

**Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme :
résistance ou participation ?**

Guillaume Rousset

Maître de conférences en droit privé

Université Paul Sabatier-Toulouse 3

Chercheur au LERASS

115 route de Narbonne

31077 Toulouse Cedex 4

Tél. : 06 82 38 07 85

43 rue Saint Mathieu

69008 Lyon

06 82 38 07 85

guillaumerousset@free.fr

Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ?

Résumé

La relation entre patient et système de santé a évolué. Le temps du paternalisme médical est terminé. Cette évolution se traduit essentiellement par l'intégration des patients dans la gestion individuelle et collective du système de santé. Si cette mutation est acquise, la nature de cette nouvelle relation reste en suspens. Il faut ainsi déterminer à quel modèle les rapports entre patient et système de santé correspondent et l'esprit qui doit en être déduit. La démocratie sanitaire du législateur est-elle pertinente ou est-ce le consumérisme qui constitue une référence adaptée ? Quel esprit correspond à cette intégration : résistance ou participation ?

Mots-clés

Patient, système de santé, consumérisme médical, démocratie sanitaire, participation.

Patient and health system in the prism of consumerism: resistance or participation ?

Abstract

The relation between patient and health system had evolved. The time of the medical paternalism is ended. This evolution is essentially translated by the integration of the patients in the individual and collective management of health system. If this alteration is acquired, the nature of this new relation remains unresolved. It is so necessary to determine to which model relations between patient and health system correspond and the spirit which must be deducted from it. Which in an adapted analysis : the sanitary democracy or the consumerism ? Which spirit corresponds to this integration : resistance or participation ?

Keywords

Patient, Health system, Medical consumerism, Sanitary democracy, Participation

Le consumérisme est un phénomène en pleine expansion. Initialement cantonné aux relations entre professionnels et consommateurs (Wickham 1976 ; Weiss et Chirouze 1984), il devient un mode d'analyse de l'évolution des rapports sociaux et touche de plus en plus de sphères de la société. Des domaines jusqu'ici ignorés sont maintenant analysés au prisme de ce concept : l'éducation, l'environnement ou les recours en justice par exemple (Rochefort 2007 a et b). Dans ce contexte, un secteur est encore assez peu étudié malgré un intérêt certain, peut-être du fait de son fort particularisme : la santé. Dans ce contexte, il semble intéressant de se demander si l'idée de résistance qui caractérise le consumérisme correspond à la réalité du système de santé actuel, et si, de ce fait, ce secteur peut constituer une nouvelle illustration de la diversité des formes de consumérisme au sein de la société contemporaine.

En matière de santé, il est acquis que la relation de soins a subi une mutation importante tant au niveau individuel que collectif (Carricaburu et Menoret 2005 ; Fagnani 1984 ; Pellerin 2002 ; Pierron 2007). Les rapports qu'entretient la personne soignée tant avec le soignant qu'avec le système de santé de manière générale ont nettement évolué : le patient passif, docile et soumis a laissé place à un usager actif, revendicateur et en quête d'autonomie. Si cette mutation est acquise, il est par contre fondamental de se demander quelle est la nature de cette nouvelle relation ?

Plusieurs modèles théoriques sont possibles. Les pouvoirs publics avancent la création d'un nouveau concept appelé « démocratie sanitaire », notion initiée par la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Aussi intéressant que soit ce nouveau modèle, il montre de nombreuses limites permettant de l'analyser davantage comme un slogan politique que comme une notion juridique (Cadeau 2004 ; Racht-Darfeuille 2004) : absence de définition (Ricot 2004), imprécision de contenu ou encore caractère inadapté des références induites¹... Ces éléments permettent de penser qu'une autre qualification conceptuelle est nécessaire. Dans ce contexte, le modèle plus économique que constitue le consumérisme semble intéressant à envisager, notamment parce qu'il peut induire de nouvelles applications managériales pour les professionnels de santé. Certains éléments à connotation consumériste semblent *a priori* pouvoir être constatés au sein de cette nouvelle

¹ Au sens juridique, la notion de démocratie, qu'elle soit sanitaire ou non, induit automatiquement trois éléments clefs : le pouvoir, la citoyenneté et la dimension élective (lorsqu'elle est indirecte). Or, aucun de ces concepts n'est souhaité ni souhaitable dans le cadre de la participation de l'usager du système de santé puisque ce n'est pas le pouvoir qui est recherché mais la collaboration, que la nationalité n'est pas un critère d'attribution des droits aux patients, et que la dimension élective n'est en aucun cas recherchée au sein du système de santé.

relation de soins : la consécration des droits des patients, le développement de l'information en santé notamment par le biais d'internet, l'augmentation apparente du nombre de recours en justice et de condamnations, la désacralisation du médecin, la fin du paternalisme médical ou l'exigence d'une qualité et d'une sécurité maximum dans les soins. Face à ces apparences, il est nécessaire de déterminer dans quelle mesure le patient est devenu un consommateur (*I*) et si son intégration dans le système de santé correspond réellement à la résistance qui caractérise le consumérisme (*II*).

