

# COMMENT NOMMER LA PERSONNE PRISE EN COMPTE PAR LE SYSTEME DE SANTE ?

**Guillaume Rousset<sup>1</sup>**

En droit comme dans les sciences de l'information et de la communication, chaque mot a un sens spécifique dont l'emploi n'est pas neutre. Le terme utilisé pour nommer la personne prise en compte par le système de santé ne fait pas exception à cette règle. En la matière, les pistes sont nombreuses : patient, client, consommateur, usager, assuré social, malade, soigné, citoyen... Dans toutes ces hypothèses, le choix réalisé est fondamental car il révèle l'esprit accordé à la notion et détermine son régime juridique. Il s'agit alors de déterminer quelle expression est la plus adaptée tant pour son domaine que pour son respect du particularisme de la relation médicale, à moins que ces appellations ne puissent se cumuler selon le moment et la dimension du colloque singulier.

---

1 Guillaume Rousset est Maître de conférences en droit, Université de Toulouse (UPS . IUT A)

En droit comme dans les sciences de l'information et de la communication (Benoît, 1995 ; Bernard, 2006), chaque mot a un sens dont l'emploi n'est pas neutre. Le choix des termes pour désigner un sujet de droit par exemple, peut être une source d'information importante sur l'esprit des règles qui le régissent. En matière de santé, cette remarque prend un sens particulier (Pedrot, 2008). Depuis quelques années, s'opère un glissement terminologique, source d'incertitude, pour désigner celui dont la santé est en jeu, notamment en santé mentale (Meyer, 2005). Utiliser le terme de patient, de client ou d'utilisateur par exemple n'est pas indifférent. Ce choix induit une approche variable et peut être la source de conséquences juridiques essentielles puisqu'il détermine le corps de règles applicables ; ainsi, désigner le patient sous le terme de consommateur laisse supposer que le droit de la consommation a vocation à régir la relation de soins, favorisant une mutation forte de cette relation spécifique. Aucune appellation n'est donc innocente. En dépit de l'importance que peut présenter le choix des termes (Bautier, 1994), les normes ne facilitent pas la délimitation des notions. Aucune définition juridique n'existe des termes de patient, de malade, de consommateur ou de client... Ces catégories subissent un certain flou.

Alors qu'un consensus semblait exister autour du terme de patient, il est de moins en moins utilisé, laissant la place à des mots nouveaux, à l'esprit totalement différent, comme celui de client ou de consommateur. La littérature juridique et professionnelle fait état depuis longtemps de ces glissements, sources d'instabilités pour certains et d'évolutions pour d'autres (Cultru, 2004 ; Daubech, 1998 ; Fagnani, 1984 ; Laude, 2000 ; Mémeteau, 2002 ; Moquet-Anger, 2004).

Dans cet esprit, il est intéressant d'envisager la multitude d'appellations afin de déterminer quelle est la plus opportune, à supposer qu'il y en ait une (Bourdieu, 1982 ; Breton, 1997). Les pistes sont nombreuses : patient, usager, malade, client, consommateur, soigné, assuré social ou citoyen (Laude, 2000 ; Thouvenin 2004, p. 86). Malgré leur diversité, elles peuvent être regroupées autour de trois idées. Certaines révèlent un esprit adapté au particularisme de la relation médicale mais présentent l'inconvénient de ne pas englober l'intégralité des réalités que représente la santé. A l'inverse, d'autres possibilités présentent un caractère suffisamment global mais sont animées par un esprit de réglementation impropre au colloque singulier. Enfin, certaines appellations paraissent constituer des tentatives intéressantes.

## **Des termes insuffisants dans leur domaine**

Les appellations envisagées ici sont les termes de « malade », « soigné », « assuré social ». Elles ont un trait commun : leur caractère lacunaire ; aucune ne prend en compte l'intégralité des dimensions de la relation de santé. Cela se manifeste de deux manières : soit le terme se concentre sur la dimension technique (« assuré social »), soit il se focalise sur la dimension médicale et pathologique (« malade », « soigné »).

