

PROPOS CONCLUSIFS

© LEH édition



© LEH Édition
Diffusion et distribution interdites

Il n'y a pas de colloque sans remerciements, ni d'actes de colloque sans manifestation de gratitude. L'organisation d'une manifestation scientifique suppose soit d'être très riche afin de financer des prestataires de service, soit de trouver en interne les forces vives nécessaires. Compte tenu des budgets universitaires, la deuxième solution a été choisie. Un grand merci au service technique de l'Université de Lorraine, aux équipes de la Faculté de Droit de Nancy et au personnel de l'Institut François GénY. Quant à la réalisation des actes de ce colloque, elle doit tout à Saskia CONTET, doctorante particulièrement impliquée et organisée qui a mis son énergie et son temps au service de cette délicate mission. Qu'elle en soit ici publiquement remerciée.

L'introduction de ce colloque nous a donné l'honneur de réunir dans un amphithéâtre toutes les personnalités permettant d'incarner ce confluent de deux humanismes que constitue la rencontre des professionnels de la santé et du droit. « Médecins et juristes incarnent deux humanismes... Toutefois, l'être humain est si riche que le médecin et le juriste, le regardant respectivement sous l'angle de leur profession, ne se rencontrent pas immédiatement... Mais, par le sommet, les deux professions se rejoignent. Le médecin, à travers le corps qu'il soigne, noue nécessairement un lien étroit avec cette *personne* qui préoccupe le juriste. Et le juriste... prend nécessairement appui sur les corps humains qui sont l'élément vivant de la personne ».¹

Alors que les étudiants en Droit, présents à ce colloque s'attendent à des conclusions structurées en deux parties, deux sous-parties, il nous paraît plus pertinent de diviser nos propos en trois parties respectant un cheminement chronologique. Il est évident que la loi du 4 mars 2002 n'est pas une génération spontanée. Elle a des racines qui puisent dans un passé textuel et jurisprudentiel. La loi du 4 mars 2002 vient du passé (1). Elle synthétise et actualise un certain nombre de droits anciens mais apporte également des droits nouveaux. La loi du 4 mars 2002, loi est une loi moderne et équilibrée (2). Le recul qui découle de 20 ans d'application de ce texte législatif d'envergure permet d'imaginer les évolutions progressistes envisageables. Loi du 4 mars 2002 tend vers l'avenir (3).

1 SAVATIER R., *L'universalisme renouvelé des disciplines juridiques, Au confluent de deux humanismes : ententes et mésententes entre médecins et juristes, Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*, Seconde série, Dalloz, 1959, p. 234, n° 213. Dans le même sens LABBÉE X., « Juristes et médecins condisciples d'une même loi naturelle », *LPA*, n° 92, mai 2004, p. 67.

1) Loi du 4 mars 2002 vient du passé

L'expérience de M. Claude EVIN, chef d'orchestre, entre autres, des États généraux de la santé qui s'étaient tenus de l'automne 1998 à la fin juin 1999, a permis de rappeler que s'était exprimée la nécessité de voir positionnées, dans un ensemble cohérent, les prérogatives de la personne dans ses relations avec le système de santé quel que soit son interlocuteur : professionnels de santé ou établissements de santé publics ou privés. C'est lors de la clôture de ces états généraux que le premier ministre Lionel JOSPIN avait annoncé la mise en chantier de ce projet de loi. M. le sénateur Claude HURIET a rappelé utilement les réflexions, les initiatives et les projets qui ont précédé le processus législatif.

Les étudiants en droit de la santé savent bien que les droits des patients ont d'abord émergé dans la jurisprudence avant d'être reconnus et encadrés par différents textes réglementaires puis législatifs. Le célèbre arrêt Mercier en 1936² comme l'arrêt Teyssier de 1942³, constituent un socle solide d'élaboration d'un droit contemporain de la responsabilité médicale. Le premier droit du patient est d'être indemnisé en cas de faute médicale. Le Droit se construit par sédimentation. Parallèlement, il est très éclairant de se pencher sur l'éclosion du premier code de déontologie médicale publié en 1947⁴. Son article 30, heureusement vite modifié, reflète les valeurs sociétales de l'époque : « Art. 30. Le médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. » Aujourd'hui la formule choque. Il faut toutefois la contextualiser. La société française en 1947 est construite sur des modèles asymétriques de relations que ce soit dans la famille, le couple, l'école, ou l'entreprise. Cette asymétrie reflète la société de l'immédiate après-guerre. « Le droit n'est jamais innocent de la société qui le fait naître »⁵. Le paternalisme médical est alors un modèle de référence⁶. Le professeur PORTES est l'auteur d'une phrase résumant toute la dimension asymétrique de cette rencontre malade/médecin :

