

Le consentement : une illusion nécessaire ?

La question du consentement se décline sur trois plans, du plus superficiel au plus concret. A un premier niveau, le consentement se réduit à une obligation juridique, une procédure à suivre : faire signer des formulaires dans lesquels sont énoncés toute une série d'engagements réciproques, à savoir ceux que devront respecter aussi bien les soignants que les patients eux-mêmes. Si une des deux parties n'honore pas les termes du contrat, la relation de soin est rompue et il s'en suivra d'éventuelles poursuites en justice. Le document de consentement servira alors de base pour désigner les fautifs.

Ce premier niveau, purement administratif et protocolaire, en présuppose idéalement un second, à savoir la tenue d'un entretien codifié entre le soignant et le patient. Qu'il débouche sur un document signé ou pas, le consentement est le résultat d'un échange au cours duquel le patient reçoit des informations objectives suite à quoi il décide en âme et conscience ce qu'il est prêt à supporter ou pas. Pour qu'une telle relation conduise à un vrai consentement, trois conditions doivent être remplies : 1) il faut que les informations données – lesquelles doivent être honnêtes et sincères – soient maîtrisées par le patient ; 2) cela suppose qu'on prenne le temps nécessaire pour que la compréhension de tous les enjeux soit assurée ; 3) enfin, une fois éclairé, le patient doit pouvoir décider librement sans être soumis à une quelconque influence : c'est le moment du consentement à proprement parler. On est cependant en droit de se demander si un tel échange entre un médecin et son patient n'a jamais existé. Reprenons les trois points.

1) Donner les informations adéquates pour qu'elles soient maîtrisées par le patient : quel patient peut prétendre comprendre toutes les informations médicales qui lui sont transmises ? Comment sait-il qu'on lui a donné tous les renseignements pertinents ? D'ailleurs, du côté du médecin, comment juge-t-il quelles sont ces informations utiles ? Celles en lesquelles il croit lui-même de par sa formation ? Les seules informations « officielles » produites par les firmes pharmaceutiques ? Ou bien doit-il aussi donner des renseignements sur des techniques de soin existantes, officielles ou parallèles, mais auxquelles il n'adhère pas personnellement ou qui sortent de son champ de compétence ? Et s'il le fait, doit-il partager ses doutes ? Bref, que vaut le savoir – et plus exactement : que vaut ce que le patient a compris et retenu de toutes les informations reçues ? Ce à partir de quoi il va prendre sa décision ne va-t-il pas déjà l'orienter ? 2) La question du temps est primordiale. Pour une profane, il n'est pas aisé de maîtriser un nouveau savoir technique : il y a les questions qu'on pose immédiatement, pendant la consultation, puis toutes celles qui vont venir à l'esprit avec le temps. Et la mémoire joue des tours : il faudrait pouvoir redemander des précisions. Or le temps du médecin est compté. Une consultation ne peut excéder quelques minutes. Et il est rare qu'on accorde deux ou trois nouvelles consultations (gratuites) juste pour poser des questions. Enfin, dans bien des cas où il y a plus ou moins urgence, on ne peut s'accorder des temps de réflexion indéfinis. 3) Enfin, le consentement est-il libre ? Il n'a de sens qu'à cette condition. Mais quelle est cette liberté présumée ? Se réduit-elle au seul fait que personne ne menace le patient pour le forcer

à prendre telle ou telle décision ? Mais à supposer que cette condition soit rencontrée, il ne s'ensuit pas que le patient est libre : il reste « déterminé » par ses croyances en la médecine, par sa culture, par sa peur de mourir ou de vivre avec des séquelles, par sa famille, par ses souffrances ou ses douleurs, par son caractère conciliant ou au contraire un tempérament dans le contrôle, par le sens qu'a sa vie à ce moment-là. Le consentement n'est jamais l'expression d'une hypothétique liberté : il est toujours le résultat nécessaire d'une histoire de vie. Et cela parce que la liberté qu'on présuppose constamment – en tant que capacité de décider par soi-même sans être influencé par rien – n'existe pas. Bref, le consentement compris comme relation contractuelle au cours de laquelle, à partir d'un savoir vrai et objectif bien compris, un patient va librement donner son accord pour que l'on touche son corps, un tel consentement n'existe pas. Pour tout dire, il s'agit d'une vision strictement idéologique (dérivée ou entretenue par le droit) de la relation de soin. D'où la nécessité d'une troisième approche.

Cette troisième approche ne cherche plus à dire ce que doit être abstraitement un consentement : elle se contente de trouver les mots les plus justes pour essayer de décrire ce qui se passe réellement dans une relation de soin consentie. Soigner quelqu'un, c'est aller à la rencontre non pas d'un esprit désincarné qui passe contrat, et pas davantage d'un corps meurtri, mais d'une personne avec son histoire, son caractère, un entourage, ses souffrances, etc. et, sur cette base, une demande (ou une non-demande). La relation de soin est une relation qui va cheminer à partir de là. Trois cas sont alors possibles. Premièrement, le soignant donne ce qui est demandé : soit ce qui est demandé est ce que le soignant voulait donner, soit le soignant consent à renoncer à ce qu'il voulait donner pour accorder au patient ce qu'il souhaite. Deuxièmement, en partant de la demande du patient, le soignant tente de l'amener vers ce que lui estime être le meilleur pour le malade. La relation de confiance est préservée, mais le dialogue ne se limite pas à une information objective : il s'agit de convaincre, de patienter, de ruser, de marchander, parfois de menacer pour que le patient soit amené, en quelque sorte malgré lui, à adhérer à ce que le professionnel sait, de par son expérience, être le meilleur pour lui. Dans ce cas, le patient ne donne pas librement son consentement mais est mis en situation, à travers la relation de confiance, de consentir. Enfin, il reste les cas où il faut soigner sous la contrainte. Il s'agira alors de partir non d'une demande mais d'un refus pour, là aussi, par la confiance, la ruse, l'appivoisement et la patience, donner une chance à une adhésion progressive. Ce serait ne rien y comprendre que de se persuader que cette adhésion, si elle se produit, est l'expression d'une liberté qui choisit finalement de consentir : elle résulte bien plutôt d'une relation qui a rendu possible le consentement, relation au cours de laquelle le soignant aura parfois, lui aussi, cheminé pour ajuster son offre de départ.

La mise en scène procédurale du consentement sous la forme d'un contrat passé entre deux parties et d'un formulaire à signer est une fiction qui nous rend aveugles à ce qui se joue concrètement dans une relation de soin. Comment peut-on bien soigner quand on ne comprend pas ce que l'on fait ?

Jean-Michel Longneaux