LA RELATION ENTRE SOIGNE ET SOIGNANT : SANTE OU CONSOMMATION ?

Ce premier temps porte sur une dimension individuelle et conduit à réaliser une comparaison précise entre la situation contemporaine du patient et la réalité de la notion de consommateur afin de déterminer leur concordance éventuelle. Au sens économique, un consommateur est l'« *agent économique qui exprime des préférences en choisissant, à des prix donnés, une consommation dans les limites que lui imposent ses revenus* » (Jessua, Labrousse, Vitry, Gaumont 2001). Au sein de cette définition, cinq éléments doivent être analysés : agent économique, préférence, choix, prix, revenu. Cette définition renvoie de manière claire à un modèle théorique dominant des sciences économiques : l'*homo oeconomicus* (Demeulemaere 2003). Celui-ci peut être entendu comme le « *modèle du comportement humain fondé sur les principes de rationalité et de maximisation* » (Echaudemaison, 2003). Comme pour le consommateur, les éléments clefs sont les préférences, le choix, la cohérence entre ces deux premiers éléments, et la volonté de maximiser c'est-à-dire la recherche d'un maximum de satisfaction ou de gain pour le minimum de peines ou de dépenses.

Ainsi, il est utile de reprendre ces éléments au regard des caractéristiques du patient afin de déterminer si la définition économique du consommateur correspond ou non à l'évolution qu'a pu subir la relation de santé, tant de manière théorique que pratique : agent économique ; préférence et choix ; prix et revenu. Au-delà de cette confrontation, il sera également intéressant d'envisager d'autres évolutions du système de santé qui permettront de confirmer ou d'infirmier la tendance précédemment constatée.

Analysons d'abord le terme « agent économique ». Il est habituellement défini comme la « [...] *personne physique ou morale, ou [la] catégorie agrégée de personnes, que l'on désigne par sa fonction principale dans la vie économique* [...] » (Echaudemaison, 2003). Le patient

peut-il être considéré comme un agent économique ? Il est une personne physique, c'est un élément acquis, mais il faut se demander s'il assure une fonction principale dans la vie économique, à supposer qu'il n'y ait pas d'incertitude sur ce qu'il faut entendre par « vie économique ». Si l'on prend en compte l'usager du service public hospitalier, la notion d'intérêt général caractérisant ce secteur empêche *a priori* une assimilation à la vie économique. Pourtant, cela ne signifie pas qu'il n'a pas d'impact sur la vie économique. Il est en effet acquis que la présence d'un établissement de santé dans un bassin de population est une source très importante d'activités économiques et sociales, permettant de constater un lien indirect mais fort entre système de santé et patient d'une part et vie économique d'autre part. Cela est encore plus présent si l'on analyse le secteur privé de la santé, plus spécialement sa partie lucrative, puisque ses activités participent de manière beaucoup plus certaine à l'activité économique, ceci par l'intermédiaire de ses protagonistes, patients et professionnels de santé. Il semble donc tout à fait possible d'affirmer que le patient est un agent économique.

Ensuite, les notions de préférence et de choix. L'analyse théorique de ces éléments permet d'émettre des doutes. Malgré la nécessaire protection qui lui est due lorsqu'on le considère juridiquement comme « *partie faible* » (Ghestin et Fontaine, 1996), le consommateur se caractérise par l'envie, le désir qui l'anime et qui le pousse à acheter un bien ou à être destinataire d'un service. Ainsi, le consommateur se définit par sa volonté, même si celle-ci peut être influencée par des phénomènes extérieurs tels que la publicité. Cette volonté s'exprime en deux phases : volonté de consommer d'abord, volonté de choisir tel produit ou service à travers des préférences ensuite. Bien sûr, l'envie initiale et le choix établi peuvent être faussés par les mécanismes classiques d'orientation du désir qui caractérisent l'économie de marché et la société de consommation mais consommer reste avant tout l'expression d'une volonté, de préférences et de choix.