### **Une focalisation inadaptée sur la dimension technique de la relation médicale**

L'assuré social peut être défini comme « toute personne affiliée à un régime de Sécurité sociale » (Guillien, Vincent, 2010). Ce terme renvoie à une notion essentielle de notre système de santé : le financement. Pour autant, est-elle adaptée pour désigner celui dont la santé est prise en compte par ce même système ? Deux éléments semblent devoir s'opposer à cela.

D'abord, cette appellation fait référence uniquement à l'aspect financier de la prise en compte de l'individu par le système de soins et ne reflète pas la dimension humaine. Bien sûr, cette référence financière est positive puisqu'elle se rapporte à un formidable système de solidarité mais elle ne constitue qu'une dimension partielle du secteur de la santé. Elle ne fait pas référence aux notions d'échange et de confiance si importantes en la matière (souvenons-nous de la citation : « Tout acte médical n'est, ne peut être, ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience », Portes, 1964, p. 163). Elle n'apporte finalement qu'un éclairage partiel.

Ensuite, cette expression ne recouvre l'intégralité des individus en contact avec le système de santé que depuis peu de temps. En effet, jusqu'en 1999 la qualité d'assuré social était liée uniquement à celle de travailleur (Thouvenin, 2004, p. 87), sur la base du principe commutatif selon lequel celui qui verse des cotisations accède à des prestations. Malgré les extensions successives de ce système aux autres populations, ce système laissait encore certains sans couverture de soins médicaux, en tout cas jusqu'à la loi du 27 juillet 1999 créant la Couverture maladie universelle. Depuis, l'accès à l'assurance maladie s'est véritablement généralisé. Cette expression n'est donc complète que depuis peu de temps, mais cela ne lui ôte pas les écueils précédemment décrits. Dès lors cette appellation ne paraît pas la plus opportune.

## **Une focalisation erronée sur la dimension pathologique de la relation médicale**

Cette focalisation passe par l'emploi de deux termes : « soigné » et « malade ».

### **Soigné**

L'emploi de ce terme est concret : il renvoie à l'aspect technique de la maladie et à sa prise en compte. Il est essentiellement utilisé par les soignants et se retrouve souvent dans l'expression de « personne soignée ». Mais il semble présenter un écueil principal : ce terme ne recouvre que partiellement la réalité de ceux qui fréquentent le système de santé. Il renvoie à la notion de soins, inséparable de la maladie. Or, les individus qui fréquentent le système de santé ne sont pas tous atteints d'une pathologie. Par exemple, que penser de la situation d'une parturiente ? Peut-on raisonnablement estimer qu'elle doit être désignée sous le terme de « soignée » ? Assurément non, à moins de considérer la maternité comme une maladie. De la même manière, est-il possible de considérer que le couple qui tente une procédure d'insémination artificielle est atteint d'une pathologie ? Certes leur présence s'explique par une défaillance en matière de fécondité mais cela ne permet pas d'affirmer que ceux-ci sont des personnes « soignées ». Dans un esprit proche, la présence d'une femme qui demande une IVG dans un établissement n'en fait pas une soignée, quelle que soit sa détresse. Il en va de même avec les personnes qui décident de subir une intervention de chirurgie esthétique, qu'elle soit reconstructrice ou purement esthétique. Ces cas ne constituent pas des maladies, ne nécessitent donc pas de soins. Ils subiront des actes médicaux mais sans vocation thérapeutique et ne peuvent pas être considérés comme des « soignés ».

### **Malade**

Le terme de malade est probablement l'un des plus utilisés par les soignants mais aussi dans le cadre de la promotion des droits des personnes en relation avec le système de santé. Par exemple, le rapport du Conseil économique et social sur les droits de la personne malade, texte fondateur (Evin, 1996), utilise cette appellation. Depuis, ce terme fait l'objet d'un emploi encore vivace, notamment par le législateur dans le texte central que constitue la loi du 4 mars 2002, en tout cas dans son titre puisque celle-ci emploie ensuite une très grande diversité de termes (Thouvenin, 2004, p. 86).

