptible de troubler l'ordre divin.

Des noms de saints sont attribués aux maladies, des reliques proposées comme traitement, et tout essai de révision même fondé est considéré comme hérétique (16).

1.3.1.1 Des nouvelles notions de la maladie et de la mort

L'homme du Moyen Age avec la montée du Christianisme change radicalement sa vision du monde, mais aussi de la mort et de la maladie (manifestation de la malice du diable).

La maladie et la mort sont au carrefour de deux notions fondamentales du christianisme : la culpabilité et la rédemption.

La mort est considérée comme le juste châtiment du péché originel d'Adam et Eve. La culpabilité de l'homme vis-à-vis de Dieu est telle qu'il la mérite.

La maladie trouve sa signification entre la culpabilité et la rédemption : l'homme souffre parce qu'il est coupable, et parce qu'il souffre, il sera pardonné et aura la vie éternelle (5,6,16).

On assiste donc à cette période à un spectaculaire retour en arrière vers la médecine primitive, et ce pour des siècles.

Au rationalisme succèdera un mélange d'empirisme, de magie et de spiritualisme. La maladie n'est plus le phénomène naturel tel que l'avait décrit Hippocrate (16).

La notion de charité apparaît à cette époque (Caritas =amour de Dieu et du prochain). Selon Georges Duhamel, dans son livre « Paroles de médecin », elle « va contre toutes les impulsions de la bête humaine », et semble « merveilleusement désintéressée » (20).

La loi de charité Chrétienne restera pendant tout le moyen âge le moteur principal de l'action sanitaire et sociale (21).

1.3.1.2 Figure du patient et relation patient-praticien

La relation patient-praticien est étroitement liée à la notion de maladie.

La thérapeutique à cette époque est intimement liée à la charité chrétienne et la foi dans les miracles de Dieu. L'ordalie prend le pas sur le traitement thérapeutique, la figure du prêtre-médecin s'impose et unit le sacerdoce à la médecine.

C'est dans ce contexte qu'il convient de saisir la relation médicale dans sa version moyenâgeuse (21).

Ce retour à des croyances religieuses et surnaturelles entraîne une profonde détérioration et un retour en arrière (selon notre point de vue contemporain) de la relation médecin-patient dans toute l'Europe médiévale.

Le docteur occupe une position glorieuse dans la société et ses patients sont considérés comme des nourrissons impuissants, la relation est analogue au modèle activité-passivité (2).

Quant au malade, son statut passe de « patient » à « fidèle » car il est créature de Dieu. Salut et santé se confondent au point que finalement, l'ordre salutaire l'emporte sur l'ordre sanitaire dans une prise en charge globale de la personne corps et âme. La pratique médicale est dirigée par le salut individuel de l'âme et le commandement divin conditionne l'ordonnance médicale (22). La maladie est assimilée à une épreuve infligée au chrétien pour communier aux souffrances du Christ et y trouver son salut, tout comme le soignant trouve son salut en soulageant les maux du malade (16).

1.3.2 La période scolastique (1100-1400)

Durant cette période initiée par la création de l'école de Salerne au Xème siècle, la médecine acquiert le statut de science grâce aux acquis des médecins arabes imposés en occident. Une série de conciles interdit l'exercice de la médecine par les moines. Cette interdiction a pour conséquence le développement d'universités qui assurent le relais des écoles conventuelles et épiscopales. L'enseignement va désormais se laïciser (16).

Des facultés de médecine voient le jour dans toute l'Europe.

En 1216 une école de médecine est fondée à Toulouse, en 1220 à Montpellier, et en 1270 à Paris (23).

L'occident médiéval va enfin connaître quelques intenses foyers de rayonnement culturel (24).

1.3.3 Place du chirurgien dans la société moyenâgeuse et charlatanisme.

Au Moyen Age, la chirurgie constitue le parent pauvre de la médecine et son exercice fait l'objet d'une condamnation par le Concile de Tours (en 1163) car « l'église a horreur du sang » (« ecclesia abhorret a sanguine ») (5).

Elle prend en charge cependant pour partie les soins dentaires (24).

Sa pratique est donc réservée aux laïcs : barbiers, barbiers chirurgiens, mais aussi par les charlatans (appelés aussi arracheurs de dents ») (5).

Saint Louis créé la confrérie de Saint Côme et Saint Damien qui définit et organise pour la première fois le métier de chirurgien en 1268. A cette époque, une série de décrets sera créé pour tenter d'encadrer l'exercice de la médecine et de la chirurgie, le but étant de limiter le charlatanisme.

Philipe Le bel en 1311 déclare que personne ne peut exercer la chirurgie à Paris sans la « licenca operandi » sous peine de sanctions.

Philipe VI demande en 1331 aux médecins d'avoir des titres suffisants pour exercer.

En 1352 le roi Jean II rend une ordonnance où il exprime sa volonté de condamner toute ingérence perpétrée par des personnes non qualifiées dans le champ médical.

En 1364 Charles V demande que toutes les bannières des praticiens non pourvus de maitrise et les affiches mensongères soient abolies.

En 1371 la communauté des barbiers est établie.

En 1372 les barbiers obtiennent autorisation du roi pour faire de la petite chirurgie si celle-ci n'est pas mortelle (13).

Pour quelles raisons les barbiers se retrouvent à pratiquer la chirurgie ? Ils savent manier le rasoir, et sont souvent amenés à panser une plaie lors d'une coupure. On prend alors l'habitude de venir voir le barbier pour un abcès, ou autre, on lui montre le mal tout en se faisant tailler la barbe. Les saignées, scarifications et petite chirurgie sont réservées aux barbiers et les chirurgiens pratiquent les opérations plus importantes (25).

On distingue donc deux communautés parmi les chirurgiens, celle des chirurgiens lettrés, qui connaissent le latin, (chirurgiens de longue robe de la confrérie de saint Côme) et les barbiers chirurgiens de robe courte.

Ils sont méprisés des médecins et de l'église qui avait autrefois interdit leur pratique.

Les places publiques deviennent un lieu où se donnent en spectacle des arracheurs de dents et autres vendeurs de miracles qui pratiquent des extractions sans anesthésie, alors que les douleurs dentaires sont considérées comme les pires du corps humain (douleurs dues à l'extraction, à la pulpite, abcès...). Dans leurs représentations, ils développent un art raffiné du mensonge, et du comique. L'expression « menteur comme un arracheur de dents » existe déjà à cette époque (26).

Les douleurs dentaires, la pratique des soins sans anesthésie dans des conditions très douteuses engendrent la peur des populations, et l'inconscient collectif crée une image monstrueuse du dentiste. Les illustrations qui nous parviennent de cette époque nous décrivent un véritable supplice (5).

1.3.4 Représentation de l'art dentaire à travers l'art

Les premières peintures nous parviennent du Moyen Age et restent actuellement la meilleure manière de nous décrire les conditions et la manière dont étaient réalisés les soins et extractions à cette époque. Les représentations se limitent à la représentation d'extractions et l'utilisation de diverses drogues pour calmer la douleur. Pour la plupart, elles dépeignent un patient empreint de douleur (27).



Figure 5 : Jacobus (XIVème siècle) Omne bonum Manuscrit royal 6E VI .Fol.503.

Il s'agit d'une scène d'avulsion dentaire, le praticien est orné d'un ample collier de dents. Le patient retient l'instrument du praticien (signe de défense), ce geste est fréquemment rencontré dans les tableaux retraçant les extractions à l'époque. Il s'agissait d'une manière courante de représenter la douleur du patient (9).



<u>Figure 6 : Le Martyr de Sainte Apolline</u>. Estampe. Ecole Allemande du XV^{ème} siècle (1467)

Sainte Apolline, considérée comme la patronne des chirurgiens-dentistes, est invoquée contre les maux de dents. De nombreuses œuvres du Moyen-Age représentent son supplice. Ici, ses bourreaux font littéralement « sauter » ses dents avec un marteau et un ciseau (8).

1.4 De la Renaissance à la Révolution.

1.4.1 Renaissance

1.4.1.1 Contexte

Marquée par la découverte de l'Amérique (1492) d'une part, et l'invention de l'imprimerie (1455) d'autre part, la renaissance se propage dans toute l'Europe depuis l'Italie, telle une véritable épidémie de la pensée (16).

Mouvement littéraire et artistique d'abord, elle se transforme en véritable révolution scientifique qui va bouleverser l'astronomie, la physique (révolution galiléenne et Copernicienne) et la vision du monde au sens large.

Un nouveau concept voit le jour : l'humanisme (redécouverte du passé permettant un renouveau scientifique) et avec lui de nombreuses remises en cause, foisonnement de réflexions, et recherches (16).

Un groupe d'hommes pensants (les humanistes) écrivent et se concertent partout en Europe, entrant en réel conflit avec l'autorité de l'église (6) (16).

1.4.1.2 Médecine /chirurgie

Le domaine de la médecine et de la chirurgie connaît de profondes avancées notamment avec les connaissances anatomiques acquises grâce à la levée de l'interdiction des dissections didactiques.

Les médecins humanistes remettent en question les grands concepts tout en conservant du respect pour les anciens. L'imprimerie permet une large diffusion du savoir, jusque-là réservé aux hommes d'église.

Les médecins gagnent correctement leur vie, et donnent des soins gratuits à l'indigent. Le métier de chirurgien est dénigré. En 1425, les chirurgiens obtiennent un arrêt du parlement interdisant toute pratique chirurgicale y compris celle de l'art dentaire, la pratique par les charlatans continue de sévir en Europe (23) (16).

La chirurgie à cette époque est bien séparée de la médecine.

En 1544 François l^{er} crée la faculté de chirurgie. Une nouvelle règlementation de l'exercice de l'art dentaire voit le jour (16).

1.4.1.3 Ambroise paré

Les soins dentaires commencent à être reconnus comme des interventions de chirurgie et Ambroise paré (1516-1590) permet à l'odontologie d'être rattachée à la médecine (27). Il fut le chirurgien de quatre rois de France et est considéré comme le père de la chirurgie moderne (25).

1.4.1.4 Charlatanisme à Paris (1580-1620)

Parallèlement à ces progrès, des pratiques irrégulières de chirurgie dentaire par les charlatans (de l'italien ciarlatano) commencent à s'implanter à paris de manière discrète au cours de l'an 1580.

Dès les années 1598, une seconde vague débarque à Paris, avec des troupes beaucoup plus importantes, l'impact culturel est considérable.

Par rapport à l'époque moyenâgeuse, la nouveauté est surtout dans la forme et l'offre. Ces représentations sont largement critiquées par les médecins, chirurgiens, apothicaires et religieux (14).

Ils sont des comédiens, et proposent des divertissements gratuits sous forme de pièces de théâtre ou sont vantés les mérites de produits miracles vendus par la suite (remèdes contre les maux de dents, thériaque : remède extraordinaire à base de chair de vipère (25), mais aussi produit pour blanchir les dents). Ils pratiquent aussi l'avulsion dentaire.

Cet exercice venu tout droit d'Italie comprend des pratiques surtout itinérantes, mais va se sédentariser à partir de 1601, à Paris notamment sur le pont neuf, devenu l'emplacement attitré de ces irréguliers, avec la célèbre troupe de Hieronymo Ferranti.

Pendant ses représentations, ce comédien fait l'éloge de ses avulsions manuelles, qu'il prétend sans douleurs, à l'aide d'un produit miraculeux qu'il dépose au niveau de la gencive. Celui-ci cueille la dent tel un magicien devant une foule conquise. Les effets secondaires causés par ce produit caustique s'avèreront cependant catastrophiques par la suite.

Comment ce phénomène pratiqué par des irréguliers menteurs ignorant les connaissances médicales de l'époque, a-t-il pu se développer à cette période ?

La pratique de certains soins comme l'extraction est délaissée en partie par les chirurgiens. La monarchie absolue s'est imposée en France. Des épidémies de pestes récurrentes font rage, entrecoupées de conflits religieux, et guerres civiles. En 1348, une grande épidémie de peste décime le tiers du globe. Vécue comme la fin du monde à cette époque, elle reste ancrée dans les esprits. En 1531 et 1533 deux nouvelles épidémies font rage à Paris ; la peur est palpable (15).

