



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N° 223

**L'évolution de la relation patient–praticien de  
l'antiquité à nos jours en médecine et en maxillo–  
faciale.**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/07/2019

PAR

**M. Mohamed Mahdaoui**

Né le 06 décembre 1991 à Marrakech

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

---

**MOTS–CLÉS**

Relation patient–praticien – Ethique– Paternalisme –Autonomisation– Empathie.

---

**JURY**

**M. S. AITBENALI**

Professeur de Neurochirurgie

**PRESIDENT**

**Mme. N. MANSOURI–HATTAB**

Professeur de Chirurgie Maxillo–faciale et esthétique

**RAPPORTEUR**

**Mme. H. RAIS**

Professeur d'Anatomie pathologique

**M. A. BENALI**

Professeur agrégé de psychiatrie

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك

التي أنعمت عليّ وعلى والديّ

وأن أعمل صالحاً ترضاه

وأصلح لي في ذريّتي إنّني تبت

إليك وإني من المسلمين"



# Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**



*LISTE DES PROFESSEURS*

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie

AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAOUKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAFIK Redda	Neurologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie – Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie–obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato– orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie–réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo–phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELBACHIR Anass	Anatomie–pathologique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio- vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELLASRI Salah	Radiologie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique

BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DAMI Abdallah	Médecine Légale	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie–réanimation	RHARRASSI Isam	Anatomie–patologique
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio- organique	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 22/04/2019



***DÉDICACES***



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse ...* 

*Au bon Dieu*

*Tout puissant qui m'a inspiré et m'a guidé dans le bon chemin. Je vous dois ce que je suis devenue Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.*

*A MA TRÈS CHÈRE MAMAN LHAJA MALIKA FARNAOUI*

*A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans, à toi ma mère qui a toujours su être à mon écoute et me comprendre à demi-mot à travers un simple regard, à me reconforter au moment opportun, aucune louange ne saura transmettre à sa juste valeur l'amour, le dévouement, et le respect que je porte pour toi, tes sacrifices pour mon bien-être étaient sans limites et le sont encore, tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études. Pour ton amour, tes conseils, tes nuits de veille, tes immenses sacrifices pour faire de moi ce que je suis, je ne trouve pas les mots si parfaits pour t'exprimer mes remerciements, ma reconnaissance et mon éternelle affection. En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves. Veuillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité afin que je puisse à mon tour le combler sans jamais te décevoir.*

*Je t'adore maman !  
Que Dieu te protège !*

**A MON TRES CHER PERE LHAJLARBI MAHDAOUI**

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes sont-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.*

*Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.*

*Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.*

*Je t'adore père !  
Que Dieu te protège !*

**A MES DEUX CHERES SŒURS :**

**FATIMA-ZAHRA ET SON ADORABLE FILLE SARA  
ET MERIAME**

*Je suis très heureux de pouvoir vous présenter par ce travail le témoignage de mon profond amour et les liens de fraternité qui nous unissent.*

*Je vous souhaite une vie pleine de joie et réussite.*

**A toute la famille FARNAOUI et MAHDAOUI**

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction.*

*J'espère que vous trouverez ici le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre intarissable soutien.*

*A tous mes frères et sœurs, amis (es) et collègues*

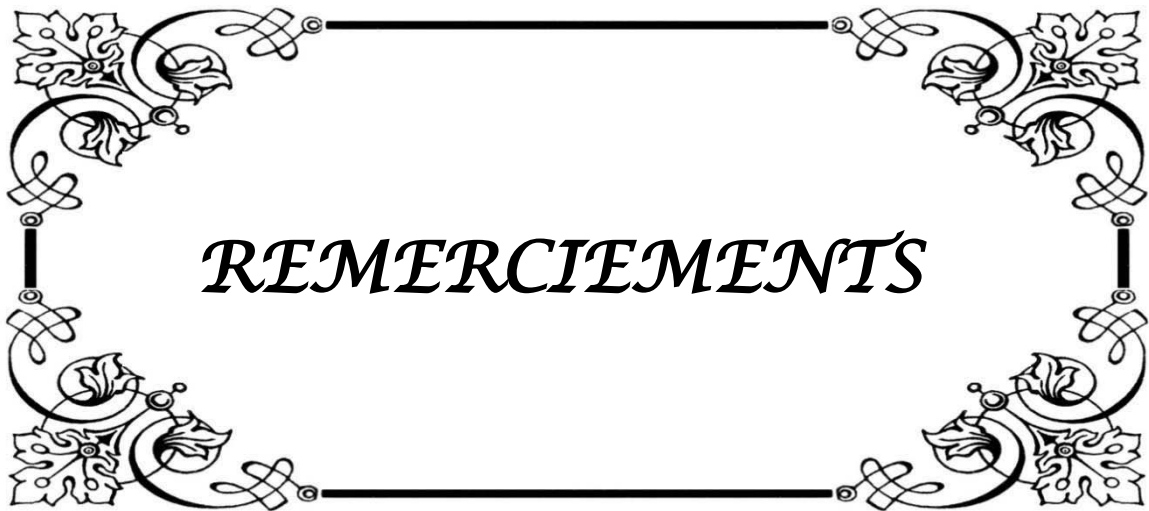
*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères et sœurs sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*A tout le personnel médical et paramédical du service de Chirurgie maxillo-faciale du chu Mohammed VI de Marrakech*

*A toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail*

*A tous ceux à qui je pense et que j'ai omis de citer.*



*REMERCIEMENTS*

*A notre maître et président de thèse : Monsieur le professeur Saïd*

***AITBENALI***

*Professeur d'enseignement supérieur*

*Chef de service de neurochirurgie au CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous avez donné en acceptant de présider notre jury de thèse.*

*Nous vous exprimons notre profonde admiration pour la sympathie et la modestie qui émanent de votre personne.*

*J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir.*

*Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration.*

*Veillez recevoir ici l'expression de notre reconnaissance et notre profonde considération.*

*A notre maître et rapporteur de thèse : Madame Professeur Nadia*

***MANSOURI-HATTAB***

*Professeur d'enseignement supérieur*

*Chef de service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique au CHU*

*Mohammed VI de Marrakech.*

*Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail.*

*L'intérêt que vous portez à la réussite de ce travail, la confiance que vous nous faites, votre disponibilité malgré vos occupations et responsabilités nous touchent profondément.*

*Permettez-moi de vous exprimer ma profonde admiration envers vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre dévouement pour votre profession, qui seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission.*

*Nous avons été heureux de pouvoir travailler aux côtés d'un maître particulièrement érudit et disponible.*

*Si ce travail a pu être réalisé aujourd'hui, c'est grâce à votre précieuse collaboration.*

*Nous vous prions, sans pouvoir trouver les mots pour le dire, de trouver ici le témoignage de notre profond respect.*

*Aucun remerciement ne saura exprimer ma gratitude envers vous maître. Que dieu tout puissant vous préserve.*

***A notre maître et juge de thèse : Madame Professeur Hanane RAIS***

*Professeur d'enseignement supérieur*

*Chef de service d'anatomo-pathologie au CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Nous vous remercions pour la simplicité que vous avez témoignée en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.*

*En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur.*

*Veillez agréer, mon professeur, mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse : Monsieur le professeur Hassan NOURI  
Professeur d'enseignement supérieur d'Oto-Rhino-Laryngologie au chu  
Mohammed VI de Marrakech*

*Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous m'avez accueillie.*

*Veillez trouver ici, le témoignage de ma grande estime et de ma sincère reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse : Monsieur le professeur Abdeslam BENALI  
Professeur agrégée*

*Chef de service de psychiatrie à l'hôpital militaire Avicenne, Marrakech*

*C'est un grand honneur pour moi que vous fassiez partie de notre jury de thèse.*

*J'ai toujours admiré votre ardeur dans le travail, votre compétence, votre droiture, ainsi que votre gentillesse.*

*Vos qualités humaines et professionnelles seront pour nous un modèle à suivre.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma profonde reconnaissance et mon grand respect*

*A tout le personnel médical et paramédical du service de Chirurgie maxillo-faciale du chu Mohammed VI de Marrakech*

*A l'ensemble des enseignants de tout mon parcours scolaire et ceux de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.*

*Avec ma reconnaissance et ma haute considération*

**ET A TOUTE PERSONNE QUI DE PRES OU DE LOIN A CONTRIBUE A  
LA REALISATION DE CE TRAVAIL.**



*Plan*

<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>EVOLUTION DE LA MEDECINE, DE LA MAXILLO-FACIALE, ET DE LA RELATION PATIENT-PRATICIEN DE L'ANTIQUITE AU XXEME SIECLE</b>	4
<b>I- Les trois modèles de la relation médecin-patient décrits par Szasz et Hollender</b>	5
1. L'activité-passivité	5
2. La coopération d'orientation	5
3. La participation mutuelle	6
<b>II- L'Antiquité : Approche historique et conceptuelle de la médecine, de La maxillo- faciale et de la Relation patient-praticien dans différentes civilisations du bassin Méditerranéen</b>	7
1. La Mésopotamie : berceau de la première civilisation	8
2. L'Egypte ancienne, « ce don du Nil »	9
3. Grèce antique : médecine, mythologie et naissance des premiers textes déontologiques	13
<b>III- Moyen-âge, entre ombres et lumières</b>	17
1. Orient médiéval	17
2. Occident médiéval	21
2.1. La période monastique	21
2.2. La période scolastique (1100-1400)	23
2.3. Place du chirurgien dans la société moyenâgeuse et charlatanisme.	24
<b>IV- De la Renaissance à la Révolution</b>	26
1. Renaissance	26
1.1. Contexte	26
1.2. Médecine / chirurgie	26
1.3. Ambroise paré	27
1.4. Charlatanisme à Paris (1580-1620)	28
1.5. Johannes Scultetus	29
2. XVIIème siècle.	30