Or, justement de tels éléments font souvent défaut dans le cas du patient. Il suffit de prendre quelques exemples pour comprendre que, dans de nombreux cas, les éléments caractéristiques du consommateur que sont la volonté, les préférences et le choix sont défaillants dans le cadre de la relation de santé. Ainsi, le cas de l'individu hospitalisé en urgence, qu'il ait perdu conscience ou non, démontre que la volonté d'intégrer l'hôpital comme la possibilité de choisir l'établissement en cause sont totalement absentes, en tout cas lorsqu'il est amené par les services de secours. De la même manière, si l'on prend l'exemple d'une personne atteinte d'un trouble mental provisoire ou permanent, celle-ci se trouve privée de l'autonomie de sa

volonté et son hospitalisation ne sera pas réalisée selon une logique personnelle mais elle subira au contraire le choix de tiers. C'est le cas de l'hospitalisation d'office ou de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Au-delà de ces hypothèses, la survenance d'une maladie, par nature non programmée, ne laisse parfois pas la possibilité temporelle et matérielle de choisir l'établissement de santé dans lequel l'on sera hospitalisé.

Cependant, si ces éléments ne doivent pas être écartés, il est nécessaire de constater, dans la pratique, qu'un nombre importants de pratiques de type consumériste tendent à se développer. C'est, par exemple, la situation de l'individu venant par ses propres moyens aux urgences afin de recevoir des soins pour des problèmes mineurs qui auraient pu attendre l'ouverture de services classiques ou la consultation d'un généraliste. Dans un esprit proche, c'est également le cas de ce même patient aux urgences qui estime anormal d'attendre et d'être pris charge tardivement pour un problème de santé moins grave que celui subi par les patients traités de manière prioritaire. Ces pratiques renvoient également à certaines formes de dérives, parfois regroupées sous l'expression de « tourisme médical ». C'est l'hypothèse du patient qui consulte plusieurs médecins différents pour bénéficier d'examens complémentaires injustifiés ou pour obtenir la prescription d'un traitement que d'autres praticiens lui refusent. Dans tous ces exemples, au-delà de la définition théorique de l'homo oeconomicus, on constate un rôle accru des notions de préférence et de choix, troublant l'analyse initiale : le patient choisi d'aller aux urgences ; il ne veut pas attendre parce que sa situation est par nature prioritaire à celles des autres ; il fait le choix de consulter une multitude de praticien au-delà de ce que commande son état physique ; il tente d'orienter le choix du médecin prescripteur sur le sien... Le constat est donc pour le moins nuancé.

Enfin, la référence aux notions de prix et de revenu. Comme précédemment, ces éléments permettent de constater certaines contradictions. En effet, il est nécessaire de se demander dans quelle mesure le prix est un élément pris en compte par le patient dans son utilisation du système de santé. De manière théorique, comme pour la volonté et le choix, une hospitalisation en urgence ou décidée par un tiers (personne physique ou pouvoirs publics) ne permet aucune prise en compte de l'élément financier comme déterminant de l'utilisation du système de santé. C'est plus l'urgence de la situation, la nécessité médicale ou thérapeutique, la proximité ou la qualité de l'établissement qui déterminent cette orientation. De surcroît, une notion trouble grandement le rôle que peut jouer le prix en matière de santé : le remboursement par l'assurance-maladie. Le système de sécurité sociale permet la prise en

compte par la communauté de tout ou partie des dépenses de santé, une faible part restant dans certains cas à la charge de l'utilisateur, donnant une importance relative au prix. Son poids ainsi nuancé, le prix n'est pas un facteur essentiel dans le comportement du patient, à la différence du consommateur. Cela a pour effet direct de relativiser également le rôle du revenu puisque c'est initialement pour le consommateur un élément important en tant que base financière permettant de déterminer si la consommation est possible en comparant cette base au prix proposé.