Malgré les progrès de la chirurgie au XVIème siècle, l'anesthésie n'existe pas à cette époque, et les remèdes et emplâtres proposés n'ont que des effets médiocres. Les maux des dents et les soins dentaires sont assimilés à des douleurs atroces, cela rend la population inquiète face à la maladie et la douleur. L'avulsion sans anesthésie est une réelle épreuve à endurer. Les personnes atteintes de douleurs dentaires (de pulpite ou abcès) se retrouvent face à un réel dilemme : garder une douleur difficilement supportable (de pulpite ou d'abcès), ou endurer une avulsion sans anesthésie avec la douleur, les risques et les conséquences. Face à ce choix difficile, les distractions euphorisantes, doivent probablement tranquilliser et aider à franchir le pas.

L'effet du rire et du divertissement sur certains états pathologiques est aujourd'hui reconnu. Certes ces pratiques irrégulières de médecine et chirurgie dentaire participent à renvoyer une image négative, parfois monstrueuse du praticien (toujours présente dans l'esprit des patients de nos jours), mais paradoxalement, il n'est pas impossible que certaines représentations comiques aient pu aider quelques patients à surmonter la peur de l'avulsion et limiter la douleur engendrée par celle-ci (26).

1.4.1.5 Représentation du chirurgien-dentiste à travers l'art

A la renaissance, les œuvres représentent surtout des dentistes itinérants. Les charlatans y sont parés de colliers de dents. Montrés dans leur boutique ou portés autour du cou, à l'instar des trophées supposés montrer l'habilité du chasseur, ils sont censés rassurer les patients en démontrant la dextérité et l'expérience du praticien. Au XVIème siècle, la tenue de dentiste évolue vers un costume plus théâtral destiné à attirer les foules, et signe de supériorité (5).



Figure 7 : Un arracheur de dents .Représentation aquarellée, Paris 1582

Dans le tableau, le costume et le collier de dents y sont bien détaillés.

Au dessous du portrait de cet arracheur de dents, se trouve cette inscription : « quand je tire à quelq'un la dent et la douleur, il pisse en sa chemise et change de couleur. Les plus mauvais je fais tenir par trois ou quatre. Car en leur faisant mal, ils me pourraient bien battre. »

Ceci invite le lecteur à imaginer les conditions déplorables dans lesquelles étaient réalisées les extractions (7).

1.4.2 XVIIème siècle.

1.4.2.1 Contexte

La Monarchie absolue règne dans le monde Occidental, sauf en Angleterre où le parlement a fait exécuter le roi Charles I^{er}. Considéré comme l'efflorescence de la Renaissance, ce siècle verra naître de nombreux savants qui découvrent le monde, expérimentent, confrontent la théorie à la pratique. De grandes découvertes sont accomplies.

De grands philosophes posent leurs lumières sur le XVIIème siècle (Descartes, Spinoza, Newton...), ainsi que de grands auteurs (Corneille, Racine, Molière, Boileau...)

Une page est tournée dans l'histoire de la médecine, au cours de cet âge de «raison» où les croyances anciennes sont remises en cause. L'expérimentation supplante la spéculation, et on remarque de grandes avancées scientifiques, notamment dans le domaine de l'anatomie, la microscopie, l'embryologie (16).

En 1609 est établie une nouvelle réglementation de la profession de dentiste : un édit du mois de mai oblige le praticien à obtenir le titre d'expert après examen.

En 1668, les métiers de barbiers et chirurgiens sont séparés (23).

1.4.2.2 Représentation du chirurgien-dentiste à travers l'art

Au XVII^{ème} siècle, les représentations se déroulent en public, souvent associées à l'image du charlatan. La douleur est toujours présente, le patient cherche encore à retenir la main du dentiste (9,27).



Figure 8 : Gerrit Van Honthorst (1590-1659).L'arracheur de dents signé et daté de 1627

Le visage du patient est crispé, sa bouche est grande ouverte et déformée, il lève les yeux vers l'arracheur de dents, comme pour capter son regard, et lui témoigner sa souffrance. Sa main est levée (geste de défense et de douleur). La lumière est faite sur le patient et notamment sur son visage pour le mettre en valeur dans la scène. Le peintre a voulu mettre en évidence le véritable supplice que celui-ci endure.



Figure 9 : Théodore Rombouts (1597-1637). Le dentiste

L'artiste a recours aux éléments classiques pour immortaliser la douleur (la main levée du patient et son visage déformé).

On retrouve le collier de dents du charlatan et son costume théâtral. Sur la table : les instruments de chirurgie (abaisse langue, trépan, spatule..), des fioles et pots à pharmacie.



Figure 10 : Peter Jansz Quast (1606-1647) Arracheur de dents

La douleur y est classiquement représentée par la main levée et le visage crispé du patient. Le peintre y a cependant ajouté une nouvelle dimension symbolique. Le singe au-dessus du charlatan (en haut à droite) représente la duperie, et la chouette (en haut du patient) représente le dupé, celui qui ne veut pas voir.

Le singe et la chouette sont des symboles communément utilisés par les artistes pour dépeindre les scènes charlatanesques. Certains d'entre eux vont même jusqu'à représenter des singes à la place des hommes. Cette symbolique animalière met en exergue la dimension malsaine de ces pratiques. Les charlatans sont illustrés comme des menteurs, escrocs, tortionnaires, voire même des voleurs (voir œuvre suivante) (9).



Figure 11: Jan Steen (1625-1679) Le dentiste

Dans cette scène, un jeune garçon (complice de l'arracheur de dents) vole de l'argent et des œufs au patient pendant que celui-ci se fait extraire une dent. On retrouve la chouette (en haut à gauche du tableau) (9).

1.4.3 XVIIIème siècle

1.4.3.1 Contexte

De profondes mutations sont effectuées sur le plan scientifique, économique, politique, artistique et social. Ils confèrent à cette période le nom de « siècle des révolutions » ou encore « siècle des lumières ».

En grande instigatrice, l'Angleterre propage un mouvement idéologique qui abolit l'intolérance et l'absolution. Et sous l'influence des philosophes, de nombreux pays remettent en question leur gouvernement. En 1789, la révolution française met fin à la royauté (16).

1.4.3.2 Chirurgie dentaire

Le principe de l'éviction carieuse et de l'obturation est accepté. Les douleurs dentaires sont soulagées par des gargarismes à base d'opium. La technique, la prise en charge de la douleur et de la peur progressent. Les dentistes des foires sont considérés comme des menteurs. A l'aide d'un complice, ils pratiquent de fausses extractions, sans douleur pour attirer les gens. Ces mensonges sont rapidement connus, les villageois refusent de se faire soigner et assimilent le passage chez le dentiste à une atteinte à l'intégrité du corps et une situation de douleur intense (27).

L'an 1792 marque le début d'une recrudescence de charlatanisme en France (23).

1.4.3.3 Chirurgie dentaire et Pierre Fauchard

Au XVIIIe siècle, la chirurgie dentaire devient une pratique à part entière. Les raisons sont l'apparition de la notion de compétence, développement de l'observation clinique, et du débat raisonné porté par une démarche éthique. Pierre Fauchard est un jeune chirurgien qui s'installe à Paris en 1718. Il définit le terme de chirurgien-dentiste et de chirurgie dentaire. Il est l'auteur d'un traité qui sera la référence dans le domaine durant plus d'un siècle (« Le chirurgien-dentiste ou traité des dents »1728). Dans son ouvrage, il porte une grande attention à la douleur, améliore les instruments pour la diminuer, décrit les maladies de la bouche et des gencives. Il insiste sur la nécessité d'une très bonne formation

pratique et théorique (surtout en anatomie). De plus, il apporte des notions d'éthique dans la pratique de la chirurgie dentaire : « Ce n'est qu'avec grand regret que je me détermine à ôter des dents ... j'hésite, j'élude, et je diffère à les ôter par le grand cas que j'en fais, et à cause de l'importance de leur usage ». Cette phrase, de grande actualité, insiste sur l'importance de conserver les dents, elle est au centre d'une réflexion importante (17).

En 1743 louis XV attribut les mêmes statuts aux chirurgiens qu'aux médecins.

En 1768, un extrait des lettres patentes de mai, pour la réglementation de l'art dentaire en France, édicte que pour être habilité à exercer cette spécialité, il faut avoir été reçu dentiste expert par le collège de chirurgie à la suite d'un certain nombre d'épreuves théoriques et pratiques.

En 1791, une loi dite loi allarde accorde le libre exercice de toutes les professions, art ou métiers (ce qui ouvre de nouveau la voie au charlatanisme).

En 1792, un deuxième décret supprime les 18 facultés de médecine et collèges de chirurgie et ouvre de nouveau la voie à la pratique de la médecine par les irréguliers.

En 1803, une réglementation de la médecine et la chirurgie voit le jour, mais la chirurgie dentaire est oubliée (23).

1.4.3.4 Représentation de l'art dentaire à travers la peinture

Aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, les dentistes irréguliers sillonnent l'Europe et se mettent en scène sur les places publiques. Ils montent des tréteaux dans la rue et jouent quelques scènes pour attirer les passants, pendant lesquelles ils proposent de vendre des remèdes et leur service pour arracher des dents (5).



<u>Figure 12 : Balthazar van den Bossche (1681-1715). L'arracheur de dents sur la Grand place à Bruxelles</u>

Un arracheur de dents se donne en spectacle sur la Grand place de Bruxelles, son numéro pour attirer les badauds est digne d'une pièce de théâtre.



Figure 13 : Giandomenico Tiepolo (1727-1804). Le charlatan

Il s'agit de la représentation en place publique d'un charlatan, avec toute une mise en scène comprenant des costumes, masques, et instruments de musique. On retrouve le singe derrière le charlatan.

1.4.3.5 Relation patient-praticien / figure du patient

La recherche du libéralisme, de l'égalité, de la dignité et de la science empirique de l'homme émerge de nouveau en Europe grâce à l'initiation de la Renaissance. Cela illustre le changement dans la relation médecin-patient d'un modèle d'activité passivité à une coopération d'orientation, dans lequel le patient détient plus de pouvoir (2).

Comme nous l'avons vu précédemment, la relation patient-praticien est étroitement liée à la notion de maladie.

Au XVIIIème siècle, le symptôme est interprété comme étant la maladie.

Il y a peu de médecins et leurs patients appartiennent principalement aux classes supérieures et aristocratiques.

Cette disparité entraine la suprématie ou la domination du patient.

Le modèle de maladie est basé sur l'interprétation des symptômes individuels des patients.

Selon le médecin, il est moins nécessaire d'examiner le patient, il faut se focaliser sur leurs besoins et expériences manifestées sous forme de symptômes. Ce modèle de maladie basé sur les symptômes a assuré la préservation de la domination du praticien tout au long de cette période.

Au cours de la fin du XVIIIème siècle, les hôpitaux ont émergé comme des lieux de traitement des patients défavorisés. Les médecins se sont retrouvés en train de fournir un traitement médical pour ceux qui étaient traditionnellement considérés comme plus passifs.

L'hôpital est devenu la pierre angulaire des soins médicaux. Les connaissances en microbiologie et chirurgie progressent. Le concept de maladie change, une nouvelle médecine se développe, non plus concentrée sur le symptôme mais sur le diagnostic précis d'une lésion pathologique.

Cette nouvelle théorie requiert l'examen du corps du patient et des connaissances cliniques et anatomiques poussées pour formuler un diagnostic, de ce fait, le patient devient dépendant.

La relation se situe à ce moment entre un médecin dominant et un patient passif, à savoir un modèle activité-passivité (paternaliste)(2).

Quant à la relation dentiste patient, le passage chez le dentiste ne peut se faire sans douleur, l'image du dentiste est toujours rattachée à celle de l'arracheur de dents. Il faudra attendre 1904 avec l'invention de la première anesthésie locale moderne en odontologie (la novocaïne) pour que le soin dentaire soit dissocié de la douleur. La peur restera cependant toujours ancrée chez les patients (5).