Pourtant, cette expression rencontre un écueil important, identique à celui du terme « soigné ». Elle ne prend en compte ni l'intégralité ni la diversité des situations que peuvent rencontrer ceux qui sont en contact avec le système de santé : femmes enceintes désirant accoucher ou avorter, couples qui veulent avoir un enfant de manière assistée mais aussi tout le secteur de la médecine prédictive, de la médecine du travail ou de la médecine d'expertise. En aucune manière, ces populations ne peuvent être considérées comme malades. A ce titre, cette expression, certes fréquemment utilisée et pratiquée, doit être écartée.

L'ensemble de ces appellations présente un caractère lacunaire. Face à ces possibilités, d'autres termes présentent l'avantage d'être plus généraux, mais ils semblent pâtir d'un esprit de réglementation inadapté.

## **Des termes inadaptés dans leur esprit**

L'évolution des termes utilisés est intéressante notamment du fait de l'influence grandissante de branches du droit dont l'esprit et le contenu ne sont pas en cohérence avec la santé en tant que domaine spécifique. Le droit de la consommation mais aussi le droit commercial favorisent des glissements à travers le développement des termes de consommateur ou de client. Face à cette évolution, une alternative totalement opposée apparaît, à travers le terme de citoyen, espérant insuffler une responsabilisation. Quelque soit l'esprit qui les caractérise, aucune ne semble devoir être retenue.

## **Une consumérisation inopportune**

La question de la consumérisation de la santé est une problématique actuelle qui bénéficie d'un éclairage doctrinal conséquent (Bouteille, 2001 ; Ducos-Ader, 1992 ; Fabre, 1997 ; Gromb, 1996 ; Laude, 2000 ; Mémeteau, 2002 ; Savatier, 1952). Mais est-il opportun de désigner le soigné par le terme de consommateur ?

Une première observation peut laisser penser que le patient est bien devenu un consommateur. Une analyse de la jurisprudence et de la législation aboutit au constat d'une évolution atypique dans le choix des termes et des textes applicables. Par exemple, la jurisprudence utilise des terminologies consuméristes pour désigner les patients, tant au niveau communautaire (CJCE, 1983, 1984) que national (Cour de cassation, 1984 ; Conseil d'Etat, 1949, 1998 ; Tribunal correctionnel de

Nanterre, 1978) et applique des textes qui ne relèvent habituellement pas du droit de la santé. Mais cette première impression tient plus de l'apparence. Si l'on s'attache au cœur de la notion de consommateur, les conclusions sont différentes. Afin de déterminer cela, il suffit de rapprocher la définition juridique du consommateur de la réalité de la notion de patient afin de déterminer les points de convergence et de divergence. Prenons une définition communément admise pour laquelle le consommateur est « la personne qui conclut avec un professionnel un contrat lui conférant la propriété d'un bien ou la jouissance d'un service destiné à un usage personnel ou familial. » (Guillien, Vincent, 2010). Les premiers termes ne posent pas problème : le patient est évidemment une personne, le soignant est heureusement un professionnel, les soins sont des services, eux-mêmes destinés au patient dans son intérêt. Mais un seul terme neutralise ces observations : ce qui unit l'individu et le professionnel est un contrat. Or, une part importante des soins est assurée par les établissements publics de santé qui ne sont pas unis aux soignés par un contrat, mais par une relation statutaire et un statut d'usager d'un service public. Le consommateur ne pourrait donc correspondre qu'à une part minoritaire de la réalité des soins. Qu'en est-il alors de définitions que pourraient livrer la législation ou la jurisprudence de la notion de consommateur ?

C'est ici que se concentre la difficulté : jamais la loi ou le règlement ne définit le consommateur. La jurisprudence et la doctrine ont tenté de pallier cette lacune, mais elles n'ont pas réussi à élaborer une définition réellement précise et fixe, à tel point qu'il est possible de s'interroger sur l'existence même de la notion de consommateur ou sur le caractère abusif de son contenu. Face à cette analyse juridique insatisfaisante, l'approche économique est essentielle. La définition des sciences économiques peut-elle correspondre au cas de la santé ? Le consommateur est présenté comme l'« agent économique qui exprime des préférences en choisissant, à des prix donnés, une consommation dans les limites que lui impose ses revenus » (Jessua, 2001), renvoyant au modèle de l'homo œconomicus. Cinq éléments doivent retenir l'attention : agent économique, préférence, choix, prix et revenu.