3. XVIIIème siècle -----	35
3.1. Contexte-----	35
3.2. La stomatologie -----	35
3.3. Pierre Fauchard -----	36
3.4. Représentation de l'odontologie à travers la peinture -----	37
3.5. Relation patient-praticien / figure du patient-----	38
4. XIXème siècle-----	40
4.1. Naissance de la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie-----	40
4.2. Anesthésie à l'éther sulfurique -----	40
5. XXème Siècle-----	41
5.1. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie-----	41
5.2. Progrès en anesthésiologie, découverte des dérivés cocaïniques -----	42
5.3. La relation patient-praticien à travers le regard de deux grands médecins, une vision entièrement paternaliste -----	43
5.4. Arrêt Mercier 1936 -----	44
5.5. Des problèmes éthiques rencontrés sous le régime Nazis -----	45
5.6. Le procès de Nuremberg et l'élaboration du code de Nuremberg-----	49

## **APPROCHE CONTEMPORAINE DE LA RELATION DE SOIN : DU PATERNALISME VERS**

<b>L'AUTONOMISATION DU PATIENT -----</b>	<b>50</b>
--	-----------

<b>I- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé -----</b>	<b>52</b>
--	-----------

<b>II- Nouveaux paramètres de la relation de soin. -----</b>	<b>54</b>
--	-----------

1. La communication en santé -----	54
------------------------------------	----

2. L'empathie -----	56
---------------------	----

3. L'empathie dans la relation de soin-----	56
---	----

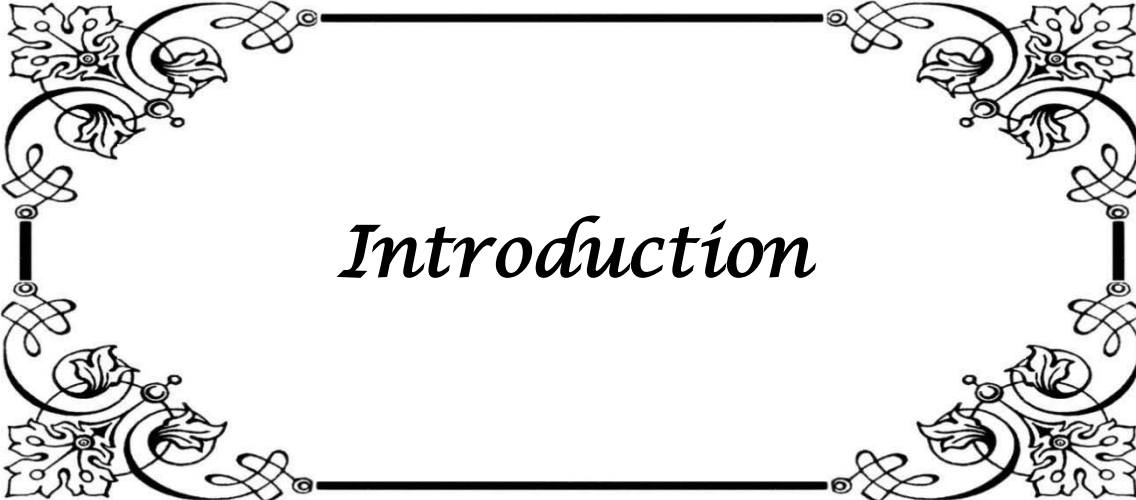
4. La confiance-----	57
----------------------	----

5. Les transferts et contre transferts -----	58
--	----

6. Quelques particularités de la relation chirurgien patient -----	58
--	----

<b>III- Les nouveaux outils à disposition du patient -----</b>	<b>59</b>
--	-----------

1. La médecine 2.0 -----	59
2. Les associations de malades -----	61
<b>IV- De nouveaux statuts pour le patient-----</b>	<b>61</b>
1. Le patient Sachant -----	61
2. Le patient expert-----	62
3. Le patient consommateur de soin -----	63
4. Le patient procédurier : les conflits dans la relation de soin -----	64
<b>V- Modèles de relation patient-praticien pour aborder le XXIème siècle-----</b>	<b>65</b>
1. Les 4 modèles de Emanuel et Emanuel -----	65
1.1. Le modèle Paternaliste-----	65
1.2. Le modèle informatif-----	66
1.3. Le modèle interprétatif-----	67
1.4. Le modèle délibératif -----	67
2. L'approche centre sur la personne-----	70
<b>CONCLUSION – SYNTHÈSE-----</b>	<b>72</b>
<b>ANNEXES-----</b>	<b>76</b>
<b>RESUME-----</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE-----</b>	<b>84</b>



*Introduction*

Une relation se caractérise par un ensemble de 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 évolue depuis la Préhistoire avec la naissance de la médecine.

De manière générale influencée par la scène sociale (climat sociopolitique, 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 socioculturelle, 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 pâtre et d'une 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.

Selon une approche psychologique, la relation médecin malade est basée sur des règles et des principes de déontologie médicale, elle désigne la science des devoirs qui adapte l'exercice de la médecine.


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 le modèle autonomiste, le patient prend les décisions concernant sa santé, le médecin à 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 différents modèles relationnels en médecine et en maxillo–faciale 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 XXème siècle.

Dans la deuxième partie, nous évoquerons les perspectives probables au cours du XXIème siècle.



*Evolution de la médecine,  
de la maxillo-faciale 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).

## **I. Les trois modèles de la relation médecin-patient décrits par Szasz et Hollender**

### **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).

### **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 active-passive 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).

### **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.

- Les deux personnes ont un pouvoir approximativement égal.
- Elles sont mutuellement interdépendantes (besoin l'une de l'autre).
- 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)

**Tableau I : Tableau récapitulatif des trois modèles décrits par Szsaz et Hollender**  
**(2-4)**

<b>Modèle</b>	<b>Rôle du praticien</b>	<b>Rôle du patient</b>	<b>Analogie</b>	<b>Degré de Contrôle exercé par le patient</b>
Activité-passivité	Action sur le patient	Destinataire incapable de répondre	Parent-enfant (Nourrisson)	Très faible voir nul
Coopération d'orientation	Dit au patient ce qu'il doit faire	Coopérant (Obéit)	Parent-enfant (Adolescent)	De faible à moyen
Participation mutuelle	Aide le patient à s'aider lui-même	Partenaire (Utilise une aide experte)	Adulte-adulte	De fort à très fort

## **II. L'Antiquité : Approche historique et conceptuelle de la médecine, de la maxillo-faciale 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 Szasz et Hollender, nous pouvons aborder un historique de certains changements intervenus dans cette relation complexe au travers quatre grandes civilisations antiques.

## **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 IVème 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 péché commis qui serait à l'origine du mal (6). L'interrogatoire médical est formulé en une véritable litanie de péchés 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 1 : 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 inférieure, 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).

## **2. L'Égypte 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 croyait 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'au-delà).

Qu'il s'agisse des maladies de la bouche et des dents, ou de la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ses pathologies sont connues, étudiées et traitées :

- Le traitement des fractures de la mandibule avec des bandages obtenus à partir d'un embaumeur et trempés dans du miel et du blanc d'œuf (11).


- Le traitement empirique des plaies au miel et à la viande fraîche. On sait maintenant que le miel favorise le débridement autolytique et que la viande contient des enzymes protéolytiques et de la thromboplastine. Il est intéressant de noter que Medihoney® est toujours utilisé 5000 ans plus tard pour le débridement des blessures (11).



## MEDIHONEY®:

### Promoting Autolytic Debridement Through to Healing

# High Osmolarity



Week 1                      Week 9\*                      Week 16\*


(\*The only change in protocol was the addition of MEDIHONEY®. Individual results may vary.)

# Low pH

**MEDIHONEY®, with Active *Leptospermum* Honey (ALH), has been shown to promote autolytic debridement<sup>1, 2</sup>, and support the healing of stalled wounds<sup>3-5</sup> through two mechanisms of action (high osmolarity and low pH):**

- **High osmolarity** helps to pull additional fluid from within the wound bed, creating an optimally moist environment and aiding the body's natural processes to cleanse debris and necrotic tissue from the wound.
- **Low pH**, MEDIHONEY® helps to lower the pH within the wound environment, which has been shown to have wound healing benefits.<sup>6, 7</sup>

www.dermasciences.com or call 800.445.7627



WOUND & BURN DRESSING

## MEDIHONEY™

with Active *Leptospermum* Honey

One product. Many benefits.