1.4.5 XIX^{ème} siècle

1.4.5.1 Quelques dates

En 1880 ouvre l'école dentaire de Paris.

En 1884 l'institut Odontotechnique de France est créé et il deviendra école Odontotechnique quelques années plus tard.

En 1892 les deux écoles sont reconnues d'utilité publique.

En 1892 nul ne peut exercer la profession de chirurgien-dentiste s'il n'est muni de diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'état (23,26).

1.4.5.2-Représentation de l'art dentaire à travers la peinture.

Dès le milieu du XIX^{ème} siècle, les scènes dentaires d'extérieur ne sont plus de rigueur, le dentiste se sédentarise, opère à l'intérieur ; la peur et la douleur restent cependant toujours présentes (5).



Figure 14 : Honoré Daumier (1808-1879) le dentiste

La douleur est toujours présente, le patient serre très fort les accoudoirs du fauteuil (9).



Figure 15 : Louis Léopold Boilly (1761-1845) Le baume d'acier (9)

L'auteur de ce tableau a bien représenté, à travers les expressions faciales du patient, le calvaire que celui-ci est en train de vivre.

1.4.5.3 Anesthésie à l'éther sulfurique

Le Docteurr William T.Green Morton (1819-1868) est un dentiste renommé à Boston. Durant ses années d'étude dans la prestigieuse école d'Harvard, il cherchera une méthode pour avulser les dents cariées sans douleur. Il assistera à un cours qui démontre que l'éther sulfurique peut provoquer des pertes de conscience. En 1846, il tente l'anesthésie à l'éther. Il effectue de nombreux essais au préalable sur lui-même, sur des proches et des animaux. Le 30 septembre de cette même année, il effectue une avulsion à son cabinet avec cette technique et fera une démonstration devant le corps médical du Massachussetts General hospital, l'opération se déroulera avec succès(23).

1.4.6 XX^{ème} Siècle

1.4.6.1 Progrès en anesthésiologie, découverte des dérivés cocaïniques

Durant le XXe siècle, les connaissances en anatomie sur le système nerveux progressent, et simultanément l'idée d'une anesthésie locale par injection commence à poindre. Il ne serait alors pas nécessaire d'obtenir un état inconscient du patient pour réaliser des soins dentaires sans douleur.

En 1884, Carl Koller mettait en évidence la première substance utilisée comme anesthésique locale : la cocaïne (27).

Le développement des industries pharmaceutiques et des procédés de fabrication marquent la révolution pharmaceutique du XXe siècle, et avec elle la synthèse de dérivés cocaïniques (novocaine , xylocaine) (28) utilisés comme anesthésiques locaux . En 1905, A. Einhorn et E. Uhfelder posent les bases de l'anesthésie locale en chirurgie dentaire (27).

Il faut attendre 1935 pour que le baccalauréat soit rendu obligatoire pour une première inscription dans une école dentaire.

En 1968 la loi d'orientation de l'enseignement supérieur du 12 novembre crée les facultés de chirurgie dentaire, il y en a actuellement 16 sur le territoire français. Le doctorat en science odontologie n'a été mis en place qu'a partir de 1972.

La découverte de l'anesthésie locale marque la fin des avulsions sans anesthésie et les nombreuses règlementations concernant les études encadrent la profession de manière plus stricte. Ces changements participent à l'amélioration de l'image du dentiste, petit à petit il pourra se démunir de cette image de tortionnaire, de menteur, d'escroc et de voleur (23).

1.4.6.2 La relation patient-praticien à travers le regard de deux grands médecins, une vision entièrement paternaliste

1.4.6.2.1 Le colloque singulier de Georges Duhamel (1935)

Depuis la préhistoire la relation médecin malade existe, elle n'avait cependant jamais vraiment été décrite, ni même étudiée. Georges Duhamel, (médecin, célèbre écrivain et poète français) en 1935 en propose une définition entièrement paternaliste, sous le terme de colloque singulier (13).

« Le colloque du médecin et du malade est essentiellement un colloque singulier , un duo entre l'être souffrant , et celui dont il attend la délivrance »(29).

Des lors, la relation de soin a une existence à part entière.

Au sein de ce colloque, le médecin a des droits et des devoirs envers son malade (la disponibilité, l'écoute, le dévouement, la compétence, la synthèse).

Les points fondamentaux sont le libre choix du praticien par le patient, le secret professionnel, la relation de confiance, le consentement libre et éclairé (13).

La rédaction des codes de déontologie en médecine et chirurgie dentaire s'inspirera des écrits de Duhamel. Nous développerons ces points plus tard (13).

1.4.6.2.2 Louis Portes

Le professeur Louis Portes définit l'acte médical comme « une confiance qui relie librement une conscience » (30).

Etudions une de ses citations : « Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair, qu'il puisse instruire véritablement. Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper, un enfant à consoler, non pas à abuser, un enfant à sauver ou simplement à guérir. »

Le professeur Portes assimile le patient à un mineur incapable, qu'il faut traiter avec une supériorité paternelle. Il amène à la relation de soin une dimension totalement asymétrique et paternaliste dans sa version la plus extrême. Selon lui, le patient ne peut contredire le médecin, il n'est ni son pair, ni son égal (30).

Cette réflexion aujourd'hui nous semble obsolète, l'éthique médicale moderne s'est construite autour d'un axe totalement opposé. Par le droit à l'information et le consentement éclairé (située au cœur de l'autonomie) le patient prend de l'ampleur, et se crée un véritable « contre-pouvoir » au pouvoir exorbitant que détenait le médecin autrefois (14,30).

Selon Portes, l'obtention du consentement éclairé du patient serait utopique : « …le consentement « éclairé » du malade …. n'est en fait qu'une notion mythique que nous avons vainement cherché à dégager des faits. Le patient, à aucun moment, ne connaissant, au sens strict du terme, vraiment sa misère, ne peut vraiment consentir à ce qui lui est affirmé, ni à ce qui lui est proposé… »(30).

1.4.6.3 Arrêt Mercier 1936

En 1936, le pouvoir judiciaire officialise la relation de soin. La cour de cassation définit le contrat de soin, qui est un contrat civil entre le médecin et son patient. Il est construit sur les bases du colloque singulier de Georges Duhamel et définit l'acte médical comme «un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science» (17)(13).

A compter de cette date, se forme donc entre le médecin et son patient un véritable contrat, dit synallagmatique (qui fait naître entre les deux parties des obligations réciproques et obligatoires). En effet, le praticien se doit de prodiguer des soins consciencieux. Le patient, lui est dans l'obligation de rémunérer le médecin, et de suivre ses prescriptions. En cas d'inexécution de l'une des deux parties, l'autre peut refuser d'exécuter la sienne.

Ce contrat est résiliable unilatéralement (par le patient, qui peut le rompre à tout moment). Quant au praticien, il est dans l'obligation d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence (31).

1.4.6.4 Des problèmes éthiques rencontrés sous le régime Nazis

L'éthique s'applique à la recherche des conditions d'une vie réglée aussi bien individuelle que collective. L'élaboration d'une théorie universelle du bien nous parvient de la Grèce ancienne .Ces efforts se perpétuent tout au long du Moyen Age, avec la montée du Christianisme. A travers la doctrine du salut, de véritables exigences morales sont créées. Dans cette continuité, de nouvelles notions apparaissent durant le siècle des lumières : celle de bonheur et autonomie(32).

Tous ces principes moraux que l'homme a petit à petit mis en place pour encadrer la relation de soin et ce depuis l'Antiquité, se verront anéantis par la montée d'une idéologie, qui supplantera l'éthique dans le domaine de la recherche médicale.

En Allemagne à la fin du XIX^{ème} siècle, un concept de race humaine, mais plus encore celui de hiérarchie raciale avec une vision d'une société idéale sans maladie s'introduit dans la société par les adeptes du Darwinisme social dans sa version la plus eugéniste. Cette nouvelle idéologie trouve de nombreux adeptes et est largement acceptée par la population (33).

On assiste à cette époque à une dentisterie à deux vitesses, les praticiens employés par les caisses d'assurance maladie concurrencent les dentistes libéraux. La qualité des soins dispensés dépend de l'état de fortune du patient, de la qualification du chirurgien-dentiste et de ses choix moraux. On observe de nombreuses disparités dans la dispense des soins qualifiés de problèmes éthiques de 1^{er} stade (cf figure 16).

Dès 1933 les Nazis imposent leur ordre social en Allemagne. L'existence de la suprématie de la race aryenne est pour le parti national socialiste une donnée

fondamentale, 12 % des dentistes adhèrent au parti. L'appartenance à la race aryenne devient un critère pour exercer la profession (34).

Très vite la quasi-totalité des médecins rejoint le mouvement et il devient interdit aux juifs de pratiquer la médecine et l'art dentaire. L'adhésion au nazisme du corps médical, représente la page la plus noire de l'histoire de la médecine allemande, selon l'historien Michale Kater, il s'agissait du groupe professionnel le plus fortement nazifié dans l'histoire de l'Allemagne Hitlérienne (32) (17).

L'idéal du médecin nazi n'est pas d'aider l'individu, mais la race élue (race aryenne) à dominer les autres considérées comme inferieures. Le serment d'Hippocrate devient caduc (34) et les valeurs judéo-chrétiennes, celles de l'humanisme des lumières, et de dignité individuelle sont rendues obsolètes (33).

Progressivement, l'idéologie remplace la conscience individuelle, et ce dans le cadre d'une pratique normale de la profession. On assiste donc à des problèmes éthiques de 2nd stade(17).

Les dérives éthiques perpétrées par les médecins et chirurgiens-dentistes pendant le IIIe Reich atteindront des problèmes d'éthiques de 5e stade.

De 1940 à 1942 des opérations sont supervisées par des dentistes pour extraire des couronnes en or sur des cadavres exécutés dans les camps, engendrant des problèmes éthiques de 3e stade (collaboration avec l'ennemi dans la rentabilité de cadavres) (17).

Au sein de ces camps sont pratiquées des expériences médicales aberrantes effectuées par des médecins déséquilibrés exerçant un contrôle total sur les patients(33).

L'art dentaire se prête néanmoins assez peu aux expérimentations (17).

Les médecins SS sont impliqués successivement dans chacune des phases du processus d'anéantissement, de génocide. Ils tuent par expérimentation (avec une absence totale d'éthique) injection, gaz ou absence de soins. Ces actes de barbarie dépassent en horreur tout ce qu'on a pu imaginer depuis les origines de l'humanité (32), notamment de par leurs aspects organisés et à l'échelle de population.

Le 4^{ème} stade des problèmes éthiques est alors atteint (celui de la collaboration indirecte mais consciente à une tuerie collective)(17).

Peu de temps après le 5^{ème} stade sera atteint, l'ultime dérive, celle du crime contre l'humanité, quand l'idéologie efface complètement les préceptes de l'éthique, aucune empathie n'existe à ce moment(17).

	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4	Stade 5
Description	Disparités	L'idéologie	Collaboration	Collaboration	Crime
	dans la	remplace	avec	indirecte	contre
	dispense	la	l'ennemi	mais	l'humanité
	des soins	conscience	dans la	consciente à	
		individuelle	rentabilité	une tuerie	
		du	des	collective	
		praticien	cadavres		

Figure 16 : Tableau récapitulatif de la classification des dérives éthiques

Le défaut d'empathie constitue un grave problème éthique. En niant leur responsabilité dans ces crimes commis contre l'humanité, les médecins ont laissé l'idéologie aliéner leur conscience, dictant leurs actes et leurs pratiques. L'idéologie ne doit jamais supplanter l'éthique (17).

Pour essayer de comprendre comment les partisans du régime Nazi ont pu obéir aveuglément à ces ordres criminels et immoraux, Stanley Milgram au début des années 60 démontre que n'importe quel étudiant pacifiste peut devenir un tortionnaire à partir du moment où il est assigné à obéir à un ordre lancé par un expérimentateur en blouse blanche au nom de la science. Lorsque leur responsabilité se retrouve déchargée sur une autre personne, un médecin en l'occurrence, ils sont capables de commettre des atrocités. Sommés d'infliger des chocs électriques de plus en plus puissants à des acteurs représentants des cobayes humains; les étudiants jouaient le jeu dans la grande majorité délivrant des doses mortelles en toute conscience.