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). Celui qui est en contact avec le système de santé peut-il être considéré comme un agent économique ? Il est une personne physique, c'est un élément acquis.

Mais assure-t-il une fonction principale dans la vie économique ? Il faudrait s'entendre sur la notion de la vie économique, mais si l'on prend en compte le secteur privé de la santé, plus spécifiquement sa part dont le but est lucratif, ses activités participent de manière certaine à la vie économique, ceci par l'intermédiaire de ses protagonistes, patient et professionnel de santé, perçus ici comme client et entreprise. Si l'on analyse l'usager du service public en matière de santé, la présence de la notion d'intérêt général empêche une assimilation à une finalité mercantile mais cela n'est pas incompatible avec la participation à la vie économique, ces établissements jouant un rôle clef sur leur territoire d'implantation, notamment en termes de bassin d'emploi. Le patient semble donc pouvoir être qualifié d'agent économique.

Ensuite, les notions de préférence et de choix. L'analyse permet d'émettre des doutes. Le consommateur se caractérise par le désir qui le pousse à acheter un bien ou à être destinataire d'un service, l'élément central étant la volonté. Cette volonté s'exprime en deux phases : volonté de consommer puis volonté de choisir tel produit ou service. Bien sûr, l'envie initiale et le choix établi peuvent être créés ou faussés par les mécanismes classiques d'orientation du désir mais consommer reste l'expression d'un consentement. Or, de tels éléments font parfois défaut en matière de santé, même si le droit au consentement est une prérogative fondamentale du patient. L'exemple de l'individu hospitalisé en urgence démontre que la volonté d'intégrer l'hôpital mais aussi la possibilité de choisir l'établissement sont absentes. Une personne atteinte d'un trouble mental se trouve privée de l'autonomie de sa volonté lorsqu'elle est hospitalisée sous contrainte, que ce soit d'office ou à la demande d'un tiers. De la même manière, les vaccinations obligatoires font prévaloir la santé publique et l'intérêt des personnes concernées sur le droit au consentement. Au-delà de ces exemples, la survenance d'une maladie – par nature non programmée – ne laisse souvent pas la possibilité de choisir l'établissement de santé.

Enfin, la référence au prix et au revenu. Comme précédemment, ces éléments permettent de nourrir certains doutes. Le montant du prix est-il un élément que prend en compte le patient ? Il ne s'agit pas de dire que le facteur financier ne joue aucun rôle en matière de santé<sup>1</sup>, cela serait une contrevérité puisque les questions du reste à charge et des dépassements d'honoraires sont de plus en plus importantes. Cependant,

---

1 Souvenons-nous de l'expression classique mais pleine de sens « La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ».

l'argent ne joue pas la même fonction qu'en matière de consommation, passant du rôle de fin à celui de moyen. D'une manière proche à ce qui a été dit pour la volonté et le choix, une hospitalisation en urgence ou décidée par un tiers ne permet aucune prise en compte de l'élément financier comme déterminant de l'utilisation du système de santé. Ce sont 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 le rôle du prix en matière de santé : le remboursement par l'assurance-maladie. Globalement, 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 à la charge de l'usager. Cela a pour effet de relativiser fortement le rôle du revenu puisque ce qui est initialement un élément important pour le consommateur en tant que base financière de comparaison, est d'un intérêt relatif pour le patient.

Dans ce contexte, au vu de l'absence d'une partie des éléments caractéristiques de la notion de consommateur, il est délicat d'affirmer que l'individu peut être ainsi qualifié dans le cadre de la relation qui l'unit au système de santé. Les tentatives de définitions du consommateur, qu'elles soient juridiques ou économiques, ne correspondent pas à la réalité du soigné, même si celle-ci a pu évoluer ces dernières années. Face à l'insaisissabilité de cette notion, il semble audacieux de vouloir y assimiler le cas du patient puisque celui ne peut que s'en écarter du fait du fort particularisme qui le caractérise en tant que protagoniste du colloque singulier.