Pour autant, en pratique, le rôle du prix et du revenu est plus important qu'il n'y paraît. Ainsi, il est fréquent qu'un patient choisisse un établissement selon les prix pratiqués et les remboursements réalisés. Par exemple, un individu ira parfois davantage dans un établissement public de santé ou un établissement privé qui participe au service public hospitalier parce que les prix pratiqués et les remboursements effectués lui permettront d'envisager une consultation ou une hospitalisation plus facilement que dans une clinique privée à but lucratif. Dans le même esprit, le développement de la responsabilisation financière du patient, par exemple à travers les franchises médicales, mais aussi à travers les différentes vagues de déremboursement de certains médicaments, permet de constater la place fondamentale qu'occupe la dimension financière en santé, tant pour le système de santé de manière générale que pour la personne soignée à titre individuel.

Outre cette comparaison avec la définition économique, un certain nombre d'évolutions importantes permettent de continuer à nuancer l'évolution du statut du patient dans la pratique et l'orientent vers une tendance consumériste. L'évolution la plus caractéristique est probablement le rapport entre patient et médicament, rapport qui a subi une consumérisation importante. Cela se traduit, par exemple, par le développement de l'accès direct des patients aux médicaments à prescription médicale facultative, sans passer par l'intermédiaire naturel que constitue le pharmacien d'officine. Le patient n'est plus alors celui qui accède aux médicaments que lui conseille et que lui délivre le pharmacien mais celui qui compare et choisit directement les médicaments qu'il souhaite consommer, en tout cas certains médicaments. Cette orientation consumériste se retrouve également, cette fois-ci de manière prospective, dans les projets de libéralisation de la vente des médicaments à prescription médicale facultative : ces produits pourraient être vendus en commerce de proximité ou en épicerie (Rocheffort 2008, p. 64) ou en grandes surfaces (Attali 2008, p. 164 ; Beigbeder 2007, p. 146). Cette évolution de la perception du médicament s'inscrit dans un esprit proche

que celui que connaissent les professions de santé. Ainsi, la profession de médecin ne n'est plus dans la position sociale dominante qui le caractérisait par le passé. Alors qu'il bénéficiait d'une aura sociale très importante, le praticien est de plus en plus perçu comme un simple prestataire de service. Dans le même esprit, le développement de l'information en santé notamment par le biais d'internet, l'augmentation apparente du nombre de recours en justice et de condamnations, mais aussi l'exigence d'une qualité et d'une sécurité maximum dans les soins laissent penser que, de plus en plus, le statut du patient connaît une consommation.

Dans ce contexte, il semble très délicat d'avoir une position tranchée. Il n'est pas possible d'affirmer que le patient est devenu un consommateur car un certain nombre des caractéristiques essentielles de cette catégorie font totalement ou partiellement absents, mais à l'inverse, il n'est pas concevable d'affirmer que le patient ne partage pas des traits communs avec le consommateur. En réalité, le patient se situe probablement dans une situation intermédiaire entre un rattachement sanitaire clair et une évolution consumériste importante.

Or, cette évolution est fondamentale car s'il n'est pas certain que le patient *soit* un consommateur, il ne semble pas souhaitable qu'il *doive* le devenir. En effet, d'un point de vue juridique, une telle transformation induirait en toute logique une applicabilité du droit de la consommation (Ducos-Ader 1992 ; Lamboley, Picho, Violla 2004 ; Delprat 2007 ; Gromb 1996 ; Laude 2000, Mémeteau 2002). Or, cette branche du droit dispose d'un esprit qui ne semble pas correspondre à la nécessaire prise en compte du particularisme de la relation de soins, à la différence du droit de la santé. Ainsi, lorsqu'il régleme les relations de santé, le droit de la santé adopte un esprit centré sur la confiance, notion qui constitue la caractéristique principale de la relation entre le patient et le professionnel de santé. A l'inverse, même si la confiance est un élément intégré par le droit de la consommation, elle n'en constitue pas la notion centrale. C'est au contraire la dimension économique qui tient une place prépondérante au sein de la réglementation consumériste, caractérisé par une certaine défiance que le consommateur doit avoir pour le professionnel. De ce fait, cette matière axe son esprit de réglementation sur le contrôle des relations de consommation afin que les intérêts économiques, la sécurité et la santé du consommateur soient protégés, mais aussi qu'un certain équilibre des rapports contractuels soit assuré. Cela ne signifie pas que le droit de la consommation ne prend pas en compte la santé et la confiance, ou que le droit de la santé n'intègre pas la dimension économique ou qu'il n'est pas astreint à une certaine défiance ; il s'agit au contraire de constater que, même si ces deux réglementations intègrent ces notions

divergentes, elles n'y accordent pas la même importance en se basant sur un esprit opposé. A la confiance nécessitée par les relations de santé s'oppose la défiance légitimée par la nature intrinsèque des relations de consommation.