-
- 2 SARGOS P., « Deux arrêts « historiques » en matière de responsabilité médicale », *D.* 2010, p. 1522 ; VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2^e éd°, 2014.
 - 3 HOERNI B. et BOUSCHARAIN J.-P., « Arrêt Teyssier, quelques remarques sur une décision oubliée », *Histoire des sciences médicales*, n° 35, 3-2001, p. 299-304.
 - 4 Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale.
 - 5 Citation attribuée à BOUTROS-GHALI B., *Livre de l'année*, 1994.
 - 6 JAUNAIT A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons politiques*, 2003/3, n° 11, p. 59 à 79.

« tout acte médical n'est, et ne peut être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience »⁷. Ce « colloque singulier », selon la formule consacrée, est une relation entre un homme souffrant – la confiance – et un homme soignant – la conscience –. Implicitement, en 1947, il est admis que le sachant est le décidant.

Les évolutions successives du code de déontologie médicale (1955 - 1979 - 1995)⁸ permettront d'accompagner l'évolution de la société française. La co-décision devient le nouveau modèle, dans la famille, le couple, l'école, ou l'entreprise⁹. La loi du 4 mars 2002 fait de la co-décision un principe normatif essentiel. La symétrie est désormais l'art de décider ensemble¹⁰. Les représentants de l'Ordre national des médecins, par la voix du Dr BOYER, ont montré qu'une grande enquête réalisée par l'ordre des médecins permettait de constater que les règles issues de la loi du 4 mars 2002 étaient encore mal connues des médecins.

Concernant la douleur, François VIALLA a montré que la loi de 1999 bien avant 2002, avait fait de la lutte contre la douleur une priorité. Distinguant la douleur et la souffrance, il plaide pour la réintroduction du verbe latin *se dolere*. Johanne SAISON-DEMARS étudie les questions spécifiques des douleurs aiguës chroniques, de la fin de vie et de la méthodologie précise dans l'anticipation, l'évaluation et le traitement de la douleur. Elle montre surtout l'absence de judiciarisation en la matière. Nous rajouterons que sous l'empire de la douleur il ne peut y avoir de consentement libre.

Sur la question du fondement de la responsabilité médicale les propos de Marion GIRER peuvent être résumés par une formule inspirée

7 PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson 1954, p. 168. Formule qui eut un grand succès cf. VIDAL J. et CARLOTTI J.-P., « Le consentement du malade à l'acte médical », in *1^{er} Congrès International de Morale Médicale*, O.N.M., Paris, 1955, T.1, p. 86 ; et quelques détracteurs cf. DE FORGES J.-M. et SEUVIC J.-F., *L'hospitalisé*, Berger-Levrault, 2^e éd°, 1983, p. 194. D'aucuns ont pu ajouter à la phrase de PORTES, « au travers d'une compétence », cf. SAURY R., *Manuel de droit médical*, Masson, 1989, p. 236.

8 Décret n° 55-1591 du 28 nov. 1955 portant code de déontologie médicale ; Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale ; Décret n° 95-1000 du 6 sept. 1995 (*J.O.* 8 sept.) portant code de déontologie médicale codifié dans le Code de la santé publique par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (*J.O.* 8 août 2004).

9 JOUSSET D., BOLES J.-M., *La codécision en santé, Le soin démocratique ?*, Sauramps Medical, 01/2019.

10 HAS 2013, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble*.

d'un article de sa directrice de thèse¹¹ : le contrat est mort – vive la loi. Elle démontre en quoi la loi du 4 mars 2002 est une base juridique beaucoup plus stable, sérieuse et humaniste.