1. Gethin G, Coaman S. Manuka honey vs. hydrogel - a prospective, open label, multicentric, randomised controlled trial to compare debriding efficacy and healing outcomes in ulcers. *J of Clinical Nursing* 2008;19(5): 466-474. 2. Acton C. Dorewedy G. The use of medical grade honey in clinical practice. *British J Nursing* 2008;17(20): 538-544. 3. Fagundes M. A novel wound care dressing for chronic venous leg ulcers. *Wound Management* 2008; Nov/Dec: 235-246. 4. Senek A, Sefrak K, Wyszynski G, Blazek G, Bialek U, Flaszczak G. Wound care with MEDIHONEY® in pediatric burn patients. *Journal of Burn Care & Research* 2006;14(1): 37-41. 5. Gethin G, Coaman S. Case series of use of Manuka honey in leg ulceration. *International Wound Journal* 2005;2(1): 10-15. 6. Gethin G, Coaman S. The impact of Manuka honey dressings on the surface pH of chronic ulcers. *International Wound Journal* 2008;5: 180-194. 7. Gethin G. Understanding the significance of surface pH in chronic ulcers. *Wounds UK* 2007;3 (3): 52-54. Disclaimer: Results may vary. Photos represent one patient's outcome. For more examples of clinical case outcomes using MEDIHONEY®, visit our website PHOTOS COURTESY OF NANCY CHAKEN, AMF-C, DAWCEN.

MEDIHONEY™ is a trademark of Comvita New Zealand Ltd and is used with permission by Derna Sciences, Inc. © 2013 Derna Sciences, Inc. All rights reserved.

Figure 2 : traitement des plaies par le miel

- Le traitement des 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) (12).



**Figure 3 : Hésy-Re, chef des médecins et des dentistes, panneau de bois, époque du roi Djoser (2600 av JC). Mastaba de Hésy-Ré, plateau de Saqqara (7)**

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 (5,6,10,12).

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).

### **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.

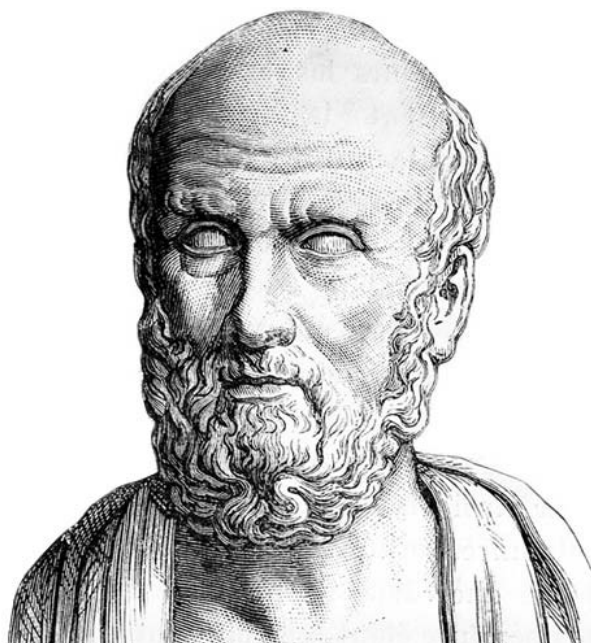
Une première civilisation originaire d'Asie mineure se développe en Crète vers 2000 av JC.

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<sup>ème</sup> siècle avant J–C, cette médecine sacerdotale subit l'influence des philosophes Grecs (13).

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 (5,14).



**Figure 5: 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) (15).

Il existe de nombreuses adaptations et traductions du serment d'Hippocrate.

Etudions de plus près celle d'Emile Littré. (Voir annexe) (16).

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 (15-18).

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) (16,19).

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 pilier de l'éthique de soin, c'est une valeur universelle (15,16).

« 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 ... » (16).

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 » (14).

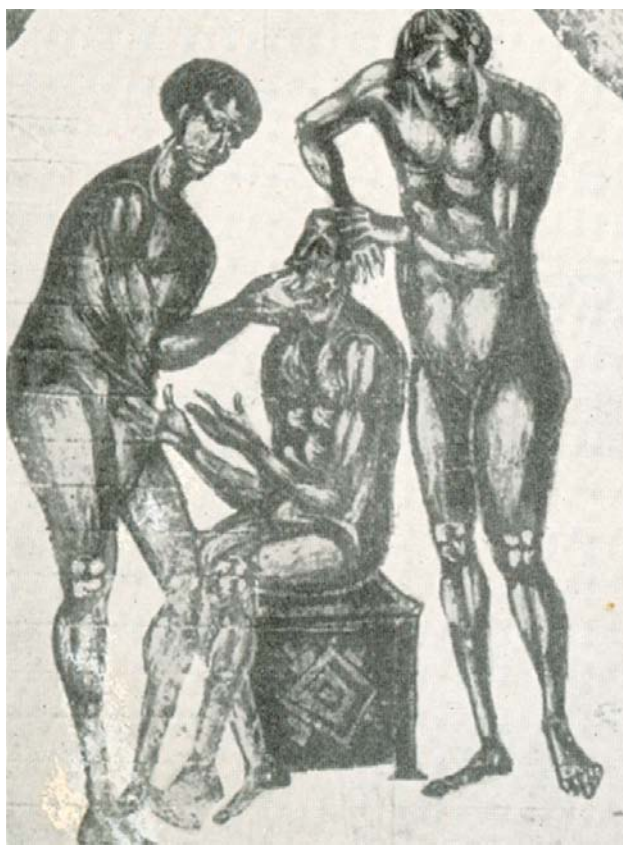
« Que je voie, ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a pas besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas... » (16).

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 (15,16,18,20).

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).

Hippocrate traite de différentes techniques de chirurgie faciale, et de réduction des luxations de l'ATM (Articulation temporo-mandibulaire).



**Figure 6 : Illustration de réduction de luxation de l'articulation temporo-mandibulaire  
décrite par Hippocrate**

### III. Moyen âge, 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 (17).

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 s'est déroulée au cours de deux régions, l'orient médiéval et l'occident médiéval.

#### 2.1. Orient médiéval :

Au VIe siècle, une religion militante appelée islam, apparut en Arabie. Elle se répandit rapidement vers le nord jusqu'en Syrie et en Perse, puis vers l'ouest jusqu'en Égypte.

Issus des paroles inspirées du prophète Mohamed (570–632), l'islam n'enseignait pas seulement une croyance ; il a conquis des terres et assimilé les formes culturelles et politiques des terres persanes, byzantines et égyptiennes qu'il a occupées, atteint dès le IXe siècle des sommets de splendeur dans les arts, la littérature, la science et la médecine. (23)

D'abord imposée par le pouvoir, la langue arabe est devenue un instrument indiscutable grâce à son enrichissement par un vocabulaire scientifique et technique créé au fur et à mesure des besoins.

Au IXe siècle que le mouvement de traduction va s'intensifier à Bagdad, sous le règne du calife abbasside Al–Mamoun (813–833). Dans le domaine qui nous intéresse aujourd'hui, les principes fondamentaux dérivent essentiellement des théories d'Aristote, d'Hippocrate, de Galien

et de Dioscoride. D'elles découleront les notions de santé, de maladie et de l'évaluation de la force des médicaments par la théorie des degrés de qualité.

De nombreux grands médecins musulmans ont brillé à cette époque parmi eux on peut mentionner :

Le plus célèbre et le plus productif des traducteurs de Bagdad, Hunayn ibn ishaq, parmi ses œuvres personnelles deux traités d'ophtalmologie et un livre didactique à l'usage des étudiants, rédigé sous forme de questions–réponses, « le livre des questions sur la médecine ».

Éthique du médecin (Adab al–Tib), écrit par Ishaq ibn Ali al–Ruhawi, médecin du IXe siècle, pourrait être le premier traité consacré exclusivement à l'éthique médicale dans la tradition islamique. Cela démontre clairement une richesse de connaissances et une profondeur de perception éthique, ainsi qu'une familiarité pratique avec la pratique médicale. Vingt et un chapitres présentent des principes détaillés et des suggestions sur le comportement des médecins, des patients, de la famille, des visiteurs et des gardiens.

Hippocrate, Galen, Aristote et une foule de philosophes grecs et islamiques sont souvent cités. Le livre commence par un traité sur Dieu, créateur de la nature et concédant de la raison, permettant aux humains de comprendre le corps et l'âme. Le médecin est alors averti que, son corps étant le réceptacle de l'esprit,

Son premier devoir est de maintenir sa propre santé. Le médecin doit également rafraîchir son âme par la prière et par la lecture de livres spirituels et scientifiques. Après une longue thèse sur l'anatomie et la physiologie (qui peut avoir été interpolée par un autre auteur), al–Ruhawi décrit les caractéristiques qu'un médecin vertueux présente lorsqu'il traite des patients : miséricorde, attention consciencieuse, patience et fermeté.