Cela signifie que l'application du droit de la consommation aux relations de santé qu'induirait la transformation du patient en consommateur est problématique puisqu'elle permettrait une transformation de la relation de soins en une relation de consommation classique, banalisant ainsi l'objet sur lequel elle porte, c'est-à-dire le corps. Cette prise en compte amoindrie du particularisme de la santé se manifeste avec certains mécanismes fondateurs du droit de la santé dont le maintien serait plus que délicat à imaginer dans l'hypothèse d'une application du droit de la consommation. C'est le cas du droit de rétractation du patient qui n'est aujourd'hui astreint à aucune condition de délais, ce qui est source d'une grande instabilité (justifiée) pour le professionnel de santé, mais qu'il est inconcevable de maintenir au sein du droit de la consommation, obligeant à une suppression de cette spécificité essentielle. C'est aussi le cas de la clause de conscience dont bénéficie le professionnel de santé, qui lui permet de refuser la demande d'un patient sous certaines conditions, technique dont il est impensable d'imaginer le maintien en droit de la consommation puisque celui-ci prohibe toute prise en compte d'opinions subjectives pour refuser une vente ou une prestation de service. C'est donc autant le particularisme du patient que la spécificité du professionnel de santé qui se voient menacés puisqu'ils sont en contradiction avec les principes directeurs du droit de la consommation. Transformer le patient en consommateur et appliquer de manière générale le droit de la consommation aux relations de santé pousserait donc à ce que ces relations se conforment finalement, petit à petit, aux objectifs du droit de la consommation, permettant une uniformisation préjudiciable pour le particularisme qui caractérise les relations de santé. Or, comme l'affirme très justement un auteur « *on ne saurait traiter de l'avenir de l'homme comme on traite de la protection du consommateur* » (Raymond 1996, n° 34), cela tant en matière individuelle que collective...

LA RELATION ENTRE SOIGNE ET SYSTEME DE SANTE : RESISTANCE OU PARTICIPATION ?

De manière progressive, depuis plus de 25 ans, les usagers ont été associés à la gestion et au fonctionnement du système de santé. Ils sont maintenant intégrés de manière fréquente aux différentes instances hospitalières et de santé publique et jouent parfois un rôle décisionnel. Dès lors, il paraît essentiel d'appréhender cette dimension collective afin de réfléchir sur le

lien entre les nouveaux comportements des patients et l'esprit du modèle consumériste. Plus précisément, il est utile de déterminer si la résistance qui caractérise ce dernier modèle correspond à la réalité de la place de l'utilisateur au sein du système de santé et si ses comportements sont motivés par un rejet des logiques marchandes.

Pour mener cette réflexion, il est nécessaire de revenir un instant sur les caractéristiques du consumérisme. Si, pour certains, il est le « *terme d'origine anglo-saxonne désignant l'action des consommateurs face aux pouvoirs publics et aux fabricants pour défendre leurs droits et la qualité des produits* » (Grawitz 2004, p. 86), il représente également les « *structures associatives et publiques de défense des consommateurs* » (Bernard et Colli 2003, p. 185). Au-delà de ces définitions, le consumérisme se caractérise par plusieurs éléments clefs : opposition et résistance face aux entreprises et aux pouvoirs publics, défense face à leurs abus, le tout justifiant une défiance. Il faut alors se demander si ces concepts d'abus, de défiance, de résistance et d'opposition caractérisent la relation actuelle entre le patient et le système de santé ?

Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de croiser deux approches. D'abord, l'étude va se baser sur une observation des normes juridiques, c'est-à-dire de ce que veut initier le législateur. Mais, parce l'étude de l'évolution des règles ne sera pas obligatoirement conforme à celle qui pourrait être menée sur les pratiques (Fayn 2005 ; Fraselle 1996 ; Hamon 1995 ; Jolly et Jolly 1993), il sera nécessaire, d'étudier aussi l'effectivité de ces règles et leur application. Cette approche peut être réalisée autour de deux caractéristiques de la relation collective entre représentant du patient et système de santé qui peuvent être comparées au modèle consumériste : le but et le contenu.

Une différence de but ?