## **Une commercialisation malvenue**

La simple lecture du terme « client » pour désigner celui dont la santé et le corps sont en jeu peut choquer. Quelles que soient les conceptions du système de santé et sa considération en termes économiques, les relations de commerce liées à la notion de client sont par nature différentes de la prise en considération de la santé. Pourtant, ce terme est de plus en plus employé (Audouin et Orlewski, 2000 ; contra : Moquet-Anger, 2004 ; Rault, 2004). Cette appellation est-elle adaptée ?

Partons d'une définition. Pour certains auteurs, le client est « celui qui, faisant confiance à un professionnel, recourt régulièrement à ses services (ex. client qui se fournit habituellement chez un commerçant) ou – même la première fois – lui confie ses intérêts (ex. client d'un avocat) » (Capitant, 2004). Paradoxalement, cette définition ne semble



pas poser de problèmes particuliers dans le cas d'une application à la santé : le terme désignant la personne est neutre (« celui »), sans référence à la consommation ; le soigné se caractérise effectivement par la confiance qu'il accorde au soignant ; le soignant est un professionnel bien heureusement, lui-même dispensant un service, certes particulier. A l'exception des exemples utilisés, la définition semble correspondre à la réalité du patient. Pourtant, au-delà des apparences, le fond des règles ne permet pas d'affirmer que ce terme convienne, pour deux raisons.

D'abord, désigner l'utilisateur du système de santé par le terme de client est lacunaire. Il ne permet de prendre en compte qu'une partie seulement de la réalité visée par le mot patient : qui dit client, dit relations économiques avec un professionnel, ce lien se caractérisant par un contrat. Or, une part très importante des relations de soins qui se nouent entre soignant et soigné ne se base pas sur un contrat. C'est le cas de celui qui est soigné en établissement public de santé, alors usager du service public. Choisir le terme de client exclut donc une partie des hypothèses. A contrario, cela signifie-t-il que l'emploi de ce terme peut correspondre aux hypothèses dans lesquelles le lien juridique est un contrat ? Non, mais cette fois-ci parce qu'elle est inadaptée...

Ensuite, cette désignation est inadaptée essentiellement pour deux motifs. D'une part, elle révèle un esprit incohérent avec le rapport si particulier qu'est la relation médicale. L'analyse que certains professionnels peuvent réaliser du terme client révèle en effet une optique totalement étrangère : « Le « client » est, au départ, un mot adopté par le secteur privé, dans un contexte concurrentiel. Il possède une connotation de rentabilité » (Charlery, Barresi, 2005). Comment un mot qui fait référence à ces notions peut-il être adapté pour désigner celui qui remet son corps et sa santé entre les mains d'un médecin ? D'autre part, l'appellation de client est inadaptée par ses conséquences juridiques. Comme le soulignent certains auteurs, un client se caractérise essentiellement par le choix qu'il fait du professionnel avec lequel il va se mettre en contact ainsi que par le paiement direct qu'il lui verse (Moquet-Anger, 2004). Or, en matière de santé, aucune de ces caractéristiques n'est présente dans le cas de l'hôpital public. Parfois, le choix du lieu d'hospitalisation n'est pas réalisé par le patient : urgence, personne atteinte de troubles mentaux... De même, pour ce qui est du paiement, en aucun cas le patient ne paye le professionnel de santé dont il a subi les soins, au moins dans le cas d'une hospitalisation publique, au profit de l'établissement. Il semble donc que cette expression soit inadaptée.

## **Une responsabilisation mal choisie**

Le citoyen est parfois défini comme « le membre de la cité ou d'un groupement politique » (Capitant, 2004). C'est celui qui appartient à la cité et qui participe à sa vie. Ce terme est général, il relève de la science politique et du droit public. Il n'est pas propre aux questions de santé. Cependant, certains se demandent s'il ne conviendrait pas de considérer le patient comme un citoyen au sein du système de santé. Cela amène deux réponses possibles. Si cette volonté d'assimiler le patient à un citoyen résulte du désir de le rendre responsable, d'en faire un acteur du système dans une optique de participation et de développement de la démocratie sanitaire (Collectif, 2004), alors cela est particulièrement positif. A l'inverse, si le choix de cette appellation entend généraliser le statut de patient en ne le voyant plus comme une catégorie spécifique d'individu mais comme un élément parmi d'autres au sein de l'ensemble de la population citoyenne, alors cette globalisation terminologique semble abusive et dénuée d'intérêt.