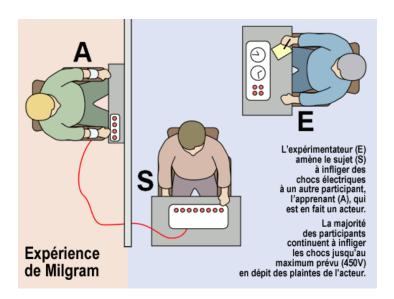


Figure 17 : Illustration de l'expérience de Milgram (35)

- (A) : Le cobaye humain, (en réalité un acteur), reçoit les chocs électriques
- (S) : L'étudiant délivre des chocs électriques de plus en plus puissants sous les ordres de l'expérimentateur (E).
 - (E) : L'expérimentateur envoie des ordres à l'étudiant, sans aucun argument sauf celui de l'expérimentation médicale.

Dans le cas des médecins nazis deux facteurs aggravaient considérablement la situation : l'idée de peuple corps (être collectif que tout médecin devrait servir quitte à mépriser les individus) et une référence à la loi : celle de la sujétion absolue (32).

Lors de la libération des camps de concentration, les alliés découvrent avec horreur les crimes perpétrés par les médecins nazis au nom de la recherche médicale. Près de 1200000 personnes perdirent la vie entre 1939 et 1945 (18).

1.4.6.5 Le procès de Nuremberg et l'élaboration du code de Nuremberg

Suite à la capitulation de Reims le 7 mai 1945, s'ouvre devant le tribunal militaire américain le procès des médecins de Nuremberg (1946), avec au banc des accusés 23 prévenus inculpés de meurtres, tortures, et autres atrocités commises au nom de la médecine et perpétrés avec une interprétation bien particulière du serment d'Hippocrate.

Le but est de punir les atrocités commises par les médecins du IIIème Reich au nom de la recherche médicale.

Ce concentré de toutes les dérives médicales possibles trouve un écho dans les réflexions éthiques contemporaines. Ce procès signe l'avènement de l'éthique médicale moderne avec comme clé de voute, le consentement éclairé du patient qui sera le point nodal du code éthique de Nuremberg qui encadre la pratique médicale et les expérimentations faites sur les êtres humains (32) (cf annexe).

1.4.6.6 Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentiste fut créé en 1945 au lendemain de la seconde guerre mondiale dans le but de veiller «au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession, et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie » et « d'assurer la défense de l'honneur et l'indépendance de la profession » (19,35).

La déontologie tire ses origines des préceptes d'Hippocrate.

Etymologiquement science des devoirs, du grec « deontos » (qui signifie ce qui doit être) et « logos » (qui signifie discipline), la déontologie trouve son sens aux confins de la morale (dictant ce qui est bien ou mal) et du droit (définissant ce qui est juste ou punissable)(36).

Nous avons choisi une définition de la déontologie médicale « au sens strict la déontologie médicale est l'étude des devoirs qui incombent aux médecins dans l'exercice de leur profession. Devant les problèmes concrets qui se posent à lui dans cet exercice, le médecin livré à sa seule conscience serait souvent embarrassé. Il est légitime qu'il détermine son attitude d'après les usages et traditions de la profession qui expriment les solutions que la conscience et l'expérience de ses pairs ont dégagées dans des cas semblables. » (19,37).

Elle trouve sa source dans l'institution ordinale, le code fait partie intégrante du code de la santé publique. Le praticien dérogeant à ces règles peut être juridiquement sanctionné.

Un décret du 3 janvier 1948 rend cet ensemble de règles pour la première fois obligatoire et constitue le « droit disciplinaire du praticien », il sera cependant plusieurs fois modifié.

La code de déontologie (78 articles divisés en 7 sous sections) a trois finalités essentielles : il sert de guide aux praticiens dans des situations délicates, c'est un facteur d'unité (règles communes) de dignité et de cohésion de la profession.

Selon l'article R.4127-202 « le chirurgien-dentiste au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ... »

Le praticien est au service de l'individu, ce qui rappelle la nature contractuelle de cette relation (depuis l'arrêt Mercier de 1936). Il est dans le devoir de respecter la dignité de la personne humaine(19).

L'article R.4127-204 stipule que « Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patientssauf circonstances exceptionnelles , il ne doit pas effectuer des actes , donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose. »(38)

Le praticien doit assurer la sécurité de ses patients notamment au regard du risque infectieux (précaution devenue indispensable depuis la crise sanitaire du VIH), et doit connaître ses limites en matière de compétence, et ce, pour ne pas lui nuire.

Selon l'article R.4127-206, « Le secret professionnel s'impose à tout chirurgiendentiste, sauf dérogations prévues par la loi .Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession c'est-àdire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Cette notion figurait déjà dans le serment d'Hippocrate. Le secret médical est nécessaire à la relation de soin mais aussi obligatoire. Il la rend viable par l'instauration d'une confiance entre le médecin et son patient. Toute information concernant le patient est considérée comme secrète et ne peut être révélée. Il s'agit d'une interdiction posée par le code pénal et le code de la santé publique, le

praticien peut être poursuivi pour violation du secret médical par le procureur de la république ou le conseil de l'ordre (même en l'absence de plainte du patient) pour y avoir dérogé(15,18,19,38).

Cependant il existe des exceptions au secret : ...« il n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, ou de son état physique ou psychique »

D'autres exceptions existent :

- lorsque la dénonciation est susceptible de prévenir ou de limiter les effets d'un crime ou d'empêcher qu'un nouveau crime soit commis ;
- lorsque la révélation permet de mettre hors de cause un innocent, en vertu de l'obligation générale de témoigner en justice qui pèse en principe sur le chirurgien-dentiste ou le médecin comme sur tous les citoyens (19).

Dans l'article.4127-210 sont énoncés les piliers de la déontologie à savoir :

- le libre choix du praticien par le patient ;

Il constitue un droit fondamental du patient et figure dans le code de la santé publique (art L.1110-8). La confiance nécessaire à la prise en charge thérapeutique que le patient doit porter à son praticien n'est possible que par ce libre choix.

- La liberté de prescription par le chirurgien-dentiste ;

Elle garantit l'indépendance du praticien et la qualité des soins. Seule la science et la conscience du praticien peuvent guider ses choix en matière de prescription, nul ne peut les lui imposer.

- L'entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraire. Elle se trouve menacée en médecine par la généralisation de l'assurance maladie obligatoire, l'application de tarifs imposés, pour les chirurgiens-dentistes elle ne concerne plus les actes soumis à un tarif opposable. Pour les autres actes non remboursés, le praticien doit fournir un devis.
- Le paiement direct par le patient au chirurgien-dentiste.

Indispensable à l'indépendance financière du praticien, il responsabilise le patient (même s' il ne s'agit que d'une avance et qu'il sera remboursé ultérieurement par la sécurité sociale). Il s'agit d'un élément fondamental dans la maitrise des dépenses de santé, le tiers payant en est un facteur d'augmentation.

L'article R ;4127-211 pose le principe de non-discrimination du chirurgien-dentiste envers ses patients. En effet celui-ci « doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quelles que soient leur origines, leurs mœurs, leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à son égard. »

Ce principe déjà à l'époque d'Hippocrate, où les médecins se devaient de soigner tous les hommes, qu'ils soient libres ou esclaves, avec la même conscience.

Selon l'article R.4127-232 « Hors le cas de l'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles à condition :

- de ne jamais nuire à son patient
- de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tout renseignement utile..... »

Il peut exercer ce droit dans le respect du principe de non-discrimination. La continuité des soins, doit se faire aussi sans nuire au patient, elle ne doit pas être brutale (19).

Selon l'article R.4121-233 « le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un autre médecin - à agir avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant avec lui

-à se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient ».

Les compétences du chirurgien-dentiste sont exigées. Elles s'acquièrent par l'étude, se développent avec l'expérience et s'entretiennent avec la formation continue (qui est obligatoire). Le chirurgien-dentiste a une obligation de moyens

quant aux soins, mais peuvent survenir des aléas thérapeutiques. La seconde partie de cet article traite des plainte ; lorsqu'un patient a recours à une plainte, la voie non contentieuse est toujours privilégiée, le praticien est dans l'obligation de se prêter à une tentative de conciliation(19).

Selon l'article R.4127-236 « le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas ... »

Ce consentement doit être libre et éclairé, et il peut être retiré à tout moment .Le recueil du consentement du patient n'est possible que par l'information. La preuve du consentement peut se faire par exemple par un formulaire de consentement clair et accessible au patient (19,38).

2. Approche contemporaine de la relation de soin : du paternalisme vers l'autonomisation du patient

Depuis l'Antiquité, la pratique médicale place le médecin au cœur de l'action sanitaire. Cette relation asymétrique, empreinte de paternalisme se voit alors vaciller sous l'effet de plusieurs facteurs contemporains de Georges Duhamel, qui nous l'avait autrefois décrit. Depuis les années 1980, le système de santé connait de réelles mutations, on assiste à la mise en place d'une politique de démocratie sanitaire dans laquelle le patient occupe une place centrale (39) (40).

Les droits des patients s'étendent, les technologies et moyens d'informations mis à sa disposition se développent, la société évolue. Le patient a la possibilité de s'intégrer dans des réseaux sociaux, d'échanger et de s'informer sur sa maladie. On assiste à une rééquilibration des pouvoirs dans la relation de soin, Le colloque devient pluriel (21).

Le partenariat est placé au premier plan dans la relation de soin. Le patient y joue un rôle très actif et participe à son plan de traitement. Un patient actif et engagé dans la consultation semble plus satisfait des soins et agit de manière plus responsable à l'égard de sa santé. Cette façon d'envisager la relation de nos jours s'inscrit dans une tendance sociétale qui tend à valoriser l'autonomie de l'individu.

Amener le patient à être actif requiert des compétences communicationnelles plus développées de la part du praticien (3).

2.1 Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi est divisée en 5 titres :

titre I : Solidarité envers les personnes handicapées

Titre II Démocratie sanitaire

Titre III : Qualité du système de santé

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

Titre V : Dispositions relatives à l'outre-mer

Figure 18 : Tableau récapitulatif des titres de la loi du 4 mars 2002

(41)

Considérée comme un évènement majeur dans la relation patient-praticien, elle reconnait les droits du patient, lui accordant une place plus importante au sein du colloque singulier (17).

Dans le chapitre I du titre II qui traite des « *droits de la personne* », plusieurs principes fondamentaux déontologiques pour certains existant depuis Hippocrate y sont abordés.

Selon l'Article L1110-1

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne »(42).

Le droit à la santé est un droit fondamental et toute personne peut y prétendre (en respect du principe de non-discrimination). Dans l'idéal d'un accès aux soins pour tous, l'accent est mis sur les personnes handicapées (le premier titre de la loi leur est consacré)(41).

L'article Article L1110-2 : « La personne malade a droit au respect de sa dignité » (43).

Cette notion avait déjà été abordée dans la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales dite« Huriet Serusclat »(31,44).

La loi du 4 mars 2002 pose comme principe que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé», elle précise que l'information incombe au professionnel de santé et non plus seulement au praticien. Elle oblige à fournir une obligation préalable au patient et lui étend certains droits. Le médecin devra apprécier la capacité du malade à recevoir l'information(39). De plus, selon l'article L.111-7, «Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé... »(45).

Le patient obtient le libre accès à son dossier médical (31).

Selon l'article L. 1111-4, « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.... » « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment... »

Le patient est maître de ses choix, et il affirme son autonomie par le biais du consentement éclairé (qui vaut pour autorisation, mais aussi droit de véto)(30,46).

Elle donne au patient le droit à l'indemnisation de l'accident médical. Le praticien a une obligation de moyens quant aux soins, peuvent alors surgir de manière imprévisible des aléas thérapeutiques, il peut solliciter une indemnisation sous le terme d'« aléas thérapeutique ».

