



Question :

Le colloque pluriel.

Le colloque est un entretien entre 2 ou plusieurs personnes. En pratique médicale, la relation médecin malade se définit initialement à partir d'un colloque singulier : relation de confiance entre un médecin et un malade. Depuis notamment la 2^{nde} moitié du 20^e siècle, la relation médecin malade s'est élargie et complexifiée pour devenir une relation entre un malade et une équipe de soin, qualifiée alors de colloque pluriel.

Plusieurs questions se posent : pourquoi et comment le colloque est devenu pluriel ? Quels sont dès lors les différents intervenants ? Comment évolue ce colloque avec l'évolution de la pratique médicale ?

Réponse avec le plan suivant: 1 : Du colloque singulier au colloque pluriel
2 : Un colloque pluriel en mutation

10

1- Du colloque singulier au colloque pluriel

- **Hippocrate** définit la relation médecin malade sous la forme d'un **colloque singulier**. Relation où « une conscience rencontre une confiance ». Le colloque singulier perdure et n'évolue qu'à partir de la 2^{nde} moitié du 20^e siècle avec l'avènement du cancer et des maladies chroniques (2)

- Soigner (au sens **Cure & Care**) le cancer nécessite une évolution (révolution ?) des pratiques médicales : **Cancer = maladie multifactorielle** pour laquelle le modèle de soin développé pour les maladies infectieuses n'est plus valable. (2)

- Nécessité de **pluridisciplinarité** pour optimiser la prise en charge du patient. On peut citer parmi de nombreuses disciplines : la physique, la chimie, la psychologie, l'économie, le paramédical... comme autant de spécialités qui viennent épauler le médecin dans la relation de soin. Le médecin n'est plus seul à prendre les décisions et voit d'ailleurs parfois son pouvoir remis en question. **Les RCP** (réunions de concertations pluridisciplinaires) vont permettre de garantir au malade atteint d'un cancer la meilleure solution thérapeutique. (3)

- **Ce colloque pluriel** permet une approche du soin plus globale et s'adapte à la vision de la maladie chronique avec laquelle on va essayer de vivre le mieux possible. **La qualité de vie** est mise en avant pour le cancer (le plan cancer insiste sur la nécessité d'humaniser la prise en charge) et pour de nombreuses maladies chroniques (exemple de la BPCO). (5)

- Avec l'évolution du colloque, la relation médecin malade a évolué d'une relation dominant à dominé de type paternaliste vers une relation plus équilibrée et parfois conflictuelle dans laquelle le patient a de plus en plus de droits (Loi Kouchner 2002). Coté soignant, **le secret médical**, garant d'une relation de confiance, se trouve fragilisé par la multitude des intervenants. C'est au médecin de veiller à la préservation de ce secret. Le patient gagne en autonomie et a le droit à l'information et au consentement. (4)

- Enfin, l'importance de **l'épidémiologie et le développement de la santé publique** pour faire face au cancer a contribué à étendre un peu plus le colloque. **Le plan Cancer** a renforcé les différents moyens de **prévention** comme le dépistage, les campagnes d'informations et même la vaccination (puisque certains cancers sont d'origine infectieuse). L'état et ses politiques de santé publique s'immiscent dans le colloque et modifient la relation médecin-malade. (4)



NE RIEN INSCRIRE DANS CE CADRE

Transition : Quelles sont désormais les évolutions que va subir le colloque pluriel confronté aux grandes avancées médicales ?

2- Un colloque pluriel en évolution.

- Depuis la **loi Kouchner en 2002** (et repris par la loi Leonetti) le patient peut désigner une **personne de confiance** : elle sera consultée si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Celle-ci peut également assister aux entretiens et intervient au sein du colloque pluriel. (4)

- La **loi Leonetti** sur la fin de vie renforce la place du colloque pluriel en insistant sur la nécessité de **collégialité** dans la prise de décision notamment en matière d'arrêt des thérapeutiques actives. (3)

- Le colloque pluriel trouve son utilité dans des pratiques de soin comme la **transplantation**. Côté soignant, c'est une **équipe pluridisciplinaire** qui intervient (de la constatation du décès, jusqu'aux soins post opératoires et à la réadaptation sociale du transplanté en passant par le transport des organes et le recueil du consentement). Côté patient, c'est une forme de colloque très élargie puisque l'équipe soignante doit faire face à **deux souffrances** : la famille du donneur, auprès de qui on demande l'accord de prélever les organes (le consentement présumé n'est que théorique dans ce cas) et le receveur qui est dans une situation d'attente et d'espoir. La particularité de cette pratique étant que le colloque est étendu du côté patient. (5)

- La surcharge actuelle de nos prisons souligne un peu plus les difficultés de **l'exercice médical en milieu pénitentiaire**. La multiplicité des intervenants et le statut des patients posent des questions éthiques sur l'application du secret médical et les différentes pressions qui peuvent s'exercer, par exemple, par ceux qui sont chargés de distribuer les médicaments (qui s'en servent souvent de monnaie d'échange). De même se pose la nécessité de mener des politiques de prévention au sein de ces établissements. (3)

- Les nouvelles pratiques en matière de **procréatique** contribuent également à élargir le colloque. Interdit en France mais autorisé dans certains pays de l'UE, le recours à une **mère porteuse** pose notamment la question de leur place et les limites de leur rôle dans le colloque pluriel. (3)

Le colloque pluriel peut être parfois gênant pour le patient : multiplicité des intervenants, difficulté d'avoir une relation de confiance et de respecter l'intimité du patient. Si le besoin s'en fait sentir pour le patient, il est possible de revenir vers une relation plus binaire en privilégiant des situations de colloque singulier. (3)

Total des points sur le barème : 10 + 22 + 21 = 53 + Bonus = notation sur 60.