Il devrait être chaste, garder les secrets et accorder les avantages de sa science à tous les peuples sans les distinguer en tant qu'ami ou ennemi, en accord ou en désaccord. Les médecins

peuvent gagner leur vie honnêtement par leur travail, mais ils doivent veiller à ce qu'ils "utilisent la justice des pauvres et des faibles pour que les bénéfices de l'art médical soient universels et similaires pour les forts et les faibles". La vérité la plus essentielle à retenir pour un médecin est que "le philosophe ne peut qu'améliorer l'âme mais le médecin vertueux peut améliorer à la fois l'âme et le corps. Le médecin imite les actes d'Allah, l'Exalté, autant qu'il le peut. "L'auteur mélange ses admonestations et ses arguments avec des anecdotes," dont certaines sont amusantes ", pour illustrer une pratique éthique. Al-Ruhawi décrit également un examen approfondi pour qualifier les médecins pour la pratique qui a sondé non seulement la connaissance des classiques de la médecine, mais aussi la compréhension morale du candidat. Comme nous le savons, ces examens ont été appliqués à l'administration de la pratique médicale dans les califats. L'éthique pratique d'Al-Ruhawi est un riche recueil de décorum médical et de déontologie, bien qu'il s'agisse davantage d'un travail syncrétiste que d'un pur exemple de l'éthique islamique.(24)

Al-Ruhawi avait décrit le processus d'examen médical et avait stipulé que chaque médecin doit toujours prendre des notes de l'état du patient à chaque visite. Lorsque le patient était guéri ou était décédé, les notes du médecin étaient examinées par un conseil médical local composé d'autres médecins, qui les examinaient pour déterminer si ses performances répondaient aux normes requises en matière de soins médicaux. Si leurs critiques étaient négatives, le médecin praticien pourrait faire face à un procès. (23)

Trois médecins islamiques étaient particulièrement influents en science médicale, Al-Razi et Ibn Sina (Avicenne). Chacun a écrit des traités éthiques qui, en général, rappellent le décorum hippocratique, mais soulignent fortement deux idées qui ne font pas partie de la tradition hippocratique : le pouvoir ultime de Dieu sur la vie, la mort et la guérison et l'obligation de prendre soin des pauvres. Avicenne est très influent Loi de la médecine commence par un traité éloquent sur la place de la médecine dans la communauté humaine. La médecine, dit Avicenne, peut être vue de trois manières : comme la poursuite d'un art pratique, récompensé par l'argent; en tant que pratique de dévotion envers les êtres humains dans le besoin, récompensée par la

gratitude de ceux qui ont expérimenté la générosité du médecin et, enfin, par la dévotion à Dieu, qui a une double récompense: le bien du patient guéri et le bien du médecin qui, touché par l'amour divin, se voit offrir un aperçu des réalités de la nature . (25)

La déontologie de la relation médecin malade sur le plan éthique a été établie par la civilisation arabo-musulmane précisément par Al-Razi qui était considéré par ses confrères comme étant " le père de la médecine arabe".

Al-Razi a écrit une lettre à son élève médecin nomme "éthique du médecin". Il s'agit d'un traité rempli de conseils médicaux moraux et valable pour tous les lecteurs : médecin malade, prince ou pauvre.

C'est une constitution morale dans la manière de comportement entre le médecin et le patient et traite les principes les plus importants dont ils doivent se traiter les uns avec les autres. Il dispose également d'un merveilleux modèle littéraire d'un des thèmes de la plus haute bonté.

En plus de sa littérature savante, la culture islamique médiévale a développé un système médical hautement organisé. Les hôpitaux de bienfaisance étaient associés aux principales mosquées. L'éducation médicale, l'examen et l'autorisation d'exercer des médecins ont été mis en place dès le Xe siècle dans les califats.(26)

A la fin du Xe siècle, la médecine andalousienne se caractérise par le fort intérêt de ses médecins pour la science des plantes et par l'importance qu'occupent dans leurs écrits les remèdes simples et composés et leurs modes de préparation, l'étude du vocabulaire permettant une meilleure identification des substances médicinales et la recherche de leurs succédanés.

C'est là que, grâce aux nombreuses traductions d'ouvrages philosophiques et scientifiques d'arabe en latin, l'Occident redécouvrit l'héritage antique, jusque-là conservé par bribes éparses, s'enrichit de méthodes et techniques nouvelles, trouva les bases d'un essor intellectuel décisif.

## **2 Occident médiéval :**

### **2.1 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 « moines médecins » 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 seules 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 (17).

#### **2.1.1 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 (5,6,17).

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 (17).

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 » (21).

La loi de charité Chrétienne restera pendant tout le moyen âge le moteur principal de l'action sanitaire et sociale (22).

### **2.1.2 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 (22).

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 (27). 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 (17).

## **2.2 La période scolastique (1100-1400)**

Durant cette période initiée par la création de l'école de Salerne au X<sup>ème</sup> 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 (17).

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 (28).

L'occident médiéval va enfin connaître quelques intenses foyers de rayonnement culturel (29).

### **2.3 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 (29).

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

Saint Louis crée 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 créée pour tenter d'encadrer l'exercice de la médecine et de la chirurgie, le but étant de limiter le charlatanisme.

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

Philippe 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 maîtrise 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 (14).

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 (30).

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 (31).

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).

## **IV. De la Renaissance à la Révolution.**

### **1. Renaissance**

#### **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 (17).

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 (17).

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) (17).

#### **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, la pratique par les charlatans continue de sévir en Europe (28) (17).

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

En 1544 François Ier crée la faculté de chirurgie. Une nouvelle réglementation de l'exercice de l'art dentaire voit le jour (17).

### **1.3. Ambroise paré**

La période de la Renaissance (du XVe au milieu du XVIIe siècle) a été marquée par un élargissement de la portée de ce qui est maintenant considéré comme une chirurgie buccale et maxillo-faciale. Ambroise Paré (1510-1590) faisait partie des praticiens les plus influents. Il est passé d'un apprenti coiffeur de barbier à celui de chef de chirurgien à l'hôtel Dieuin Paris. Il a non seulement traité des fractures de la mâchoire, les luxations de la mandibule et diverses tumeurs, mais il a également amélioré sa prise en charge en tant que chirurgien militaire, amélioré la gestion des blessures par balle et développé une technique permettant la localisation et le retrait des balles.(11)

En ce qui concerne le premier, on pensait que la destruction causée par un coup de feu était due aux poisons contenus dans la poudre à canon et que, pour les éliminer, il fallait cicatrifier la plaie avec de l'eau bouillante et de l'huile bouillante. Pare a découvert que ces plaies pouvaient être traitées avec succès avec un traitement moins agressif composé de jaune d'œuf, d'eau de rose et de térébenthine.(11)

Il s'intéresse entre autres choses, à toute la chirurgie faciale, qu'il s'agisse de sutures artérielles, de reconstruction chirurgicale du nez mais aussi des épithèses nasales, oculaires ou auriculaires, des luxations et fractures mandibulaires, des obturateurs palatins...etc. (11)

### **1.4. Charlatanisme à Paris (1580-1620) :**

Parallèlement à ces progrès, des pratiques irrégulières de chirurgie 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 (15).

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 (30), 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. (16)

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 pulpites ou abcès) se retrouvent face à un réel dilemme : garder une douleur difficilement supportable (de pulpites 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. (31)

#### **1.5. Johannes Scultetus :**

Johannes Scultetus de Padoue (1595-1645) était un autre contributeur durant cette période. Bien que l'on attribue généralement à Carl Partsch la description de l'opération qui porte son nom en 1892, Scultetus était en fait le premier à décrire la marsupialisation d'un kyste de la mâchoire (6). En décrivant la procédure, il a indiqué qu'il avait d'abord placé la femme dans son lit, en lui attachant les mains sur les côtés. Quand il a coupé la tumeur en deux, une épaisse substance jaune comme du miel a coulé et la tumeur s'est affaissée. Il a maintenu la cavité ouverte pendant deux mois, cautérisé avec une décoction de racine de salsepareille, jusqu'à la guérison de la plaie. (11)

## 2. XVIIème siècle :

La Monarchie absolue règne dans le monde Occidental, sauf en Angleterre où le parlement a fait exécuter le roi Charles 1er. 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 (17).

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 (28).



**Figure 7 : 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.



**Figure 8 : Théodore Rombouts(1597-1637). Le dentiste**

L'artiste a recours aux éléments classiques pour immortaliser la douleur (la mainlevée 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 9 : 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 10 : 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).

### **3. XVIIIème siècle :**

#### **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 (17).

#### **3.2. Stomatologie :**

Le premier manuel sur ce que l'on peut considérer comme une chirurgie buccale a été écrit par le chirurgien français Anselme Jourdain en 1778. Parmi les interventions décrites, il a notamment pris en charge des maladies du sinus maxillaire et le traitement des fentes labiales et palatines. Jourdain a également mis au point des instruments spéciaux pour perforer le maxillaire par le procédé alvéolaire de drainage.(11)

Le terme « stomatologie » fut créé en 1868 par le docteur Edmond Andrieu au sein de son œuvre : Traité complet de stomatologie où il définit cette spécialité comme étant la partie de l'art médical qui comprend l'étude de la bouche et de ses maladies. Cet ouvrage inspirera la création de la Société de stomatologie en 1888 sous l'égide du docteur Émile Magitot dont l'objectif est l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

### **3.3. Pierre Fauchard :**

Il est reconnu comme « Le père de l'Odontologie et de la Stomatologie » en France. Il était médecin, (initialement chirurgien de la Marine), et fut reçu comme « expert pour les dents » (corps créé dès 1699), par la communauté des Chirurgiens de Paris,).

Au XVIII<sup>e</sup> 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 («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 (18).

En 1743 Louis XV attribue 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 1788, la Faculté de Médecine a interdit la chirurgie réparatrice du visage « comme contraire aux intentions divines ».

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 (28).

#### **3.4. Représentation de l'odontologie à travers la peinture :**

Aux XVIIème et XVIIIème siècles, les dentistes irréguliers sillonnent l'Europe et s'émettent 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).



**Figure 11 : Balthazar van den Bossche(1681–1715). L'arracheur de dents sur laGrand place à Bruxelles**

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 12 : 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.