Le but théorique du système de participation de l'utilisateur au système de santé paraît différent de celui qui anime le modèle consumériste. Le consumérisme se caractérise par une volonté de protéger la communauté des consommateurs contre les abus de l'économie de marché, l'objectif unique étant alors l'intérêt de ces consommateurs. Cela signifie que la pérennité des entreprises productrices de biens et de services, mais aussi plus globalement celle de l'économie de marché, n'est pas du tout un but du système consumériste. Ainsi, la disparition d'une entreprise n'est pas problématique pour le consommateur tant que ses intérêts sont protégés. En substance, seul compte l'intérêt du consommateur à la différence de celui du

système dans lequel il s'insère, consacrant une approche aut centrée. A l'inverse, en matière de santé, l'idée est d'associer le patient à la gestion du système de santé avec une double intention : bien sûr protéger les droits et les intérêts des patients, mais aussi travailler avec les acteurs naturels du système de santé afin d'assurer au mieux la pérennité de ce système. Cela ressort de l'esprit général du droit de la santé mais aussi d'une disposition clef selon laquelle « *les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* »². Cela signifie que le patient dispose partiellement d'objectifs et d'intérêts identiques à ceux des professionnels de santé et des pouvoirs publics : protéger et développer le système de santé, ce qui permet à terme de défendre les intérêts propres de chacune de ces catégories. Le but est donc autant de protéger des intérêts catégoriels que de s'unir pour atteindre un objectif commun et partagé. En cela, de manière théorique, le système de santé se caractérise davantage par un travail commun et une « co-gestion » que par une opposition ou une résistance, se distinguant ainsi nettement du modèle consumériste.

Cette approche théorique est fondamentale car elle permet de saisir l'objectif que veut atteindre le législateur en mettant en place ce système d'intégration du patient dans la gestion du système de santé, mais cela ne signifie pas que l'application de ce dispositif dans la pratique soit conforme à cet esprit. Ainsi, en l'état actuel des choses, il n'est vraiment pas certain que la participation des représentants des patients aux instances hospitalières et de santé publique se fasse dans une optique de coopération et de participation. Dans la pratique, l'on retrouve de manière assez fréquente des comportements d'opposition : les patients ne cherchent pas l'intérêt de l'établissement mais défendent leurs intérêts spécifiques et s'opposent aux médecins et aux administratifs présents, parfois de manière systématique. Cela peut être lié à la maturation encore insuffisante des droits des patients : leur effectivité étant encore relative, leur titulaire défendent intensément leur mise en œuvre. Mais, quelle que puisse être l'explication, la réalité est la même : le schéma d'une opposition se retrouve parfois. Cette information est importante car elle peut nuancer fortement la réalité du dispositif initié par le législateur mais il ne doit pas être perçu de manière excessive. Cela ne signifie en effet pas qu'aucune gestion commune et participative n'existe, d'autres pratiques se conformant tout à fait à cela.

² Art. L. 1111-1 c. santé pub.

Une divergence de contenu ?

Le contenu des deux modèles diffère. Ainsi, comme cela a été dit, le consumérisme se caractérise par une attention soutenue apportée aux droits des consommateurs. L'objet unique est constitué par la défense de leurs prérogatives. *A contrario*, le modèle consumériste occulte totalement la question des obligations ou des responsabilités des consommateurs. Ces dernières ne sont pas un objectif et il semblerait inadapté voire incongru d'aborder ce point. Au contraire, le domaine de la santé consacre, de manière théorique, une approche profondément différente : si les patients se voient bien évidemment reconnaître des droits, ils se voient également attribuer des responsabilités. C'est tout à fait l'esprit qui anime l'art. L. 1111-1 du code de la santé publique cité précédemment³. Cette disposition est essentielle car, non seulement elle est à l'origine de l'attribution de devoirs et de responsabilités à l'utilisateur du système de santé, mais surtout elle lie de manière explicite les droits à ces responsabilités, manifestant par là une volonté claire du législateur de ne pas appréhender l'utilisateur comme un simple bénéficiaire des soins mais comme un acteur (Bataille 2003) à part entière du système de santé qui doit être conscient du rôle dont il est investi et de l'importance d'une gestion responsable du système auquel il participe.