Le praticien est responsable de ses actes, devant un échec thérapeutique, le patient peut porter plainte s'il met en évidence la faute du praticien, un préjudice et un lien de causalité. Une indemnisation peut alors être réclamée engageant la responsabilité civile professionnelle du praticien(40). Depuis cette loi, les praticiens sont dans l'obligation de souscrire à une responsabilité civile professionnelle. Face à un litige, les deux parties sont doivent se prêter à une tentative de conciliation.

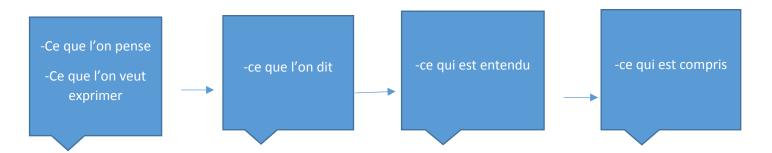
Cette loi insiste sur le développement d'une démocratie sanitaire, le patient est placé au cœur du système de santé favorisé par le passage du patient au consommateur de soin (39).

2.2 Nouveaux paramètres de la relation de soin.

2.2.1 La communication en santé

Chaque individu a la possibilité de se sociabiliser par sa capacité à communiquer.

Entre l'émission et la réception du message sont interposés plusieurs filtres, qui peuvent le modifier. Seul le message final compte. Le praticien doit s'adapter, se perfectionner en tenant compte de ces filtres car la finalité de la communication en santé est de se faire comprendre par le patient(3,47,48).



(48) <u>Figure 19 : Schéma de la communication entre deux personnes, de</u>
l'émission du message à la réception

La communication est le principal outil de l'intervenant en santé et constitue une compétence clinique fondamentale qui entre en jeu dans toutes les activités des professionnels de santé (recueillir des informations pour poser un diagnostic, élaborer un climat de confiance, conseiller les patients sur leur maladie, prescrire un traitement).

Selon le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en 1996, les habiletés communicationnelles et relationnelles sont officiellement reconnues comme une compétence clinique fondamentale en médecine (3). L'acquisition de cette compétence participe à la communication interpersonnelle.

Trois critères sont à remplir dans une relation thérapeutique pour qu'une communication soit qualifiée d'interpersonnelle :

- La distance entre les interlocuteurs doit être courte
- Ils doivent pouvoir émettre et recevoir des messages

- Ces messages doivent contenir des stimuli verbaux et non verbaux (49).

La communication interpersonnelle comporte donc deux facettes :

- Elle est d'une part verbale, et se fait par échange de mots, d'idées, et de sentiments (47,48). La capacité d'élocution, et d'expression du praticien joue un rôle essentiel ici et le praticien doit chercher à la perfectionner. Il devra faire attention à ne pas utiliser de termes trop techniques car l'utilisation d'un vocabulaire ultra spécialisé est hermétique au patient et peut altérer la relation thérapeutique.il devra assortir les explications d'une traduction claire, accessible, et intelligible, cependant avec circonspection car des termes trop simplistes pourraient inférioriser le patient. La présentation des honoraires et des devis associés aux plans de traitements devront être expliqués et clairement et justifiés verbalement avec tact et mesure. Ces explications seront accompagnées de documents formalisés(47).
- Elle est aussi non verbale (langage corporel)(48). Elle s'associe à la communication verbale et évolue avec elle. La pratique clinique doit intégrer les deux modes(47). Elle nécessite une bonne observation paraclinique de la part du praticien, qui doit être attentif au comportement de son patient .Il pourra oberver :
 - Les expressions faciales (mimiques, pâleur, crispations musculaires...) du patient.
 - Sa posture et son comportement sur le fauteuil (position de la tête, bras et jambes croisées ou non, mouvements associés, position des mains et doigts, agitation...).
 - Des états éventuels de malaise vagal.
 - Des manifestations psychosomatiques.
 - Une production anormale de sueur.

Cette liste non exhaustive permet d'évaluer la capacité d'intégration, de disponibilité du patient face au soin. Ces attitudes sont la manifestation physique d'une situation de stress, d'angoisse vécue par le patient.

L'empathie dont le praticien doit faire preuve dans la relation de soin augmente sa capacité à détecter les signaux corporels de son patient (47).

2.2.2 L'empathie

Selon une définition commune du Larousse, il s'agit d'une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent (50).

Il est important de faire la distinction entre « sympathie » et «empathie».

L'empathie est une reconnaissance des émotions d'autrui tandis que la sympathie est un partage des émotions. Elle implique d'éprouver les mêmes choses.

La sympathie est une relation affective tandis que l'empathie est essentiellement cognitive.

L'empathie nous pousse à être tolérants et bienveillant tandis que le but de la sympathie est de créer des liens affectifs, de partager ses émotions, d'établir des solidarités.

Dans une relation de soin, il est important pour le praticien de bien faire la différence entre ces deux notions, car pour être empathique, le praticien doit garder une certaine distance émotionnelle (51)(52).

2.2.3 L'empathie dans la relation de soin

Deux modèles s'opposent dans la conception de l'empathie dans la relation de soin. Dans le premier modèle, le praticien a une vision objective du patient et de la maladie, il prend des décisions en tant qu'expert et gagne en efficacité. Dans le deuxième modèle, le praticien est humain et empathique, il s'intéresse à la maladie mais aussi au patient en tant que personne avec son vécu, sa personnalité, ses émotions.

Les adeptes du premier modèle diront que les risques liés au second sont de basculer dans une situation où l'on va se retrouver trop émotionnellement impliqué, d'éprouver de la sympathie pour son patient. Cela peut interférer sur la prise d'une bonne décision. A l'inverse, les partisans d'une pratique plus empathique soutiendront qu'il est important de bien connaître son patient pour prendre les bonnes décisions le concernant (51).

Il existe une bonne distance thérapeutique nécessaire à l'établissement d'un climat de confiance, il appartient au praticien d'en garder la maîtrise. Il ne faut pas

confondre bonne qualité communicationnelle et relation amicale, car celle-ci n'apporte rien dans le cadre de la thérapeutique, bien au contraire. Les soins donnés à des proches (famille ou amis) peuvent brouiller la réflexion clinique (53).

2.2.4 La confiance

Elle est indispensable à l'établissement d'une bonne relation médicale. Durant une consultation, un patient est amené à révéler des informations à caractère secret ou intimes. La question de confiance est donc très importante. Dans un premier temps, le patient accordera sa confiance non pas au médecin en tant que personne, mais en tant que représentant d'une institution sociale reconnue. Au fil du temps, en jaugeant les compétences techniques et communicationnelles de son praticien, sa confiance se tournera vers la personne. Sans cette confiance, la capacité de soigner du praticien sera faible , il ne doit la trahir ..(3) Elle est rendue possible par le secret médical : règle à laquelle le praticien doit se soumettre, et le libre choix du praticien par le patient (18,19).

2.2.5 Les transferts et contre transferts

La relation de soin peut être abordée selon une approche psychanalytique, par des réactions de transfert et contre transfert .Le patient, avec ses maux, ne demande pas seulement au praticien de fournir un geste technique pour le soigner, mais aussi une disponibilité, une certaine relation affective, du soutien et de la sécurité. Le praticien, lui, réagit face à son patient non pas comme un technicien mais aussi en tant que personne avec son vécu, sa propre histoire, il est plus ou moins sensible face à la souffrance d'autrui (48).

Le concept de transfert concerne les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son praticien (48).

Le contre transfert concerne les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le praticien vis-à-vis de son patient (48).

2.2.6 Quelques particularités de la relation dentiste patient

2.2.6.1 L'intimité de la sphère oro-faciale

La cavité buccale est considérée comme une zone intime du corps humain (généralement réservée aux contacts intimes). Le soin bucco-dentaire peut être vécu par le patient comme une intrusion au sein de celle-ci. Il peut de plus se sentir honteux face à une hygiène buccodentaire médiocre, ou une mauvaise santé bucco-dentaire (54).

2.2.6.2 La peur du dentiste

En tant que chirurgien-dentiste, il serait un échec de se lancer dans une approche relationnelle purement technique avec son patient, ignorant cette peur du dentiste présente chez la plupart de nos patients. Nous ne pouvons l'ignorer. Elle peut se manifester par de la simple angoisse, allant jusqu'à la crainte, la peur ou la phobie à l'extrême. Cette souffrance peut être surajoutée à une douleur physique due à la pathologie dentaire et peut l'amplifier, elle influencera le comportement du dentiste vis-à-vis de son patient. Elle trouve ses origines dans les pratiques antiques et moyenâgeuses par les charlatans. Rappelons que les soins étaient pratiqués sans anesthésie dans de très mauvaises conditions. Elle peut aussi être liée à un traumatisme vécu pendant l'enfance durant des soins dentaires (27).

De nos jours le chirurgien-dentiste a accès à un arsenal thérapeutique très varié pour pallier à la peur de ses patients; il a la possibilité de prescrire des médications avant le soin (benzodiazépines, antihistaminiques (hydroxyzine)) ou peut utiliser la technique de sédation consciente (utilisation du masque avec le MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote), mais aussi l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, l'hypnose...(27).

2.3 Les nouveaux outils à disposition du patient

2.3.1 La médecine 2.0

Internet constitue une grande source d'information en matière de santé et est largement utilisé de nos jours par les patients. Véritable réservoir d'informations médicales (thérapeutiques, traitements, protocoles chirurgicaux et alternatives, pathologies, habitudes de vie), il est constamment alimenté par les forums, associations de malades, sites de patients et réseaux sociaux. On utilise le terme de médecine 2.0 par analogie au Web 2.0 (55)(56).

Parmi ces sites, sur 70 sites souscripteurs, Doctissimo est régulièrement classé dans les 5 premiers en termes de fréquentation par l'institut de sondage Médiamétrie CybereStat en 2008 avec 40,5 millions de connexions par mois (57).

La connaissance médicale autrefois centralisée (détenue par le médecin uniquement) tend à se partager grâce à la médecine 2.0 (ou web neuronal). La multiplication des canaux de transmissions de l'information et la permanence des interactions entre les patients partageant l'information (concernant leur maladie, leur vécu ou traitements) est similaire à des échanges neuronaux.

De nombreux acteurs entrent alors en jeu dans cette sphère nouvelle de connaissances. Autrefois, seuls les médecins ou les institutions de santé détenaient ce savoir. Ceci a pour conséquence de démystifier la médecine, on peut alors se poser la question de la place du médecin dans cette nouvelle interaction avec son patient (voir paragraphe sur le patient sachant) (40).

La connaissance médicale centralisée Connaissance médicale partagée pair-à-pair (peer to peer)

<u>Figure 20 : De la connaissance médicale centralisée à la connaissance partagée</u>

(40)

Comment peut-on qualifier cette information recueillie par le patient ?

Très abondante et complexe (parfois difficile à comprendre pour le patient), elle reste hétérogène en terme de qualité et de pertinence (il faudra donc se méfier de la véracité des informations recueillies). Il peut aussi exister un certain manque d'objectivité lié aux intérêts de la part de l'émetteur (il existe un risque de promotion déguisé). Pour pallier à cela, Medic France, un nouveau site du médicament centralise une information claire, pertinente, objective et récente. Le but de ce site est de coordonner les pages web des organismes publics (HAS, AFSAPS, DGS), pour aider le patient dans sa recherche (58).

2.3.2 Les associations de malades

Le nombre des associations de malades (surtout présentes pour les maladies chroniques) est en plein essor. Certaines ont un rôle contestataire, militant, d'autres se consacrent plutôt à la prestation de services aux malades et familles, ou collectent des fonds en sensibilisant le public (59).

L'épidémie du VIH (durant la décennie 1980) a joué un rôle majeur dans le développement de ces associations. Elles se sont organisées, en politisant des

questions de santé et en revendiquant une restructuration de la relation de soin au profit du patient. Au sein de ces communautés le patient s'informe et devient plus actif dans ses choix thérapeutiques. Ces associations ont un rôle central dans l'émancipation du patient au sein du colloque singulier (58,59).