### **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 entraîne 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).

#### **4. XIXème siècle**

##### **4.1. Naissance de la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie :**

Aux États-Unis, un petit groupe de médecins ayant une formation en dentisterie pratiquait la chirurgie buccale comme une branche de la chirurgie.

Simon P. Hüllihen (1810–1857) (Wheeling, Virginie occidentale) faisait partie des membres exceptionnels de ce groupe. Au cours des 10 dernières années de sa vie, il a effectué 100 opérations de fentes labiale et palatine, traité 100 cancers, effectué 200 interventions pour des maladies du sinus maxillaire et effectué 85 reconstructions des lèvres, du nez et de la mandibule, un record remarquable à une époque où l'anesthésie locale et générale n'existait pas. Il a également réalisé le premier cas documenté de troubles orthognathiques chirurgie (pour un historique détaillé du développement de la chirurgie orthognathique). (32)

C'était pour la première fois que le champ d'application de la chirurgie buccale a été défini, qui s'est ensuite développé et publié sous le titre «Un système de chirurgie buccale». Un manuel de Dental Cosmos publié en 1872 indiquait : «Le nouveau travail de Dr. Garretson fournit le chaînon manquant nécessaire pour unir la dentisterie à la médecine et à la chirurgie, apportant une lacune de part et d'autre et créant une nouvelle spécialité – celle de la chirurgie buccale. "En tant que personne qui a donné son nom à la discipline, le Dr Garretson est considéré fondateur de la spécialité. Depuis le XIXe siècle, le champ de la chirurgie buccale s'est progressivement élargi. L'expérience acquise dans le traitement des traumatismes liés à la guerre au cours de ces années comptait parmi les facteurs importants. Cela a été reconnu au 4ème siècle par Hippocrate qui a

déclaré : «La guerre est la seule école appropriée pour un chirurgien» [14] des dernières années à nos jours. (32)

#### **4.2. Anesthésie à l'éther sulfurique :**

Le Docteur 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 Massachusetts General Hospital, l'opération se déroulera avec succès(28).

### **5. XXème Siècle :**

#### **5.1. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie :**

Première spécialité médicale reconnue en France, la stomatologie avait à son origine un poids considérable en termes de santé publique. Elle prenait en charge toute la pathologie bucco-dentaire au sens large. Certaines structures eurent alors une réputation internationale. La formation dentaire était parfaitement assurée, la connaissance médicale et dentaire était un fait indiscutable. (33)

De la nécessité du regroupement des connaissances chez un seul praticien naissait une entité matérialisée par la création d'une spécialité.

La création des facultés d'odontologie, en 1969, séparées des facultés de médecine, devait être à l'origine d'un appauvrissement progressif de la connaissance dentaire des stomatologistes.

Après des années, la discipline s'est orientée vers une activité dite de chirurgie maxillo-faciale en requérant dans le cursus universitaire un passage obligé par la chirurgie générale.

La stomatologie et chirurgie maxillo-faciale s'inscrit à part entière dans les disciplines chirurgicales.

Les jeunes diplômés sont des chirurgiens spécialisés en chirurgie maxillo-faciale avec un bagage chirurgical complet mais très limité en odontologie. Alors que les plus anciens ne se reconnaissaient plus dans une spécialité « sans dent ». (33)

## **5.2. 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 local : la cocaïne (34).

Le développement des industries pharmaceutiques et des procédés de fabrication marque la révolution pharmaceutique du XXe siècle, et avec elle la synthèse de dérivés cocaïniques (novocaïne, xylocaïne) (28) utilisés comme anesthésiques locaux. En 1905, A. Einhorn et E. Uhfelder posent les bases de l'anesthésie locale en odontologie(34).

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'à partir de 1972.

La découverte de l'anesthésie locale marque la fin des avulsions sans anesthésie et les nombreuses réglementations concernant les études encadrent la profession de manière plus stricte. (27).

### **5.3. La relation patient-praticien à travers le regard de deux grands médecins, une vision entièrement paternaliste :**

#### **5.3.1. 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 (14).

« 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 » (36).

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 (14).

La rédaction des codes de déontologie en médecine et en chirurgie s'inspirera des écrits de Duhamel.

#### **5.3.2. 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 (37).

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 (15,37).

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... » (37).

#### **5.4. 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 »(18,14).

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 (38).

#### **5.5. 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 (39).

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 XIXème 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 (40).

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 1er stade.

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 (41).

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 Michael Kater, il s'agissait du groupe professionnel le plus fortement nazifié dans l'histoire de l'Allemagne Hitlérienne (39) (18).

L'idéal du médecin nazi n'est pas d'aider l'individu, mais la race élue (race aryenne) à dominer les autres considérées comme inférieures. 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 (40).

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 (18).

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) (18).

Au sein de ces camps sont pratiquées des expériences médicales aberrantes effectuées par des médecins déséquilibrés exerçant un contrôle total sur les patients (40).

L'art dentaire se prête néanmoins assez peu aux expérimentations (18).

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, notamment de par leurs aspects organisés et à l'échelle de population. (39)

Le 4ème stade des problèmes éthiques est alors atteint (celui de la collaboration indirecte mais consciente à une tuerie collective) (18).

Peu de temps après le 5ème 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 (18).

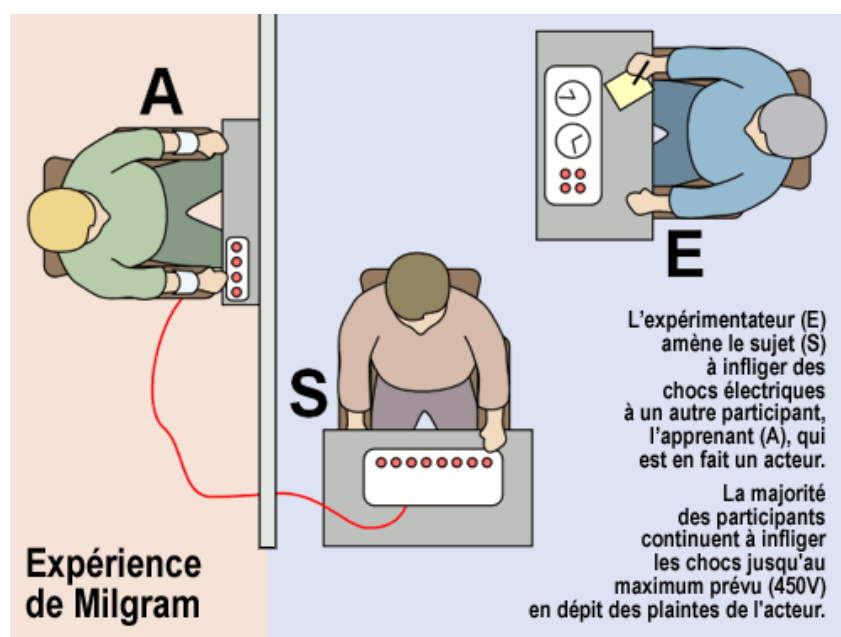
**Tableau II : Tableau récapitulatif de la classification des dérives éthiques**

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

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 (18).

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 représentant des cobayes humains ; les étudiants jouaient le jeu dans la grande majorité délivrant des doses mortelles en toute conscience.



**Figure 14: 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 aggravèrent 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 (39).


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 (19).

**5.6. 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 (39) (cf. annexe).



*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 connaît 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) (47).

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 (22).

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).

## I. 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 : (41)

**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

Considérée comme un événement majeur dans la relation patient-praticien, elle reconnaît les droits du patient, lui accordant une place plus importante au sein du colloque singulier (18).

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 » (49).

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) (48).

L'article Article L1110-2 : « La personne malade a droit au respect de sa dignité » (50).

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 » (38,53).

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... » (52).

Le patient obtient le libre accès à son dossier médical (38).

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) (37,53).

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 (47).

Depuis cette loi, les praticiens sont dans l'obligation de souscrire à une responsabilité civile professionnelle. Face à un litige, les deux parties doivent se prêter à une tentative de conciliation.

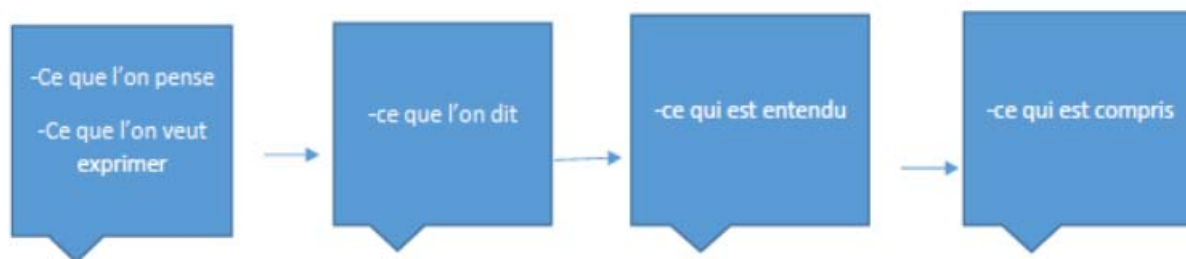
Cette loi insiste sur le développement d'une démocratie sanitaire, le patient est placé au cœur du système de santé favorisé par le passage du patient au consommateur de soin (46).

## II. Nouveaux paramètres de la relation de soin.

### 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 (3,54,55).



**Figure 15 : Schéma de la communication entre deux personnes, de l'émission du message à la réception (55)**

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 (56).
- 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 (54,55).