Cette disposition s'inscrit dans un contexte opposé au consumérisme puisqu'elle traduit une volonté de responsabiliser le patient en le faisant participer mais aussi en lui montrant que les prérogatives dont il bénéficie sont le résultat de son sens des responsabilités, laissant penser qu'il existe un point d'équilibre entre droits et devoirs, l'étendue des uns dépendant de la capacité de ses bénéficiaires à accepter la charge des autres. Ainsi, alors que le consumérisme est centré sur la défiance des consommateurs à l'encontre des professionnels, justifiant une surprotection des premiers en tant que simples bénéficiaires de droits, le droit de la santé adopte une vision théorique nuancée par laquelle les patients sont certes ceux qu'il convient de protéger au vu de leur faiblesse, mais aussi ceux qui ont un rôle à jouer dans le fonctionnement général du système dont ils ne peuvent bénéficier comme de simples spectateurs. Telle est en tout cas l'intention initiale du législateur et cela a, au moins, le mérite de favoriser un esprit propice à la création des conditions de pérennité du système de santé.

Pour autant, aussi intéressante que soit cette disposition et l'esprit qu'elle induit, il est possible de s'interroger sur sa portée pratique et son effectivité puisqu'elle « [...] semble

³ « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose »

constituer une déclaration vague opérant comme un baume à destination du corps médical qui se sentirait dépossédé de ses prérogatives traditionnelles [...] » (Thouvenin 2004, p. 94). Certains la trouvent « quelque peu mystérieuse » et en tout cas « révélatrice des déclarations de principe sans réelle portée concrète, dont le législateur contemporain semble aujourd'hui coutumier » (Porchy-Simon, p. 52). Il est vrai que d'un point de vue pratique, il est possible d'opposer plusieurs arguments afin de nuancer la réalité de cette disposition. D'abord, alors qu'une disposition législative nécessite le plus souvent des textes d'application pour voir son contenu décliné et appliqué, aucune déclinaison réglementaire n'a été prévue ici pour les obligations et responsabilités du patient, permettant de douter de son effectivité. Ensuite, de cette absence d'application concrète, résulte une méconnaissance importante du dispositif, tant par les patients que par les professionnels de santé, limitant donc très fortement son impact pratique. De ce fait, aussi justifié et intéressant que puisse être ce dispositif, il constitue certes un objectif dont on ne peut pas exiger qu'il soit atteint immédiatement et facilement, mais dont la nature actuelle en fait malheureusement plus une déclaration d'intention qu'une réalité concrète.

L'ensemble de ces éléments permettent de dresser un constat très nuancé. Alors que l'esprit théorique de la relation entre le patient et le système de santé ne correspond pas au modèle consumériste, son contenu concret diverge de manière suffisamment importante pour que l'évolution du système de santé puisse connaître certains points communs avec le phénomène consumériste. Face à cette dualité d'approche et de résultats, il est actuellement impossible de trancher. Le patient et le système de santé se trouvent en quelque sorte « au milieu du gué », hésitant entre le particularisme de la santé et l'attraction naturelle du mouvement consumériste qui produit ses effets sur un nombre grandissant de secteurs de la société. Il reviendra finalement à l'ensemble des acteurs du système de santé (pouvoirs publics, patients et professionnels de santé) de déterminer quelle approche prendra le pas : l'application effective de l'orientation théorique initiée par le législateur ou l'officialisation des pratiques existantes, à moins qu'une voie intermédiaire ne soit possible entre ces deux pistes...