Quant à l'épineuse question de la démocratie sanitaire, Guillaume ROUSSET, analyse finement les différents dispositifs de représentation des usagers. La loi du 4 mars 2002 n'a pas tout inventé mais a rassemblé ce qui était éparé. Désormais les usagers ont un véritable rôle. « Entre le fort et le faible, entre le riche et le pauvre, entre le maître et le serviteur, c'est la liberté qui opprime et la loi qui affranchit »¹².

Caroline LACROIX a rappelé que l'action civile des usagers n'est pas née en 2002 et que les actions civiles collectives dans les politiques de lutte contre le tabac et l'alcool datent des années 1990 et d'un certain ministre de la santé portant le nom de Claude EVIN lequel sera rapporteur du projet de loi conduisant à la loi du 4 mars 2002 qui vient donc bien du passé et tend vers l'avenir.

2) La loi du 4 mars 2002, loi moderne et équilibrée

Cette loi apporte un certain nombre de nouveautés et/ou de précisions qui conduisent globalement à un sentiment de satisfaction avec toutefois des points de lacune ou de reproche qui bornent cet enthousiasme.

Dans un premier temps, il faut démentir certaines légendes ou fake news qui prétendaient que la loi de 2002 aurait renversé le pouvoir du médecin, en le faisant tomber de son piédestal pour faire du patient le nouveau décideur, le nouveau patron, le nouveau roi. La réalité impose de dire et de redire que cette loi du 4 mars 2002 est une loi d'équilibre qui a voulu mettre un terme à l'asymétrie sans en créer une nouvelle.

Deuxième rumeur à démystifier, celle d'une judiciarisation des rapports entre les patients et les professionnels de santé. Si le discours assurantiel est évidemment catastrophiste pour des raisons marketing, la réalité est toute autre¹³.

11 CALLU M.-F., « Autour de la mort : variations sur Madame se meurt, Madame est morte », *RTD civ.* 1999, p. 313 à 342.

12 R. P. Henri LACORDAIRE, extrait de la Quarante-cinquième conférence de Notre-Dame, 1848.

13 PY B., « La question de la judiciarisation en santé : mythe ou réalité ? » in LAPEROU B., *La société civile et la protection juridique de l'environnement et de la santé*, Mare & Martin, 2022, à paraître.

Sur le plan pénal, Patrick MISTRETTA a bien montré que si la loi du 4 mars 2002 a créé quelques infractions comme le non-respect de l'obligation d'assurance ou la violation des règles d'hébergement de données c'est surtout la suspension médicale de peine qui est une innovation moderne notable. Jusqu'alors, le seul mécanisme permettant de faire sortir de détention un détenu était l'utilisation de la grâce présidentielle. Plusieurs médecins furent toutefois accusés dans les années 1980 d'avoir rédigé de faux dossiers comportant des diagnostics volontairement pessimistes. L'affaire repris le nom de scandales des grâces médicales¹⁴. La loi du 4 mars 2002 a judiciarisé une procédure de suspension de peine qui, malgré les soubresauts de l'affaire Maurice Papon¹⁵ a fait ses preuves¹⁶.

Le Professeur Olivier RENAUDIE a réussi le tour de force de bâtir un parallèle entre la loi du 4 mars 2002 et sa sœur jumelle, la loi du 2 janvier 2002. Il a néanmoins mis en lumière les ambiguïtés terminologiques entre malade et non patient – loi du 4 mars - et usager – loi du 2 janvier. Des mots différents pour des concepts différents ? Il s'interroge sur l'emploi du terme de citoyenneté mais regrette surtout que l'octroi de nouveaux droits ne soit pas accompagné de mise en place de mécanismes pour en assurer l'effectivité.

Quant au contentieux, Maître Morgane BOUCHER a démontré que l'efficacité du combat judiciaire supposait de saisir le juge afin que celui-ci tranche et donne des précisions quand on en manque. Pour elle, les deux meilleures stratégies de défense sont celles du fisc et de l'ONIAM, deux institutions ayant en commun le goût de la précision et de bons avocats !