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 inferioriser le patient. La présentation des honoraires et des devis associés aux plans de traitements devra être expliqués et clairement et justifiés verbalement avec tact et mesure. Ces explications seront accompagnées de documents formalisés (54).

- Elle est aussi non verbale (langage corporel) (55). Elle s'associe à la communication verbale et évolue avec elle. La pratique clinique doit intégrer les deux modes (54). Elle nécessite une bonne observation paraclinique de la part du praticien, qui doit être attentif au comportement de son patient. Il pourra observer :

- 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 (54).

## **2. L'empathie :**

Selon une définition commune de Larousse, il s'agit d'une faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent (57).

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 (58,60).

## **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 (58).

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 (60).

#### **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 jugeant 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 (19,20).

## **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 (55).

Le concept de transfert concerne les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son praticien (55).

Le contre transfert concerne les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le praticien vis-à-vis de son patient (55).

## **6. Quelques particularités de la relation chirurgien patient :**

### **6.1. L'intimité de la sphère oro-faciale :**

La cavité buccale et la face sont considérées comme des zones intimes du corps humain(généralement réservée aux contacts intimes). La chirurgie faciale et stomatologique 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 (61).

### **6.2. La peur de la chirurgie :**

En tant que chirurgien il serait un échec de se lancer dans une approche relationnelle purement technique avec son patient, ignorant cette peur présente chez la plupart des 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 oro-faciale et peut l'amplifier, elle influencera le comportement du chirurgien 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 (34).

De nos jours le chirurgien a accès à un arsenal thérapeutique très varié pour pallier à la peur de ses patients(34).

### **III. Les nouveaux outils à disposition du patient**

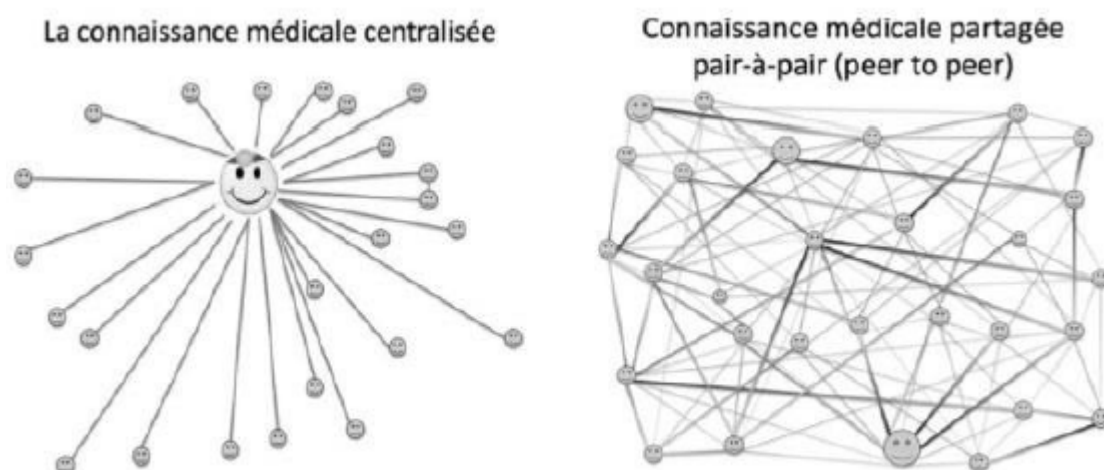
#### **1. La médecine 2.0 :**

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 (62,63).

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 (64).

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) (47).



**Figure 16 : De la connaissance médicale centralisée à la connaissance partagée**

(47)

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 termes 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 (65).

## **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 (66).

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 69 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 (66,67).

Quelques exemples d'associations de malades (la ligue contre le cancer, L'association française des diabétiques, AIDES, ARCAT-sida...) il en existe aujourd'hui plus de 8000(65).

## **IV. De nouveaux statuts pour le patient :**

Selon le texte final de la 5ème conférence des ministres européens de la santé, le patient est qualifié à la fois de citoyen, usager, consommateur, client, et patient(36).

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 (67).

## **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 (66).

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, (66) 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) (68).

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)(47).

## **2. Le patient expert :**

Selon l'OMS, la prévalence 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 (47).

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 (68,69).

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 préférera 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(47).

### **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-âges, l'éclaircissement dentaire.

L'essor de la médecine des désirs a amené ce nouveau terme de « patient consommateur 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 (66).

Le droit français protège essentiellement le consommateur, (considéré comme en état de faiblesse), on lui reconnaît des droits et pratiquement pas de devoirs (36).

Le patient est considéré comme un client exigeant, rabaisant parfois le thérapeute au statut de simple prestataire de service (67).

#### **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, entraînant 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 ces deux ans après le passage de la loi du 4 mars 2002 (70).

Cette augmentation du nombre de recours en justice par les patients participe à la dégradation de la relation patient-praticien (20).

## V. Modèles de relation patient–praticien pour aborder le XXIème 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 (69).

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 (71).

Emanuel et Emanuel (1992) proposent 4 modèles de relation patient–praticien en intégrant les paramètres suivant (69,71)

- (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

### 1. Les 4 modèles de Emanuel et Emanuel :

#### 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. (71)

### **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 associées.

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. (71)

### **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 précédent, 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. (71)

### **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 (71).

**Figure 17 : Tableau récapitulatif des modèles de relation décrits par Emanuel et Emanuel (3,69)**

Modèle	Paternaliste	Informatif	Interprétatif	Délibératif
Valeurs du patient	Objectives, partagées pas le médecin et le patient	Définies, fixée et communiquées au patient	Conflictuelles et en construction parfois totalement inconnues du patient. Nécessite une élucidation par le médecin	Ouvertes à un développement et a une révision a travers un débat moral
Devoir du médecin	Promouvoir le bien être du patient ne tient pas comptes de ses préférences	Fournir une information pertinente. Mettre en œuvre l'intervention choisie pas le patient	Elucider, interpréter les valeurs utiles du patient et mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirable. Informer le patient et mettre en œuvre l'intervention choisie
Conception de l'autonomie du patient	Assentiment a des valeurs objectives	Choix et contrôle du soin	Compréhension de soi utile au soin	Auto développement moral utile au soin médical
Conception du rôle du médecin	Gardien, tuteur	Expert technique compétent	Conseiller	Conseiller
Degré de contrôle exercé par le patient	Très faible voire nul	De fort a très fort	De faible a moyen	De moyen a fort

## 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 (72).

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 (73,74).

Le centrage du patient peut avoir de gros avantages 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 (73,74).

Moira Stewart décrit 6 dimensions principales de cette approche clinique :

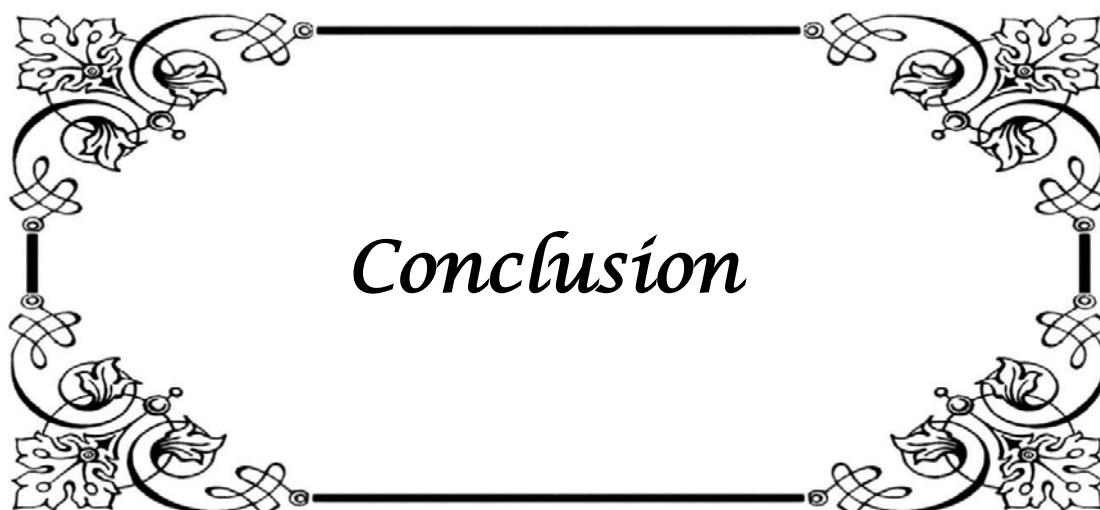
- L'exploration de la maladie,
- La compréhension de la personne, dans son intégralité biopsychosociale,
- La recherche d'un accord mutuel,
- L'intégration de messages de prévention et de promotion à la santé,

- L'amélioration de la relation patient-praticien,
- Du réalisme dans la pratique (31).

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.

(76)



*Conclusion*

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 entraînant alors un profond retour en arrière de la médecine et une détérioration de la relation de soin. En chirurgie, on observe une montée de pratiques charlatanesques, les soins sont délivrés dans des conditions déplorables, sans anesthésie. Considérés comme des menteurs, voleurs et escrocs, l'image renvoyée par les chirurgiens est très négative, voire monstrueuse. La peur de la chirurgie encore présente aujourd'hui trouve ses origines dans cette époque.