Quelques exemples d'associations de malades (la ligue contre le cancer, L'associations française des diabétiques, AIDES, ARCAT-sida...) il en existe aujourd'hui plus de 8000(58). Signalons toutefois la quasi-inexistence d'associations de patients dans le domaine dentaire en France en 2017, ce qui pose d'ailleurs un problème dans les réflexions sur les orientations des politiques de santé dans ce domaine.

2.4 De nouveaux statuts pour le patient

Selon le texte final de la 5^{ème} conférence des ministres européens de la santé, le patient est qualifié à la fois de citoyen, usager, consommateur, client, et patient (29). De par ses nouveaux statuts, son accès à l'information, et sa facilité à entrer en conflit pour obtenir une indemnisation, le patient prend de l'ampleur et peut devenir une figure gênante pour le praticien(60).

2.4.1 Le patient Sachant

Anciennement les médecins étaient les uniques détenteurs du savoir médical, et les patients, des ignorants.

Avec cet accès facilité aux ressources médicales (notamment internet), le patient peut accéder à des informations certes parcellaires mais souvent de bonne qualité : les statuts changent (59).

L'information dont il dispose lui permet d'émettre des préférences, il participe à la prise de décision, on assiste à une rééquilibration des pouvoirs. Le praticien est placé dans une situation anxiogène, (59) liée à la peur d'un changement de son statut, et à la perte de son pouvoir qu'il détenait grâce à son savoir (auquel le patient n'avait pas accès)(61).

Parmi ces patients « sachant », des profils très hétérogènes sont retrouvés. Le degré de connaissance de l'information dépend de plusieurs facteurs (âge, niveau d'éducation, sexe, type de maladie). Les patientes jeunes et éduquées sont

considérées comme les plus actives. De plus on considère que le patient atteint de maladie chronique atteint le plus haut grade dans la connaissance de l'information, lui conférant le statut de « patient expert » (voir paragraphe suivant) (40).

2.4.2 Le patient expert

Selon l'OMS , la prévalences des maladies chroniques dans le monde augmente, parallèlement à cela on assiste à la naissance parmi les patients atteints de telles pathologies, de « patients-experts (40).

La qualité de vie d'un patient atteint de maladie chronique sera impactée par ses choix thérapeutiques.

Le patient expert, en observant son corps, ses réactions face à la maladie et aux traitements, acquiert un savoir expérientiel qui peut venir compléter les connaissances du médecin et orienter les décisions de ce dernier.

Le malade chronique expert, développe une grande curiosité face à son affection, il s'informe régulièrement des évolutions en termes de traitements, nouvelles prises en charge.

Il a la capacité de rechercher et d'assimiler des connaissances complexes sur son affection. On lui suppose un niveau d'éducation élevé (61,62).

L'accumulation de savoir acquise suite à la lecture d'articles, publications, sur son affection fait que parfois il peut être plus savant que le médecin.

Le patient-expert refusera dans sa relation avec le praticien un modèle paternaliste. Il préfèrera un modèle informatif (voir paragraphe sur les modèles de relation au XXIe siècle). Il est parfaitement conscient de ses valeurs et celles du médecin n'interviennent pas dans sa prise de décision(40).

2.4.3 Le patient consommateur de soin

A la fin du XX e siècle, le progrès des techniques dans le domaine de la médecine favorise le développement d'un concept nouveau : celui de «la médecine des désirs».

Comment se définit-elle ? Les techniques et moyens utilisés pour cette pratique sont pour la plupart très récents, et en constante évolution.

Elle donne des réponses à des désirs non médicaux physique ou psychique (non liés à des pathologies reconnues par la médecine traditionnelle). Le motif de consultation du patient n'est pas lié à une maladie ou un symptôme, ce peut être par exemple le souhait de conserver une apparence jeune, ou d'augmenter la performance sexuelle.

Voici quelques exemples concrets : la chirurgie esthétique, le Viagra, les traitements anti-âge, l'éclaircissement dentaire .

L'essor de la médecine des désirs a amené ce nouveau terme de « patientconsommateur de soins » et il a été démontré récemment qu'une pratique consumériste s'était introduite en médecine (marché de la santé). Le patient, en affirmant une liberté dans ses choix, devient un consommateur autonome du système de santé. Il accède à une sorte de citoyenneté au sein du colloque singulier (59). Le droit français protège essentiellement le consommateur, (considéré comme en état de faiblesse), on lui reconnait des droits et pratiquement pas de devoirs (29). Le patient est considéré comme un client exigeant, rabaissant parfois le thérapeute au statut de simple prestataire de service (60).

2.4.4 Le patient procédurier : les conflits dans la relation de soin

Un patient mécontent du résultat thérapeutique peut entrer en conflit avec son praticien. Les voies non contentieuses sont toujours privilégiées destinées à pacifier les relations patient- praticien.

Concernant la voie contentieuse, elle peut engager la responsabilité civile professionnelle du praticien si la faute du praticien est prouvée, entrainant un préjudice au patient. Un lien de causalité doit être mis en évidence (vu précédemment).

Selon la SHAM, (le principal assureur des hôpitaux publics): les réclamations relatives à des préjudices corporels ont augmenté de 5% par an entre 1999 et 2003, puis la tendance s'est fortement accélérée après 2004 (plus de 20%), portant le nombre de réclamations à plus de 16 pour 1 000 lits assurés, et ce deux ans après le passage de la loi du 4 mars 2002 (63).

Cette augmentation du nombre de recours en justice par les patient participe à la dégradation de la relation patient-praticien (19).

2.5 Modèles de relation patient-praticien pour aborder le XXI^{ème} siècle

La relation patient-praticien de nos jours est placée au cœur de nouveaux enjeux et débats socio-économiques. Le système de santé s'est transformé et le patient, devenu plus responsable et autonome face à ses soins a pris une place beaucoup plus importante dans sa prise en charge thérapeutique. De nouveaux paramètres entrent en jeu dans cette relation complexe (62).

De nombreux auteurs ont décrit cette relation en proposant plusieurs modèles, aujourd'hui elles sont souvent étudiées en abordant l'aspect communicationnel.

Une bonne communication entre un médecin et son patient serait primordiale pour la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Ils proposent un idéal de relation dans laquelle le patient obtient un plus grand contrôle et la domination du médecin tend à diminuer (64).

Emanuel et Emanuel (1992) proposent 4 modèles de relation patient-praticien en intégrant les paramètres suivant (62,64)

- (1) Les objectifs de l'interaction médecin-patient,
- (2) Les obligations du médecin,
- (3) Le rôle des valeurs des patients
- (4) La conception de l'autonomie du patient

2.5.1 Les 4 modèles de Emanuel et Emanuel

2.5.1.1 Le modèle Paternaliste

Il est parfois appelé modèle parental ou sacerdotal. Dans ce modèle, l'interaction médecin-patient favorise pour le mieux leur santé et leur bien-être. Le médecin utilise ses compétences pour poser un diagnostic, élaborer un plan de traitement qu'il estime le meilleur pour son patient. Il informe le patient des choix sélectionnés et l'encourage à consentir à l'intervention.

Le médecin prend des décisions dans l'intérêt du patient avec une participation limitée de celui-ci.

L'intérêt du patient est placé au-dessus du sien, de ce fait Il doit aussi être capable de solliciter d'autres avis, ou adresser lorsqu'il manque de connaissances ou compétences.

La conception de l'autonomie du patient est l'assentiment du patient aux déterminations du médecin.

Malgré la tendance actuelle à l'autonomisation du patient, ce modèle existe toujours de nos jours et certaines personnes attendent de leur médecin une relation paternaliste. (64)

2.5.1.2 Le modèle informatif

Il est parfois appelé modèle scientifique, d'ingénierie ou de consommation.

Le médecin fournit au patient toutes les informations concernant son état pathologique, la nature des examens à réaliser, les thérapeutiques, les risques et bénéfices, et les incertitudes associés.

Le patient a le contrôle dans la prise de décision concernant sa prise en charge, que le médecin exécutera.

Ce sont les valeurs du patient qui déterminent la thérapeutique choisie.

Il n'y a pas de place pour les valeurs du médecin, ou sa compréhension. Le médecin est considéré comme un fournisseur d'expertise médicale laissant le choix au patient dans sa prise en charge thérapeutique.

Les médecins sont dans l'obligation de fournir des informations exactes, de maintenir leurs compétences à niveau, et de consulter d'autres avis par manque de compétence ou connaissance.

La conception de l'autonomie du patient est le contrôle des patients sur la prise de décision médicale. (64)

2.5.1.3 Le modèle interprétatif

Le rôle du médecin ici est d'élucider les valeurs du patient et ce qu'il veut réellement, il lui fournit de l'aide pour sélectionner les interventions médicales disponibles qui remplissent les objectifs de ses valeurs. Contrairement au modèle précèdent, le médecin interprète les informations fournies au patient pour l'aider dans sa décision.

Le médecin qui travaille avec le patient doit élucider et comprendre ses valeurs, qui ne sont pas nécessairement connues de celui-ci.

Le médecin ne dicte rien au patient, il ne juge pas non plus ses valeurs ; il aide le patient à les comprendre et à les utiliser dans la situation médicale. C'est, en définitive, le patient qui sera décideur de ce qui est le mieux pour lui.

Dans ce modèle, le médecin a un rôle de conseiller pour son patient. Ses obligations sont similaires à celles énumérées dans le modèle informatif, mais nécessitent également d'engager le patient dans un processus conjoint de compréhension de lui-même.

La conception de l'autonomie du patient est la compréhension de soi; le malade se rend compte plus clairement de « qui il est » et comment les différentes options médicales portent sur son identité. (64)

2.5.1.4 Le modèle délibératif

Le but de l'interaction médecin-patient ici est d'aider le patient à déterminer et à choisir les meilleures valeurs liées à la santé qui peuvent être réalisées dans la situation clinique.

À cette fin, le médecin doit délimiter l'information sur la situation clinique du patient et ensuite aider à élucider les types de valeurs incorporées dans les options disponibles.

Le médecin ne traite que des valeurs liées à la santé, c'est-à-dire des valeurs qui affectent ou sont affectées par la maladie et les traitements du patient .Son objectif principal est de suggérer les valeurs les plus importantes.

Le médecin ne vise que la persuasion morale (la coercition est évitée) et le patient doit définir sa vie et sélectionner les meilleures valeurs le concernant.

En s'engageant dans une délibération morale, le médecin et le patient jugent la valeur et l'importance des valeurs liées à la santé.

Dans ce modèle, le médecin agit comme un enseignant ou un ami. Le patient est engagé dans un dialogue ayant pour but l'élaboration du plan d'action le plus efficace pour sa prise en charge thérapeutique. En souhaitant ce qui est le mieux pour lui, il lui suggère la meilleure décision.

La conception de l'autonomie du patient est son auto-développement moral (64).

	paternaliste	informatif	interprétatif	délibératif
			Conflictuelles	
			et en	
			construction,	Ouvertes à un
Valeurs du	Objectives,	Définies,	parfois	développement
patient	partagées par	fixées et	totalement	et à une
	le médecin et	communiquées	inconnues du	révision à
	le patient	au patient	patient,	travers un
			nécessitent une	débat moral
			élucidation par	
			le médecin	
				Articuler et
				convaincre le
			Elucider,	patient des
	Promouvoir le	Fournir une	interpréter les	valeurs les
Devoirs du	bien être du	information	valeurs utiles du	plus
médecin	patient, ne	pertinente,	patient et	admirables.
	tient pas	mettre en	mettre en	Informer le
	compte de	œuvre	œuvre	patient
	ses	l'intervention	l'intervention	et mettre en
	préférences	choisie par le	choisie par le	œuvre
		patient	patient	l'intervention
				choisie
Composition		Oh aire at	Commeth annion do	Austa
Conception	assentiment à	Choix et	Compréhension de	Auto
de	des valeurs	contrôle du	soi utile au soin	développement moral utile au
l'autonomie	objectives	soin		soin médical
du patient Conception		Evport		Join Medical
du rôle du	Gardien	Expert technique	Conseiller	Conseiller
médecin	Gardien, tuteur	compétent	Conseiller	Consenier
Degré de	luleui	Competent		
contrôle	Très faible	De fort à très	De faible à	De moven à
exercé par	voir nul	fort		De moyen à fort
	voli ilui	IOIT	moyen	1011
le patient				

Figure 21 : Tableau récapitulatif des modèles de relation décrits par Emanuel et Emanuel (3,62)

2.5.2 L'approche centrée sur la personne

Dans les années 1950, le psychologue humaniste américain Carl R. Rogers développe le concept de thérapie centrée sur le patient (elle cherche à concentrer ses soins sur les besoins et les préoccupations des patients). Cette notion nous vient du psychanalyste britannique Enid Balint, comme «médecine centrée sur le patient» en 1969. Elle se traduit par une forme de mini-psychothérapie que les médecins généralistes peuvent utiliser pour les personnes atteintes de maladies psychosomatiques(65).