Le préjudice de défaut d'information a été présenté par Caroline LANTERO qui a su élégamment montrer la complexité de l'opération consistant à essayer de quantifier la part de perte de chance de refus d'un acte qui a produit un résultat. Le raisonnement est empreint de subjectivité ; la méthode de calcul est empirique. Elle n'a pas hésité à parler de l'outil le plus couramment utilisé : le doigt mouillé. Les habitués des CCI-ONIAM dans les mêmes circonstances évoquent son cousin : le pifomètre.

14 BOLE-RICHARD M., « L'inculpation de Mme Solange Troisier relance l'affaire des grâces médicales », *Le Monde*, 18 mars 1983.

15 « La Cour de cassation maintient la suspension de peine de Maurice Papon », *Le Monde*, 13 février 2003.

16 MORTET L., *La suspension médicale de peine*, L'Harmattan, 2007.

La loi du 4 mars 2002 a créé ex nihilo un nouveau droit du patient, le droit d'accès direct à son dossier. À l'époque, des prévisions pessimistes annonçaient des milliers, voire des millions de futures demandes. Des emplois de secrétaires avaient été envisagés, des achats de photocopieurs avaient été provisionnés. Le contentieux de l'accès dossier a été présenté par M. Marc DUPONT, directeur des services juridiques de l'APHP. Il est intéressant de constater qu'à l'échelle de l'APHP, plus gros ensemble hospitalier d'Europe (40 sites, 100 000 employés)¹⁷ le nombre de demandes d'accès dossier oscille entre 400 et 600. Ces chiffres sont cohérents avec les statistiques sur le plan lorrain. L'Institut lorrain de Lutte contre le cancer (ICL), par exemple, compte entre 10 et 15 demandes d'accès par an. En tout état de cause, nul n'a constaté la moindre embolisation du système hospitalier. La raison est semble-t-il assez simple. Mieux le patient est informé au cours de sa prise en charge, moins il éprouve la nécessité d'accéder à son dossier et inversement.

Pour évoquer l'avancée majeure de la loi du 4 mars 2002 au sujet de la prise en charge des conséquences de l'aléa thérapeutique, Morgane BOUCHER est revenue sur la schizophrénie française du double ordre juridictionnel, judiciaire quand un contentieux relève du secteur privé, administratif quand le même contentieux implique un établissement public. L'objectif de création d'un guichet unique n'a pas été entériné par la loi. La saisine d'une CCI-ONIAM reste facultative. Le patient reste libre de saisir une juridiction. Cette frilosité a fait perdre de nombreuses années sur le chemin de la simplification du droit¹⁸.

En revanche, la concrétisation de la solidarité nationale est un acquis incontestable de la loi du 4 mars 2002. Le sénateur Claude HURIET, qui a porté le projet ONIAM et participé activement aux premières années de fonctionnement des CCI l'a proclamé haut et fort : le système fonctionne et fonctionne bien. La meilleure preuve est que le législateur n'a cessé d'élargir les compétences de l'ONIAM (contentieux Benfluorex – contentieux Dépakine – contentieux de la vaccination obligatoire etc.)

L'Atelier 3 a porté sur l'indemnisation et l'aléa. Il a permis de revenir sur les seuils de gravité unanimement considéré comme très hauts. Il faut rappeler qu'en 2002 existait un flou absolu quant aux consé-

17 DUPONT M., APPOLLIS B., RENAUDIE O., « L'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 6, novembre-décembre 2016.

18 DESSALES T. *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*, Thèse Droit, Nancy, 2021.

quences économiques du système mis en place. N'oublions pas que les médias grand public évoquent régulièrement le chiffre étonnant de 10 000 morts par an d'infections nosocomiales. En 20 ans de fonctionnement du système CCI-ONIAM issu de la loi du 4 mars 2002 il n'y a jamais eu plus de 450-500 dossiers de décès découlant préten- dument d'infection nosocomiale déposés par an. Quant au budget de l'ONIAM, il ne s'est pas envolé, loin de là et reste stable aux environs de 150-175 millions d'euros par an ¹⁹ ce qui représente peu eu égard au déficit de l'Assurance maladie qui est de l'ordre de 26 milliards²⁰.

L'Atelier 4 a porté sur les produits de santé et la responsabilité des fabricants. Il a été globalement acté que la législation était plutôt favo- rable aux fabricants de produits de santé et que des évolutions étaient nécessaires.