Outre ce caractère trop général, il est nécessaire d'employer ce terme avec précaution. En effet, le citoyen dispose d'un rôle participatif dans la vie du groupe dont la quintessence est l'expression de son avis traduite par le vote. Pour simplifier, qui dit citoyen dit votant. Or, il est peu probable que les réformateurs du système de santé entendent introduire une dimension électorale. Participation de l'utilisateur ne rime pas forcément avec élection. Son implication en tant qu'acteur du système est souhaitable mais chaque domaine doit savoir garder ses caractéristiques et celui du système de santé n'est probablement pas l'élection. Cela ne signifie pas que la démocratie sanitaire ne doit pas être développée, elle concrétise au contraire une intention louable pour pérenniser le système de santé, mais désigner l'utilisateur du système de santé par le terme de citoyen constitue donc une source de confusion. Pour l'ensemble de ces raisons, l'appellation de citoyen ne paraît pas devoir être privilégiée.

Face à ces propositions écartées à cause du caractère lacunaire de leur domaine ou bien du fait du caractère inadapté de leur esprit, quelles appellations représentent malgré tout des pistes de réponse ?

## **Des termes adaptés dans leur domaine et leur esprit**

Deux mots semblent constituer des possibilités : l'une est déjà intégrée dans les usages mais fait l'objet d'une certaine désaffection : le patient. L'autre, est une expression plus récente mais de plus en plus utilisée : l'usager du système de santé.

### **Une piste ancienne mais toujours valable : le patient**

Contrairement à ce qui est habituellement cru, le terme de patient ne renvoie pas à la patience mais à la souffrance (du latin *patior* qui signifie souffrir). Ainsi, toute personne qui souffre physiquement ou mentalement peut être qualifiée de patient, cette souffrance semblant être le critère déterminant de ce statut. Malgré tout, le droit ne définit pas le patient, ce qui est approprié au vu des problèmes que pourrait soulever une tentative de délimitation. En effet, lorsque le droit européen définit le patient (« toute personne soumise à un acte médical » - Conseil de l'Europe, 1985), il le fait par renvoi à un autre concept, l'acte médical, qui n'est pas délimité et dont le contenu n'est pas certain, aboutissant à une définition qui ne contribue en rien à l'éclaircissement de cette notion.

De la même manière, quand certaines législations nationales, comme le droit belge, affirment que le patient est « la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non » (Loi belge, 2005), la définition du concept de « soins de santé » se pose avec une acuité particulière. Mais à la différence du droit européen, cette réglementation précise cette notion complémentaire (« services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie » - loi belge, 2005). La Déclaration sur la promotion des patients en Europe de l'OMS utilise le même mode de renvoi puisqu'elle définit le patient comme la « personne, malade ou non, ayant recours aux services de santé », ces derniers étant « les actes et services médicaux, infirmiers et apparentés assurés par les dispensateurs et les établissements de soins ».

Indépendamment de ces définitions, le terme de patient présente des avantages. D'abord, il est suffisamment général et comprend autant ceux qui sont malades que ceux qui ne le sont pas. Ainsi, au-delà de toute pathologie, il appréhende tous ceux qui souffrent. C'est le cas de la parturiente dont la douleur peut difficilement être niée, de celle

qui subit un avortement qui ne peut que ressentir une douleur morale et parfois physique. C'est aussi l'individu subissant une opération de chirurgie réparatrice, ou même purement esthétique, du fait de la forte souffrance morale et psychologique qu'il peut éprouver.

Ensuite, il s'adapte tant au secteur privé qu'au secteur public et n'établit aucune différenciation selon le lien juridique qui unit la personne à l'établissement. Que ce soit une relation statutaire ou contractuelle, le terme convient.