Après l'apparition de l'islam en moyen orient, les sciences notamment la médecine ont atteint un sommet de splendeur. La langue arabe était un instrument indiscutable grâce à son enrichissement par un vocabulaire scientifique et technique créés au fur et à mesure des besoins.

Ethique du médecin écrit par Al-Ruhawi est le premier livre consacré exclusivement à l'éthique médicale. Constitué de vingt et un chapitres, présente des principes détaillés et des suggestions sur le comportement des médecins, des patients, de la famille et des gardiens.

On décrit classiquement la relation patient-praticien sous le terme de « colloque singulier », de l'Antiquité au XXème 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.

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 XXIème 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.

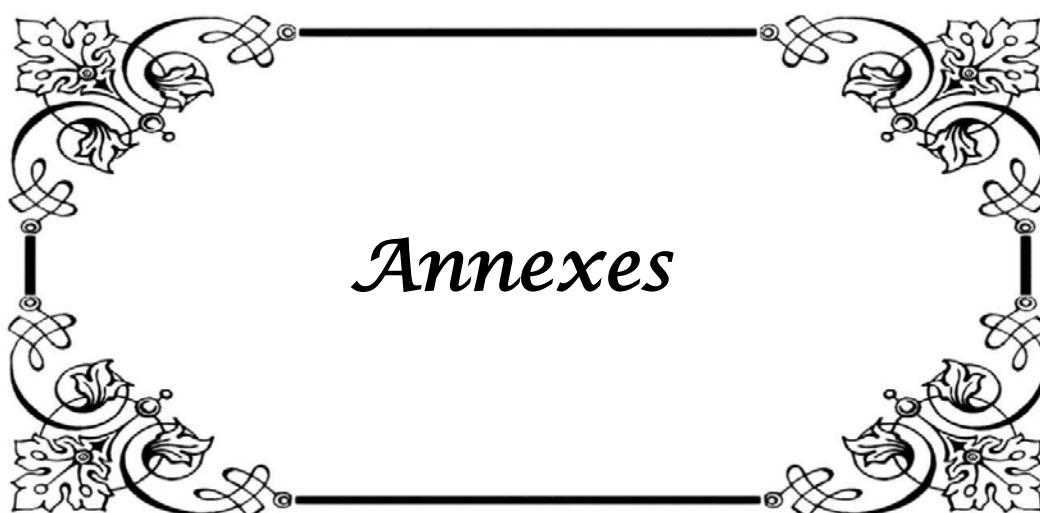
Une approche centrée sur la personne est de nos jours privilégiée. Elle a démontré des résultats très positifs concernant la prise en charge du patient, elle est largement recommandée et reconnue en médecine familiale.

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 la chirurgie maxillo-faciale. Il gagnerait à être enseigné dans les facultés.

En effet en chirurgie maxillo-faciale, 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 de la chirurgie, elle trouve ses origines dans les pratiques charlatanesques du Moyen-âge comme précédemment vu, mais elle peut aussi provenir d'expériences traumatisantes vécues durant l'enfance lors de traitements dentaires.

Depuis les deux dernières décennies la chirurgie maxillo-faciale subit d'énormes changements montrant une progression spectaculaire dans les domaines de stomatologie, chirurgie plastique et esthétique .... Chaque année les industriels innovent faisant de la chirurgie une pratique moderne, novatrice, et de grande qualité dans laquelle le confort du patient et la qualité des soins sont recherchées.



**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, honoré 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, qui ne 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 tout 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'écartier 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 où 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.)



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 sociopolitique, économique, et juridique.

Les pratiques médicales pendant l'antiquité sont empreintes de magie et croyances surnaturelles. Les prières, les rites de sacrifice font partie intégrante des soins.

Considérés comme issus des dieux, les médecins sont des hommes puissants qui exercent une emprise quasi–totale sur leurs malades.

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.

Après l'apparition de l'islam en moyen orient, les sciences notamment la médecine ont atteint un sommet de splendeur.

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.

## Abstract

The patient–practitioner relationship has been at the heart of care since the beginning of medicine.

It is constantly evolving with medical knowledge, but is also influenced by the socio–political, economic, and legal context.

Medical practices during antiquity are imbued with magic and supernatural beliefs. Prayers and rituals of sacrifice are an integral part of the care.

Physicians, considered as the descendants of Gods, are powerful men who exert almost total control over their patients.

With the split of the Roman Empire and the rise of Christianity will follow a period of obscurantism and stagnation of medical thought in the Middle Ages.

After the emergence of Islam in the Middle East, sciences including medicine have reached a peak of splendor.

From antiquity to the twentieth century, the relationship was paternalistic, the doctor alone holder of knowledge exercised real power over his patients.

The technological, legislative and medical advances of the 20th and 21st centuries are initiating profound changes in the care relationship.

Medicine, the doctor, and his patient are in the image of the evolving society.

The place of the patient in the health system must be reconsidered: he becomes a partner and an actor in his treatment plan. He gets bigger and the doctor is then divested of his exorbitant power.

## ملخص

كانت العلاقة بين الطبيب والمريض في قلب الرعاية الطبية منذ بداية الطب. إنها تتطور باستمرار مع المعرفة الطبية، ولكن أيضًا تتأثر بالسياق الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والقانوني.

الممارسات الطبية خلال العصور القديمة مشبعة بالمعتقدات السحرية والخرافة للطبيعة. الصلوات وطقوس التضحية جزء لا يتجزأ من الرعاية.

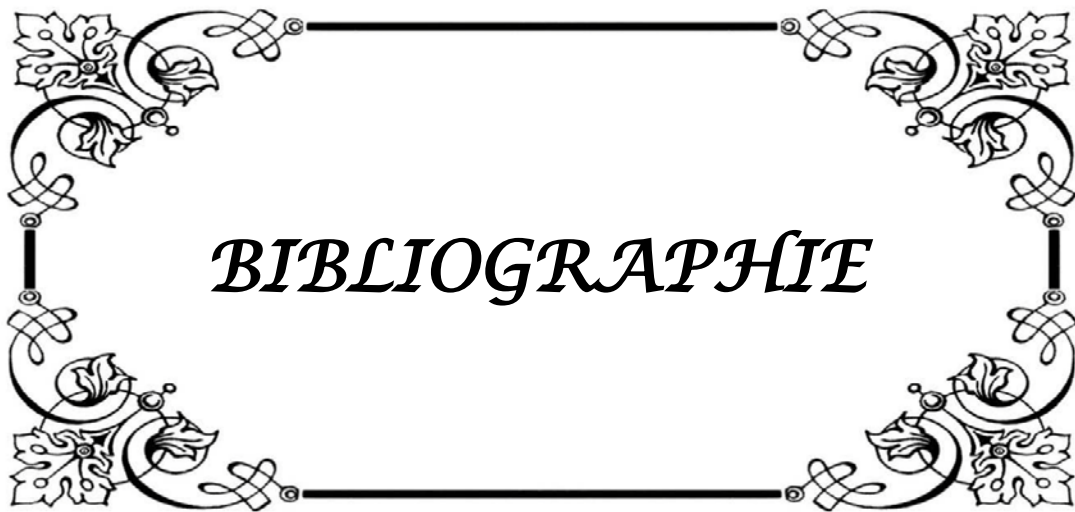
كان الأطباء الذين اعتبروا أحفاد الآلهة، رجالًا أقوياء يمارسون سيطرة شبه كاملة على مرضاهم.

انهيار الإمبراطورية الرومانية وصعود المسيحية تلتها فترة من الظلامية وركود الفكر الطبي في العصور الوسطى.

وصلت العلوم بما في ذلك الطب إلى قمة من الروعة بعد ظهور الإسلام في الشرق الأوسط. كانت العلاقة الطبية أبوية من العصور القديمة وحتى القرن العشرين، فالطبيب وحده صاحب المعرفة يمارس السلطة الحقيقية على مرضاه.

قامت التطورات التكنولوجية والتشريعية والطبية في القرنين العشرين والواحد والعشرين بإجراء تغييرات عميقة في علاقة الرعاية الطبية.

يجب إعادة النظر في مكان المريض في النظام الصحي: يجب ان يصبح شريكًا وممثلًا في خطة علاجه.