L'Atelier 6 concernait les proches. Il a été abordé, entre autres sujets, la question du secret partagé. Autant la place de la personne de confiance est claire ; elle accède aux éléments couverts par le secret si et seulement si le patient le souhaite ; autant la place des aidants est floue.

De nombreuses interrogations ont porté sur les EHPAD, qui sont des établissements d'hébergement où ponctuellement des soins sont prodigués. La place du médecin coordonnateur reste discutée. Enfin, le Dr Hélène ROSSINOT a souligné le syndrome d'épuisement des aidants avec une statistique effrayante : 50 % des aidants décèderaient avec les aidés.

Alors cette loi est certes imparfaite, incomplète, à améliorer. Mais elle a plusieurs mérites incontestables parmi lesquels le juriste souli- gnera malicieusement que la loi du 4 mars 2002 permet de faire mentir Montesquieu qui affirmait qu'on ne pouvait pas change les mœurs par la loi²¹.

19 <https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/rapport-d-acti- vite>. Communiqué du 12 juillet 2022.

20 <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-commu- niques-de-presse/article/un-deficit-des-comptes-de-la-securite-sociale-en- 2021-en-nette-amelioration>. Communiqué du 12 mars 2022.

21 Les lois et les mœurs « Lorsque l'on veut changer les mœurs et les manières, il ne faut pas les changer par les lois, cela paraîtrait trop tyrannique : il vaut mieux les changer par d'autres mœurs et d'autres manières. (...) En général, les peuples sont très attachés à leurs coutumes ; les leur ôter violemment, c'est les rendre malheureux : il ne faut donc pas les changer, mais les engager à les changer eux-mêmes. (...) La loi n'est pas un pur acte de puissance ; les choses

La loi du 4 mars 2002 a pour but et pour effet d'instiller, d'initier, d'inspirer un changement de culture. Au simple soin technique – le cure – il est désormais acquis qu'il faut ajouter la prise en charge globale – le care. Plus aucun étudiant des facultés de médecine, d'art dentaire ou de maïeutique n'est diplômé sans avoir eu des enseignements théoriques et pratiques sur la nécessité de recueillir un consentement libre et éclairé de tout patient. La loi est peut-être pas suffisamment connue mais elle a déjà fait changer les pratiques et des bénéfices sont encore à venir.

3) Loi qui tend vers l'avenir

Le seul constat véritablement pessimiste est celui de l'échec des procédures amiables qu'ont déploré Claude HURIET et Claude EVIN. En Lorraine en 20 ans deux conciliations seulement ont pu aboutir. Plusieurs facteurs expliquent cet échec parmi lesquels une évidente mauvaise volonté des assureurs qui préfèrent encore la voie contentieuse à la voie amiable²².

Concernant les points d'amélioration des mécanismes créés en 2002, Guillaume ROUSSET espère que la représentation des usagers deviendra plus effective et ne restera pas, selon son image, la politique du pull sur une chaise vide. Caroline LACROIX a montré que l'action civile association des usagers peut être considérablement consolidée et renforcée.

Sur les inquiétudes liées à la technologie et aux GAFAM, exprimées entre autres par Claude HURIET, il peut être que les juristes savent introduire du Droit dans l'outil et que les secteurs de la banque, de l'État-Civil et du Casier judiciaire ont montré qu'on pouvait d'une part, obtenir une sécurité technologique de très grande qualité avec des services informatiques sérieux mais qu'il était souhaitable d'autre part, de bien penser la sécurité juridique des outils. L'exemple du casier judiciaire automatisé depuis 1980²³ est éclairant. L'État affecte quatre magistrats à plein temps au contrôle des informations entrantes et sortantes du casier judiciaire. Moyennant quoi, il y a eu très peu de fuites, de fraudes ou de piratages en quarante ans. Un parallèle peut

indifférentes par leur nature ne sont pas de son ressort ». MONTESQUIEU, *L'Esprit des lois*, Livre XX, extrait du chapitre XIV.

22 DESSALES T. *Le règlement amiable des accidents médicaux de 2002 à aujourd'hui : un système à la recherche de nouveaux équilibres*, Thèse Droit, Nancy, 2021.