De nos jours l'approche centrée sur la personne est un concept largement recommandé et reconnu comme une valeur fondamentale dans la médecine familiale, il s'agit d'un modèle biopsychosocial axé sur le patient et non sur la technologie, le médecin, le centre hospitalisé, ou encore la maladie (66) (67).

Le centrage du patient peut avoir de gros avantage sur sa prise en charge et est associé à des résultats très positifs le concernant.

Cette approche favorise la diminution des plaintes contre la faute professionnelle, elle améliore la satisfaction des médecins, l'efficacité de la consultation, l'état émotionnel des patients et son implication dans le plan de traitement. Elle participe à diminuer les effets négatifs possibles des prescriptions médicamenteuses.

L'autonomisation des patients est améliorée, elle peut réduire la gravité des symptômes, l'utilisation des ressources en soins de santé et les coûts des soins de santé.

La communication entre le médecin et son patient se trouve au cœur de cette approche et permet la création d'un véritable partenariat (67) (66).

Moira Stewart décrit 6 dimensions principales de cette approche clinique :

- L'exploration de la maladie,
- La compréhension de la personne, dans son intégralité biopsychosociale,
- La recherche d'un accord mutuel,
- L'intégration de messages de prévention et de promotion à la santé,
- L'amélioration de la relation patient-praticien,
- Du réalisme dans la pratique(26).

Les demandes croissantes de sécurité et de qualité dans les soins, recentrent l'attention sur les résultats des patients, et le système de santé contemporain favorise ce modèle.

Le soutien de cette tendance actuelle découle directement du fait que le statut du patient a changé et est passé à « consommateur du système de santé ». Face à un patient reconnu en tant que tel, les priorités changent, et deviennent la satisfaction du patient, voire du client.

(69)

CONCLUSION - SYNTHESE

Depuis l'apparition des premières pratiques médicales, la relation patient-praticien a évolué.

Durant l'Antiquité, les pratiques médicales sont empreintes de magie et croyances surnaturelles .Incantations, prières, rites de sacrifice font partie intégrante des soins. Issus des dieux, les médecins sont des hommes puissants qui exercent une emprise quasi-totale sur leurs malades.

Il faut attendre Hippocrate pour que la médecine devienne laïque et basée sur un raisonnement rationnel. Il rédigera les premiers textes déontologiques (avec les notions de secret médical, respect du malade, principe de bienfaisance), véritables fondements de l'éthique médicale moderne.

Avec la scission de l'Empire romain et la montée du christianisme s'en suivra une période d'obscurantisme et de stagnation de la pensée médicale au Moyen Age. L'amour du chrétien et la charité deviendront le principal moteur de l'action sanitaire et liera de nouveau le sacerdoce à la médecine entrainant alors un profond retour en arrière de la médecine et une détérioration de la relation de soin. En odontologie, on observe une montée des pratiques charlatanesques, les soins sont délivrés dans des conditions déplorables, sans anesthésie. Considérés comme des menteurs, voleurs et escrocs, l'image renvoyée par le dentiste est très négative, voire monstrueuse. La peur du dentiste encore présente aujourd'hui trouve ses origines dans cette époque.

On décrit classiquement la relation patient-praticien sous le terme de « colloquesingulier », de l'Antiquité au XX^{ème} siècle. Il s'agit d'un modèle entièrement paternaliste.

Relation purement asymétrique et unilatérale, elle reposait sur une autorité médicale unique. Le médecin, seul détenteur du savoir, décidait ce qui était le mieux pour son patient sans aucune délibération possible avec celui-ci. Le principe de bienfaisance y était respecté pour protéger le patient considéré comme affaibli.

Depuis une quarantaine d'années ce modèle relationnel évolue en faveur d'un partage plus équitable des pouvoirs. Aujourd'hui, il semble admis qu'il faille respecter

l'autonomie du patient, par l'obtention de son consentement éclairé. Il serait cependant trop simpliste de résumer l'évolution de la relation de soin en un passage « du paternalisme vers l'autonomisation du patient » Il s'agit en réalité d'une évolution multifactorielle beaucoup plus complexe, reflet de l'évolution sociétale, des nouvelles législations encadrant la relation de soin, des technologies, et nouvelles connaissances médicales.

Le patient prend de l'ampleur, a de nombreux visages qui peuvent s'avérer être déroutants pour le praticien (patient sachant, expert, consommateur du système de santé, procédurier ...). Parmi les éléments significatifs ayant accéléré l'évolution du statut des patients, les affaires de santé publique ont joué un rôle important. Après l'épidémie du VIH, les patients vont se regrouper en réseaux et en associations dans lesquelles ils revendiquent une place plus active dans le plan de traitement. D'autres affaires non développées dans ce travail eurent un impact considérable sur la place du patient au sein du système de santé (affaire du sang contaminé, plus récemment le médiator...).

La loi du 4 mars 2002 en France participe à cette évolution et étend les droits du patient en le plaçant au cœur du système de santé.

Grace aux nouvelles technologies l'information est accessible. Les moteurs de recherche, forums et réseaux sociaux offrent une quantité considérable de données médicales. Il n'y a plus cette notion de "savoir médical prestigieux" lorsque chacun peut y accéder par quelques mots clés. Le médecin devient un conseiller, un technicien ou simple prestataire de service. Quant au patient, il peut délibérer avec lui en personne avertie. On tend aujourd'hui à rééquilibrer la relation de soin cependant le modèle paternaliste existe toujours de nos jours.

Aujourd'hui de nombreux auteurs se sont attelés à décrire la relation de soin pour aborder le XXI^{ème} siècle. De nouveaux paramètres s'y sont ajoutés, elle est décrite selon les aptitudes communicationnelles du praticien, la participation du patient dans le dialogue concernant sa prise en charge, son degré de contrôle, sa conception de l'autonomie.

Une approche centrée sur la personne est de nos jours privilégiée. Elle a démontré des résultats très positifs concernant la prise en charge du patient, elle est largement recommandée et reconnue en médecine familiale .Qu'en est-il dans le domaine de l'odontologie ? L'approche centrée sur la personne n'a pas fait encore l'objet d'un

transfert de connaissances en odontologie. La mise en place d'une telle approche nécessiterait de prendre de nouvelles décisions concernant la formation initiale car les capacités communicationnelles sont la principale compétence à acquérir pour sa mise en place. Le guide de Calgary Cambridge est un guide de communication adapté à la médecine dans lequel certains éléments sont transposables à l'odontologie. Il gagnerait à être enseigné dans les facultés. En effet en tant que chirurgien-dentiste il serait un échec de prendre en charge le patient par une approche purement technique ne considérant que la sphère oro-faciale. Le patient doit être pris en charge dans toute son entité biopsychosociale pour obtenir un succès thérapeutique.

Quant à la peur du dentiste, elle trouve ses origines dans les pratiques charlatanesques du Moyen-Age comme précédemment vu, mais elle peut aussi provenir d'expériences traumatisantes vécues durant l'enfance lors de traitements dentaires.

Depuis les deux dernières décennies l'odontologie subit d'énormes changements montrant une progression spectaculaire dans les domaines de l'implantologie, la parodontologie, l'orthodontie, l'esthétique, l'odontologie conservatrice, l'endodontie, la chirurgie... Chaque année les industriels innovent faisant de la chirurgie dentaire une pratique moderne, novatrice, et de grande qualité dans laquelle le confort du patient et la qualité des soins sont recherchées.

Un cabinet moderne et bien équipé renvoie aux patients une image positive renforçant leur confiance envers le dentiste et le cabinet. Cependant la technologie ne remplacera jamais la relation. Un patient appréciera la mise en place d'une relation personnalisée, dans laquelle le praticien tente de connaître et analyser son histoire. Il serait intéressant de favoriser une approche centrée sur la personne en odontologie Elle pourrait contribuer à réduire la peur de nos patients face aux soins dentaire et faciliter la mise en place de cette confiance nécessaire à la relation de soin.

Vu le directeur de thèse – Dr JN Vergnes Vu, le président du jury – Pr O. Hamel

Annexes

Serment d'Hippocrate traduit par Émile Littré - 1819-1861.

"Je jure par Apollon, médecin, par Esculape, par Hygée et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et mes capacités, le serment et l'engagement suivants : je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. Dans quelques maisons que je rentre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves. Quoique je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, hororé à jamais des hommes. Si je le viole et que je me parjure, puis-je avoir un sort contraire." Le Code de Nuremberg - 1947 Le Code de Nuremberg identifie le consentement éclairé comme préalable absolu à la conduite de recherche mettant en jeu des sujets humains.

1. Le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel. Cela veut dire que la personne intéressée doit jouir de capacité légale totale pour consentir : qu'elle doit être laissée libre de décider, sans intervention de quelque élément de force de fraude, de contrainte, de supercherie, de duperie ou d'autres formes de contraintes ou de coercition. Il faut aussi qu'elle soit suffisamment renseignée, et connaisse toute la portée de l'expérience pratiquée sur elle, afin d'être capable de mesurer l'effet de sa décision. Avant que le sujet expérimental accepte, il faut donc le renseigner exactement sur la nature, la durée, et le but de l'expérience, ainsi que sur les méthodes et moyens employés, les dangers et les risques encourus; et les conséquences pour sa santé ou sa personne, qui peuvent résulter de sa participation à cette expérience.

L'obligation et la responsabilité d'apprécier les conditions dans lesquelles le sujet donne son consentement incombent à la personne qui prend l'initiative et la direction de ces expériences ou qui y travaille. Cette obligation et cette responsabilité s'attachent à cette personne, quine peut les transmettre à nulle autre sans être poursuivie.

- 2. L'expérience doit avoir des résultats pratiques pour le bien de la société impossibles à obtenir par d'autres moyens : elle ne doit pas être pratiquée au hasard et sans nécessité.
- 3. Les fondements de l'expérience doivent résider dans les résultats d'expériences antérieures faites sur des animaux, et dans la connaissance de la genèse de la maladie ou des questions de l'étude, de façon à justifier par les résultats attendus l'exécution de l'expérience.
- 4. L'expérience doit être pratiquée de façon à éviter toute souffrance et out dommage physique et mental, non nécessaires.
- 5. L'expérience ne doit pas être tentée lorsqu'il y a une raison a priori de croire qu'elle entraînera la mort ou l'invalidité du sujet, à l'exception des cas où les médecins qui font les recherches servent eux-mêmes de sujets à l'expérience.

- 6. Les risques encourus ne devront jamais excéder l'importance humanitaire du problème que doit résoudre l'expérience envisagée.
- 7. On doit faire en sorte d'écarter du sujet expérimental toute éventualité, si mince soit-elle, susceptible de provoquer des blessures, l'invalidité ou la mort.
- 8. Les expériences ne doivent être pratiquées que par des personnes qualifiées. La plus grande aptitude et une extrême attention sont exigées tout au long de l'expérience, de tous ceux qui la dirigent ou y participent.
- 9. Le sujet humain doit être libre, pendant l'expérience, de faire interrompre l'expérience, s'il estime avoir atteint le seuil de résistance, mentale ou physique, au-delà duquel il ne peut aller.
- 10. Le scientifique chargé de l'expérience doit être prêt à l'interrompre à tout moment, s'il a une raison de croire que sa continuation pourrait entraîner des blessures, l'invalidité ou la mort pour le sujet expérimental.