***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 février2007 ;5(1) :57- 65.
3. **Claude Richard; Marie therese Lussier.**  
La communication professionnelle 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.art–edition.com ; 1986. 268 p.
8. **Foucart S.**  
Hammourabi le juste.  
Le Monde.fr [Internet]. 15 août 2007 [cité 7 juillet 2017];  
[http://www.lemonde.fr/ete-2007/article/2007/08/15/hammourabi-lejuste\\_944686\\_781732.html](http://www.lemonde.fr/ete-2007/article/2007/08/15/hammourabi-lejuste_944686_781732.html)
9. **Baron A, Baron P.**  
L'art dentaire à travers la peinture.  
www.art–edition.com; 1986. 268 p.
10. **Press OU.**  
The Oxford Essential Guide to Egyptian Mythology.  
New York : Berkley; 2003.
11. **Laskin D.**  
Oral and maxillofacial surgery: The mystery behind the history,  
2016

12. **VIDAL A, Pomar P.**  
POUR UNE APPROCHE DE LA MEDECINE DENTAIRE AU TEMPS DES PHARAONS.  
[S.l.]: s.n.; 1995.
13. **Elbaz T, Galabert J.**  
POUR UNE APPROCHE DE LA MEDECINE DENTAIRE DAN“ L'ANTIQUITE :  
ETUDE COMPARATIVE DE DIFFERENTES CIVILISATIONS DU BASSIN MEDITERRANNEEN.  
[S.l.]: s.n.;1996.
14. **Birebent J, stillnunkés A.**  
Du colloque singulier auxnouvelles relations : origines et évolutions de la relation  
médecin–malade.  
[S.l.] : s.n. ; 2002.
15. **Portes L.**  
A la recherche d'une éthique médicale.  
H. Gagnault et fils ; 1954. 228 p.
16. **Hippocrate.**  
Œuvres complètes d'Hippocrate: traductionnouvelle avec le texte grec enregard.  
1861. 477 p.
17. **Halioua B.**  
Histoire de la médecine.  
Elsevier Masson ; 2012. 300 p.
18. **Pirnay P.**  
L'éthique enmédecine bucco–dentaire.  
Editions Espace id ; 2015. 240 p.
19. **Portes L.**  
A la recherche d'une éthique médicale.  
H. Gagnault et fils; 1954. 228 p.
20. **Vassal JP.**  
Code de déontologie des chirurgiens–dentistes commenté.  
juin 2003. Paris, SNPMD;2003. 104 p.
21. **Duhamel G.**  
Paroles De Médecin.  
Edition Du Rocher Monaco ; 1946.
22. **Bourgeon D.**  
Le don et la relation de soin : historique et perspectives ...  
Rech soins Infirm.  
(89):4- 14.

23. **Jonsen A .**  
A Short History of Medical Ethics.  
New York: Oxford University. 2000
24. **Martin L.**  
Medical Ethics of Medieval Islam: With Special Reference to Al–Ruhawi's Practical Ethics of the Physician.  
Philadelphia: American Philosophical Society, 1967), pp. 93,94,71.
25. **O. Cameron Gruner .**  
A Treatise on the Canon of Medicine of Avicenna.  
Incorporating a Translation of the First Book (New York: Augustus Kelly, 1970), sections 27–28.
26. **Hakim Mohammed Said.**  
Al–Tibb Al–Islam. A Brief Survey of the Development of Tibb (Medicine) during the Days of the Holy Prophet Mohammad and in the Islamic Age.  
Karachi: Hamdard National Foundation, 1979
27. **Pierron J–P.**  
A new patient figure. The changes of relationship between the doctor and his patient.  
Sci Soc Santé. 25(2):43- 66.
28. **Riaud X.**  
Histoires de la médecine bucco–dentaire.  
l'Harmattan ; 2010.145 p.
29. **Lefébure C.**  
Une histoire de l'art dentaire.  
Privat ; 2001. 155 p.
30. **Dumaître P.**  
Ambroise Pare.  
Librairie Académique Perrin; 1980. 444 p.
31. **Collard F, Samama E.**  
Dents, dentistes et art dentaire : histoire, pratiques et représentations, antiquité, moyen âge, ancien régime.  
l'Harmattan ; 2012. 372 p.
32. **Tiwari R , Chaitanya P, Gurukarthik R, Arka B.**  
History of Oral and Maxillofacial Surgery –  
A Review .2017
33. **Ferri J.**  
Entité, identité, spécialité.  
2005

34. **Bohl J–B, Pirnay P.**  
La peur du dentiste : comprendre et réduire l'anxiété des patients.  
Cahiers de prothèses éditions ; 2016. 112 p.
35. **Gruber P.**  
Histoire de l'anesthésie en odontologie de l'antiquité au début du XXe siècle .  
Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire ;
36. **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-coeurde-la-relation-therapeutique-9782352850090.html>
37. **Baertschi B, Durand G.**  
L'autonomie à l'épreuve du soin.  
Editions cécile Défaut; 2015. 211 p.
38. **Moulédous C, Hamel O.**  
Implication de la loi du 4mars 2002 sur l'exercice libéral de l'odontologie.  
[S.l.]: s.n.; 2006.
39. **Haddad L, Dreyfus J–M.**  
Une médecine de mort: du code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine.  
Vendémiaire ; 2014. 383 p.
40. **Halioua B, Prasquier R, Hirsch E.**  
Le procès des médecins de Nuremberg : l'irruption de l'éthique médicale moderne.  
Paris : Vuibert ; 2007. (Espace éthique).
41. **Aziz P. Les médecins de la mort.**  
Magellan. ; 1998. Book.
42. **Pirnay P, Huriet C.**  
L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications.  
Paris : Espace ID ; 2016.
43. **elsevier\_emcgrandf\_37–22426 – Deontologie\_et\_psychiatrie.pdf [Internet].**  
[Cité 12 mai 2017].  
Disponible sur :  
[http://psychologiemfouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie/Deontologie\\_et\\_psychiatrie.pdf](http://psychologiemfouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie/Deontologie_et_psychiatrie.pdf)
44. **Mélenec L, Mémeteau G.**  
Traité de droit médical : Le contrat médical. La responsabilité civile du médecin.  
Maloine ; 1982. 170 p.

45. **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-lecode-de-deontologie.html>
46. **BATIFOULIER P, 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 novembre 2006 ;18.
47. **Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A.**  
The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. *Innovations*.  
11 oct 2012;(39):13- 25.
48. **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**
49. **Code de la santé publique – Article L1110-1. Code de la santé publique.**
50. **Code de la santé publique – Article L1110-2. Code de la santé publique.**
51. **Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.**
52. **Code de la santé publique – Article L1111-7. Code de la santé publique.**
53. **Code de la santé publique – Article L1111-4. Code de la santé publique.**
54. **Nossintchouk R.**  
Communiquer en odonto-stomatologie : Obligations et stratégies.  
Éd. CdP; 2003.166 p.
55. **Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F.**  
Consulter en odontologie : la relation praticien patient.  
Éditions CdP; 2006. 132 p.
56. **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>
57. **Larousse. Dictionnaire Français.**  
Larousse; 2005. 1478 p.

58. **Vannotti M.**  
L'empathie dans la relation médecin–patient.  
Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.  
1 oct 2005;no 29(2):213- 37.
59. **Jorland G.**  
Empathie et thérapeutique. Rech Soins Infirm. 11 févr 2015;(84):58- 65.
60. **Moley–Massol I.**  
Relation médecin–malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques.  
Courbevoie, France: Éd. DaTeBe; 2007. 131 p.
61. **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/>
62. **Thoër C.**  
Internet : un facteur de transformation de la relationmédecin–patient ?  
Commun RevCommun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1- 24.
63. **SELLIER A.**  
Impact d'internet dans la relation médecin–patient: une étude en ligne à destination des patients. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
64. **Bail J–N.**  
Le patient a–t–il pris le pouvoir?  
John Libbey Eurotext; 2009. 132 p.
65. **Tanti–Hardouin N.**  
Les nouvelles figures du patient: pour une autre philosophie.  
l'Harmattan;2014. 186 p.
66. **Pierron J–P.**  
The changes of relationship between the doctor and his patient.  
Sci Soc Santé. Vol. 25(2):43- 66.
67. **Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A.**  
The emergence of the expert patient: an innovative disturbance.  
Innovations. 11 oct2012;(39):13- 25.
68. **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%A9decinmalade\\_ et\\_%C3%A9ducation\\_du\\_patient\\_des\\_notions\\_%C3%A0\\_rapprocher\\_apports\\_crois%C3](http://www.academia.edu/11756032/Communication_m%C3%A9decinmalade_et_%C3%A9ducation_du_patient_des_notions_%C3%A0_rapprocher_apports_crois%C3)

- %A9s\_de\_la\_litt%C3%A9rature
69. **Helmlinger L, Martin D.**  
La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité.  
Trib Santé. 2004;no5(4):39- 46.
70. **Emanuel EJ, Emanuel LL.**  
Four Models of the Physician–Patient Relationship.  
JAMA. 22 avr1992;267(16):2221- 6.
71. **Bardes CL. Defining Patient–Centered Medicine.**  
N Engl J Med. 1 mars 2012;366(9):782- 3.
72. **Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M–E.**  
Measuring Patient’s Perceptions ofPatient–Centered Care: A Systematic Review of Tools for  
Family Medicine. Ann Fam Med.  
Mars2011;9(2):155- 64.
73. **Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C.**  
Preferences of patients forpatient centred approach to consultation in primary care:  
observationalstudy.  
BMJ. 24 févr2001;322(7284):468.
74. **Rosenzweig J, Vergnes J–N.**  
Principes de communication patient–praticien dans le cadre d’uneapproche centrée sur la  
personne en odontologie.  
Toulouse, France: Université Paul Sabatier,Toulouse 3; 2014.
75. **Coulter A.**  
Paternalism or partnership?  
BMJ. 18 sept 1999;319(7212):719- 20.

# قسم الطب

## أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية  
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

تطور العلاقة بين المريض والممارس من العصور القديمة إلى يومنا  
هذا في الطب وطب الوجه والفكين.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/07/16  
من طرف

السيد محمد مهداوي

المزداد في 06 دجنبر 1991 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

العلاقة بين المريض والممارس-أخلاق - الأبوية - التمكين- التعاطف

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

س.أيت بنعلي

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب

ن.منصوري حطاب

أستاذة في جراحة الوجه والفكين وجراحة التجميل

ح.رايس

أستاذة في علم التشريح المرضي

ع.بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

السيد

السيدة

السيدة

السيد