23 Loi n° 80-2 du 4 janvier 1980 relative à l'automatisation du casier judiciaire.

être fait avec les médecins DIM qui jouent un rôle fondamental dans la sécurité juridique des accès aux différentes données de santé.²⁴

Il est fondamental que les outils ne soient pas exclusivement gérés par des techniciens. Le technicien est maître de la technique. Le médecin est le gardien du secret professionnel. Les deux sont interdépendants²⁵.

L'Atelier 1 sur la santé mentale a permis à Jean-Philippe VAUTHIER d'affirmer que la grande loi en psychiatrie n'est pas la loi de 2002 mais la loi du 5 juillet 2011 introduisant le juge des libertés et de la détention (JLD) dans le contrôle des soins et des hospitalisations sous contraintes. Les débats ont également fait émerger la notion de démocratie sanitaire dans les établissements de santé mentale. On retiendra la formule : *"nothing about us without us"* – rien sur nous, sans nous.

L'Atelier 2 sur la e-santé a étudié la diversité des outils numériques développés depuis la loi HPST du 21 juillet 2009. Les débats ont évidemment insisté sur l'impact de la crise sanitaire sur la télémédecine mais aussi sur la mise en place de solutions numériques exceptionnelles sans le consentement des intéressés (SIDEP). Chacun espère que des leçons seront tirées pour l'avenir et que dans l'hypothèse d'une future pandémie, le Droit sont incorporé d'emblée dans l'outil.

L'Atelier 5 a porté sur les nouveaux métiers (y compris ostéopathe-chiropracteur). Plusieurs définitions des futurs professionnels de santé ont été envisagées. Il ressort des débats que la politique de recrutement quantitatif pour pallier le manque de professionnels est encore à ses balbutiements. Le constat est identique quant à la cartographie et à la mauvaise répartition territoriale. Plusieurs membres de l'atelier ont évoqué le fait que l'enjeu était moins de créer de nouveaux métiers

24 Conformément à l'article R. 6113-6 du code de la santé publique, le médecin responsable du DIM de territoire participe à la définition de l'étendue, des modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que de l'enregistrement des accès aux données médicales nominatives. Le médecin responsable du DIM de territoire participe également à la détection des incidents sur les systèmes d'information visée à l'article L. 1111-8-2 du code de la santé publique.

25 « Un ami qu'un vrai zèle enflamme,
Un médecin prudent, sont deux riches trésors ;
L'un pour lui confier les secrets de ton âme,
L'autre pour conserver la santé de ton corps. »
Denys Caton (*Distiques*, Livre 2, XXII, trad. Antoine Marie Henri Boulard, p. 28, Paris, Fuchs, 1802).

(IPA par ex.) que d'améliorer les rémunérations des acteurs de terrains surtout dans une région frontalière où la concurrence est déloyale.

Un petit pas de côté vers le monde animal a permis au Professeur Didier DESOR de nous montrer que dans le règne animal aussi il existait des situations de soin vers soi mais aussi et surtout de soin vers l'autre.

Au terme de ce colloque, il nous appartient de faire quelques propositions.

La première, clin d'œil du Sénateur Claude HURIET, est de nous retrouver dans 20 ans pour vérifier ensemble que le chemin du progrès est jalonné de fruits savoureux et nourrissants.

La deuxième est de cultiver la seule méthode qui grandisse celui qui parle et celui qui écoute : la formation²⁶. La loi du 4 mars 2002 et plus largement l'ensemble du cadre juridique qui gouverne les activités de soins doivent faire l'objet d'enseignements magistraux à tous les étudiants en formation initiale, mais aussi de formation continue pour les praticiens en exercice. Puissent ces actes de colloque contribuer à apporter une petite pierre à cet édifice.

La troisième est de toujours conserver ce respect éthique de l'autre, cet altruisme bienveillant qui est la noblesse de tous les professionnels de santé.

Enfin, une citation s'impose naturellement pour clore ces conclusions : « L'information et l'humanitaire sont le remède contre les douleurs extrêmes. » Bernard KOUCHNER, Extrait de *Le malheur des autres*, 1991.

26 « Le bon professeur découvre les aptitudes naturelles de ses élèves et les développe en les stimulant et en les inspirant. Le vrai chef grandit les hommes qui le suivent. » NEILL Stephen, 1900-1984.