(Extrait du jugement du TMA, Nuremberg, 1947 (trad. française in F. Bayle, Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en Allemagne pendant la Deuxième Guerre Mondiale, Neustadt, Commission scientifique des crimes de guerre, 1950.)

Table des illustrations

Figure 1 : Tableau récapitulatif des trois modèles décrits par Szsaz et Hollender	17
Figure 2 : Code d'Hammourabi, stèle de basalte (8)	20
Figure 3 : Hésy-Ré, chef des médecins et des dentistes, panneau de bois, époque du re	
Djoser (2600 av JC). Mastaba de Hésy-Ré, plateau de Saqqara (7)	22
Figure 4: Portrait d'Hippocrate (460-375 av JC) Hippocrate vie et œuvres manuscrit e	grec
2144 Fol.10v (1335-1345) Bibliothèque nationale, Paris (7)	24
Figure 5 : Jacobus (XIVème siècle) Omne bonum Manuscrit royal 6E VI .Fol.503	31
Figure 6 : Le Martyr de Sainte Apolline. Estampe. Ecole Allemande du XVème siècle (1	467)
Figure 7 : Un arracheur de dents .Rreprésentation aquarellée, Paris 1582	36
Figure 8 : Gerrit Van Honthorst (1590-1659). L'arracheur de dents signé et daté de 16	27 38
Figure 9: Théodore Rombouts (1597-1637). Le dentiste	39
Figure 10: Peter Jansz Quast (1606-1647) Arracheur de dents	40
Figure 11 : Jan Steen (1625-1679) Le dentiste	41
Figure 12: Balthazar van den Bossche (1681-1715). L'arracheur de dents sur la Gran	ıd
place à Bruxelles	44
Figure 13: Giandomenico Tiepolo (1727-1804). Le charlatan	44
Figure 14: Honoré Daumier (1808-1879) le dentiste	47
Figure 15: Louis Léopold Boilly (1761-1845) Le baume d'acier (9)	47
Figure 16 : Tableau récapitulatif de la classification des dérives éthiques	53
Figure 17 : Illustration de l'expérience de Milgram (35)	54
Figure 18 : Tableau récapitulatif des titres de la loi du 4 mars 2002	60
Figure 19 : Schéma de la communication entre deux personnes, de l'émission du	
message à la réception	62
Figure 20 : De la connaissance médicale centralisée à la connaissance partagée	68
Figure 21 : Tableau récapitulatif des modèles de relation décrits par Emanuel et	
Emanuel	76

Bibliographie

- 1. Szasz TS. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. AMA Arch Intern Med. 1 mai 1956;97(5):585.
- 2. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 1 févr 2007;5(1):57 65.
- 3. Claude Richard; Marie therese Lussier. La communication preofessionnelle en santé. ERPI.
- 4. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. AMA Arch Intern Med. 1 mai 1956;97(5):585 92.
- 5. Hecketsweiler P. Histoire de la médecine: des malades, des médecins, des soins et de l'éthique biomédicale. Ellipses; 2010. 836 p.
- 6. Dachez R. Histoire de la médecine: De l'Antiquité à nos jours. Tallandier; 2012. 634 p.
- 7. Baron A, Baron P. L'art dentaire à travers la peinture. www.acr-edition.com; 1986. 268 p.
- 8. Foucart S. Hammourabi le juste. Le Monde.fr [Internet]. 15 août 2007 [cité 7 juill 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/ete-2007/article/2007/08/15/hammourabi-le-juste_944686_781732.html
- 9. Baron A, Baron P. L'art dentaire à travers la peinture. www.acr-edition.com; 1986. 268 p.
- 10. Press OU. The Oxford Essential Guide to Egyptian Mythology. New York: Berkley; 2003.
- 11. VIDAL A, Pomar P. POUR UNE APPROCHE DE LA MEDECINE DENTAIRE AU TEMPS DES PHARAONS. [S.I.]: s.n.; 1995.
- 12. Elbaz T, Galabert J. POUR UNE APPROCHE DE LA MEDECINE DENTAIRE DANS L'ANTIQUITE : ETUDE COMPARATIVE DE DIFFERENTES CIVILISATIONS DU BASSIN MEDITERRANNEEN. [S.I.]: s.n.; 1996.
- 13. Birebent J, Stillmunkés A. Du colloque singulier aux nouvelles relations : origines et évolutions de la relation médecin-malade. [S.l.]: s.n.; 2002.
- 14. Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. H. Gaignault et fils; 1954. 228 p.
- 15. Hippocrate. Oeuvres complètes d'Hippocrate: traduction nouvelle avec le texte grec en regard. 1861. 477 p.
- 16. Halioua B. Histoire de la médecine. Elsevier Masson; 2012. 300 p.
- 17. Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. Editions Espace id; 2015. 240 p.
- 18. Portes L. A la recherche d'une éthique médicale. H. Gaignault et fils; 1954. 228 p.
- 19. Vassal JP. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. juin 2003. Paris , SNPMD; 2003. 104 p.
- 20. Duhamel G. Paroles De Médecin. Edition Du Rocher Monaco; 1946.

- 21. Bourgeon D. Le don et la relation de soin : historique et perspectives ... Rech Soins Infirm. (89):4-14.
- 22. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, A new patient ? The changes of relationship between the doctor and his patient. Sci Soc Santé. 25(2):43 66.
- 23. Riaud X. Histoires de la médecine bucco-dentaire. l'Harmattan; 2010. 145 p.
- 24. Lefébure C. Une histoire de l'art dentaire. Privat; 2001. 155 p.
- 25. Dumaître P. Ambroise Pare. Librairie Académique Perrin; 1980. 444 p.
- 26. Collard F, Samama E. Dents, dentistes et art dentaire: histoire, pratiques et représentations, antiquité, moyen âge, ancien régime. l'Harmattan; 2012. 372 p.
- 27. Bohl J-B, Pirnay P. La peur du dentiste: comprendre et réduire l'anxiété des patients. Cahiers de prothèses éditions; 2016. 112 p.
- 28. Gruber P. Histoire de l'anesthésie en odontologie de l'antiquité au début du XXe siècle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire;
- 29. Au coeur de la relation thérapeutique. Le transfert en odonto-stomatologie Marc-Gérald Choukroun [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/au-coeur-de-la-relation-therapeutique-9782352850090.html
- 30. Baertschi B, Durand G. L'autonomie à l'épreuve du soin. Editions Cécile Defaut; 2015. 211 p.
- 31. Moulédous C, Hamel O. Implication de la loi du 4 mars 2002 sur l'exercice libéral de l'odontologie. [S.I.]: s.n.; 2006.
- 32. Haddad L, Dreyfus J-M. Une médecine de mort: du code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine. Vendémiaire; 2014. 383 p.
- 33. Halioua B, Prasquier R, Hirsch E. Le procès des médecins de Nuremberg : l'irruption de l'éthique médicale moderne. Paris: Vuibert; 2007. (Espace éthique).
- 34. Aziz P. Les médecins de la mort. Magellan.; 1998. book.
- 35. Pirnay P, Huriet C. L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications. Paris: Espace ID; 2016.
- 36. elsevier_emcgrandf_37-22426 Deontologie_et_psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/psychiatrie/Deontologie_et_psychiatrie.pdf
- 37. Mélennec L, Mémeteau G. Traité de droit médical: Le contrat médical. La responsabilité civile du médecin. Maloine; 1982. 170 p.
- 38. Dentistes ON des C. Consulter le Code de déontologie [Internet]. 2009 [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html
- 39. BATIFOULIER pHILIPPE, BIENCOURT O, DOMIN J, GADREAU M. La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins: la construction d'un marché. XXVIIIe journées des économistes de la Santé Française. 23 nov 2006;18.

- 40. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante, The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. Innovations. 11 oct 2012;(39):13 25.
- 41. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 42. Code de la santé publique Article L1110-1. Code de la santé publique.
- 43. Code de la santé publique Article L1110-2. Code de la santé publique.
- 44. Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.
- 45. Code de la santé publique Article L1111-7. Code de la santé publique.
- 46. Code de la santé publique Article L1111-4. Code de la santé publique.
- 47. Nossintchouk R. Communiquer en odonto-stomatologie: Obligations et stratégies. Éd. CdP; 2003. 166 p.
- 48. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. Consulter en odontologie: la relation praticien patient. Éditions CdP; 2006. 132 p.
- 49. DENTISTERIE COMPORTEMENTALE. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire Maurice Bourassa [Internet]. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: https://www.decitre.fr/livres/dentisterie-comportementale-9782894152263.html
- 50. Larousse. Dictionnaire Français. Larousse; 2005. 1478 p.
- 51. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin patient. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 1 oct 2005;no 29(2):213 37.
- 52. Jorland G. Empathie et thérapeutique. Rech Soins Infirm. 11 févr 2015;(84):58 65.
- 53. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
- 54. Mons M. Empathie et odontologie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2015 [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/938/
- 55. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1- 24.
- 56. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1-24.
- 57. SELLIER A. impact d'internet dans la relation médecin-patient: une étude en ligne à destination des patients. université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
- 58. Bail J-N. Le patient a-t-il pris le pouvoir? John Libbey Eurotext; 2009. 132 p.
- 59. Tanti-Hardouin N. Les nouvelles figures du patient: pour une autre philosophie. l'Harmattan; 2014. 186 p.

- 60. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, A new patient ? The changes of relationship between the doctor and his patient. Sci Soc Santé. Vol. 25(2):43 66.
- 61. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante, The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. Innovations. 11 oct 2012;(39):13 25.
- 62. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique [Internet]. [cité 3 juin 2017];19. Disponible sur: http://www.academia.edu/11756032/Communication_m%C3%A9decin-malade_et_%C3%A9ducation_du_patient_des_notions_%C3%A0_rapprocher_apports_crois%C3 %A9s_de_la_litt%C3%A9rature
- 63. Helmlinger L, Martin D. La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité. Trib Santé. 2004;no 5(4):39-46.
- 64. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 22 avr 1992;267(16):2221 6.
- 65. Bardes CL. Defining "Patient-Centered Medicine". N Engl J Med. 1 mars 2012;366(9):782 3.
- 66. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. Ann Fam Med. mars 2011;9(2):155-64.
- 67. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):468.
- 68. Rosenzweig J, Vergnes J-N. Principes de communication patient-praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
- 69. Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ. 18 sept 1999;319(7212):719 20.

VINAS Marie 2017 TOU3 3057

L'EVOLUTION DE LA RELATION PATIENT PRATICIEN DE L'ANTIQUITE A NOS JOURS EN MEDECINE ET ODONTOLOGIE

RESUME EN FRANÇAIS:

La relation patient-praticien est au cœur du soin depuis les débuts de la médecine. Elle évolue constamment avec les connaissances médicales, mais est aussi influencée par le contexte socio-politique, économique, et juridique. De l'Antiquité au XXème siècle, la relation était de type paternaliste, le médecin seul détenteur du savoir exerçait un réel pouvoir sur ses patients. Les avancées technologiques, législatives et médicales du XXème et XXIème siècles initient de profonds changements dans la relation de soin. La médecine, le médecin, et son patient sont à l'image de la société en pleine évolution. La place du patient dans le système de santé est à reconsidérer : il devient un partenaire et un acteur dans son plan de traitement. Il prend de l'ampleur et le médecin est alors dessaisi de son pouvoir exorbitant.

TITRE EN ANGLAIS: the evolution of patient-practitioner relationship from antiquity to present day in medicine and odontology

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES: relation patient-praticien, paternalisme, médecine, odontologie, autonomisation, charlatanisme, colloque singulier, consentement éclairé, communication, loi du 4 mars 2002, démocratisation sanitaire, consommateur de soin, peur du dentiste, approche centrée sur la personne, empathie, confiance.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noël Vergnes