BIBLIOGRAPHIE

- Attali J. (2008), *Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française*, La Documentation française, 245 p.
- Beigbeder C. (2007), *Le « low cost » : un levier pour le pouvoir d'achat*, Rapport remis à Luc Chatel, 189 p.
- Bataille P. (2003), « Le sujet malade : un acteur politique de droit », *Actu. JuriSanté*, n° 39/40, p. 33.
- Baudrillard J. (1970), *La société de consommation*, Denoël, coll. Folio Essais, 318 p.
- Bernard Y., Colli J.-C (2003), *Vocabulaire économique et financier*, Seuil, 8^e éd., 576
- Cadeau E. (2004), « La "démocratie sanitaire" : "erreur", "commodité" ou "écart" de langage ? Propos introductifs aux actes du XVIIIe Atelier du CERDES », in Collectif, « La démocratie sanitaire : Aspects théoriques et pratiques hospitalières - Colloque CERDES du vendredi 19 sept. 2003 », *RGDM* n° 12, p. 9.
- Carricaburu D., Menoret M. (2005), « Les transformations de la relation médecin/malade : mythes et réalité », *Cahiers français*, n° 324, p. 79.
- Delprat L. (2007), « Du droit médical au droit de la consommation : évolution ou régression ? », *Revue de droit médical et d'identification appliqués à l'odontologie*, n° 6, p. 71.
- Demeulemaere P. (2003), *Homo oeconomicus - Enquête sur la construction d'un paradigme*, PUF, 286 p.
- Ducos-Ader R. (1992), « De quelques éléments de comparaison entre le droit de la santé et le droit de la consommation », in Collectif, *Etudes offertes à J.-M Auby*, Dalloz, 811 p., p. 739.
- Echaudemaison C.-D (2003), *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales*, Nathan, 544 p.
- Fagnani F. (1984), « Du "malade" au "consommateur" : médecine et mutations sociales », *La revue du praticien*, 34, 11, p. 477.
- Fayn M.-G (2005), *La société du soin, les nouvelles attentes du consommateur*, éd. Frison-Roche, 260 p.
- Fraselle N. (1996), *Du patient au consommateur – La construction d'un combat social*, Bruylant, 226 p.
- Ghestin J., Fontaine M. (dir.) (1996), *La protection de la partie faible dans les rapports contractuels – Comparaisons franco-belges*, LGDJ, coll. Bibl. de droit privé, 696 p.
- Grawitz M. (dir.) (2004), *Lexique des sciences sociales*, Dalloz, 8^e éd., 421 p.
- Gromb S. (1996), « De l'influence du consumérisme sur l'humanisme médical », *Gaz. Pal. doct.*, p. 767.

- Hamon H. (1985), « Le malade consommateur », in *L'exercice médical dans la société : hier, aujourd'hui, demain*, Masson, 318 p., p. 151.
- Jessua A., Labrousse C., Vitry D., Gaumont D. (dir.) (2001), *Dictionnaire des sciences économiques*, PUF, 1069 p.
- Jolly D., Jolly C. (dir.) (1993), *Malade ou client ?*, Economica, 164 p., p. 123.
- Lamboley A., Pitcho B., Violla F. (2004), « Le consumérisme dans le champ sanitaire, un concept dépassé ? », in *Études de droit de la consommation : liber amicorum Jean Calais-Auloy*, Dalloz, 1197 p., p. 582.
- Laude A. (2000), « Le consommateur de soins », *Dalloz*, p. 415.
- Memeteau G. (2002), « Le patient consommateur et le professionnel de santé », *Petites affiches*, n° 243, p. 52.
- Pellerin D. (2002), « La médecine de demain : consumérisme ou humanisme ? », *Problèmes économiques*, n° 2750, p. 1.
- Pierron J.-Ph. (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et Santé*, vol. 25, n° 2, p. 43.
- Porchy-Simon S. (2002), « L'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté », in Jourdain (P.), Laude (A.), Penneau (J.), Porchy-Simon (S.), *Le nouveau droit des malades*, Litec, coll. Carré droit, 145 p., p. 52.
- Rachet-Darfeuille V. (2004) « La démocratie sanitaire... ou quand la forme l'emporte sur la fond », in Collectif, « La démocratie sanitaire : Aspects théoriques et pratiques hospitalières - Colloque CERDES du vendredi 19 sept. 2003 », *RGDM*, n° 12, p. 17.
- Raymond G. (1996), « L'assistance médicale à la procréation après la promulgation des lois de bioéthique », *JCP G.*, I, 3 796.
- Ricot J. (2004), « Les formes nouvelles du pacte de soins – Intervention de clôture du XVIII^e Atelier du CERDES », in Collectif, « La démocratie sanitaire : Aspects théoriques et pratiques hospitalières - Colloque CERDES du vendredi 19 sept. 2003 », *RGDM*, n° 12, p. 81.
- Rocheffort R. (2001), *La société des consommateurs*, Odile Jacob, 279 p.
- Rocheffort R. (2007 a) *Le bon consommateur et le mauvais citoyen*, Odile Jacob, 312 p.
- Rocheffort R. (2007 b), « La société "consommatoire" », *Rev. pol. et parl.*, n° 1042, p. 194.
- Rocheffort R. (2008), *Un commerce pour la ville*, Rapport remise au Ministre du Logement et de la Ville, 83 p.
- Thouvenin D. (2004), « Les droits des malades ne peuvent être transformés en obligations », *RGDM*, sept., n° 13, p. 79, p. 94.

Weiss D., Chirouze Y. (1984), *Le consommérisme*, Sirey, coll. Administration des entreprises, 387 p.

Wickham S. (1976), *Vers une société des consommateurs*, PUF, 1976, 213 p.