Egalement, il permet de prendre en compte la dimension humaine puisqu'il n'induit aucune connotation financière, technique ou négative et ne laisse que l'aspect humain s'exprimer. Il laisse ainsi une place à la confiance qui caractérise la relation de santé. En outre, il est positif psychologiquement et ne renvoie pas directement à la maladie, au moins en apparence.

Enfin, il est neutre juridiquement, n'induisant aucun lien avec une quelconque relation commerciale, de clientèle ou de consommation.

Malgré l'ensemble de ces points positifs, le terme de patient subirait une mauvaise image. Selon un sondage réalisé il y a quelques années, ce terme serait « un archétype socioculturel qui enferme la personne malade dans un rôle d'enfant dépendant d'un adulte possédant tous les savoirs » (Charlery, Barresi, 2005). En dépit de ce constat pour le moins discutable, ce terme emporte encore aujourd'hui les faveurs des professionnels de santé. Indépendamment de l'intérêt que représente cette appellation, l'utilisation d'un autre terme pertinent, semble se développer.

## **Une piste nouvelle : l'usager du système de santé**

Le terme d'usager est actuellement une des pistes les plus utilisées comme alternative à l'appellation de patient (Bréchat et al., 2003 ; Caniard, 2000 ; Moquet-Anger, 2006). Il est cependant nécessaire de différencier deux hypothèses : l'appellation d'« usager » et celle d'« usager du système de santé ».

Le concept d'usager est généralement entendu comme équivalent à celui d'« usager du service public » et rencontre de ce fait certains écueils dont le principal est son caractère lacunaire. Il est constitué d'un seul élément issu du service public, ici de santé. Affirmer que l'utilisateur du système de santé doit être désigné sous le terme d'usager présenterait donc le grave inconvénient d'exclure une part importante de la santé constituée par le secteur privé lorsqu'il n'exécute pas le

service public. De surcroît, cette appellation n'est pas totalement adaptée pour désigner celui qui est soigné dans un établissement public de santé puisque certains patients sont admis au sein de ces structures mais à titre libéral (cas du régime de la clinique ouverte ou des anciens hôpitaux locaux).

Dans ce contexte, cette piste doit être exclue au profit de l'autre appréhension, celle d'usager du système de santé. Cette appellation présente un intérêt dans le contexte de développement de la démocratie sanitaire. Sur un laps de temps court, les exigences juridiques ont sans cesse augmenté afin de favoriser la participation de l'usager du système de santé. Dans le cadre de la mise en place de cette démocratie sanitaire, le sens particulier que peut recouvrir ce terme est intéressant pour deux raisons. D'une part, il présente un caractère suffisamment général pour couvrir l'intégralité des situations : établissements publics ou privés, personnes atteintes d'une pathologie ou non etc. D'autre part, c'est la loi du 4 mars 2002, texte emblématique sur le sujet, qui a utilisé pour la première fois de manière caractérisée cette expression.

Cette appellation présente de surcroît l'intérêt de pouvoir être déclinée à travers deux conceptions. Une conception restreinte d'abord, intégrant l'usager réel dans toute sa diversité : mineurs, majeurs protégés, personnes privées de droits civiques ou de liberté, personnes atteintes de troubles mentaux, mais aussi les usagers dont la prise en charge est spécifique (ex. : cancer, soins palliatifs...). Le seul critère déterminant est d'être en contact direct avec le système de santé, d'en être l'utilisateur. Une conception large ensuite comprenant l'usager réel mais aussi l'usager potentiel, c'est-à-dire autant la personne directement concernée comme peut l'être celui qui est atteint d'une pathologie que l'individu qui a un rapport indirect comme les membres de la famille des malades hospitalisés, les proches, les représentants et les bénévoles. Dans ce contexte, cette expression semble intéressante et révèle une certaine conception du système de santé (Romeyer, 2010), pour peu que l'on croie Victor Hugo lorsqu'il affirme que « la forme est le fond qui remonte à la surface ».

## Références

- Audouin, L., & Orlewski, M. (2000). *Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale*, Paris : Mimi éditions.
- Bautier, R. (1994). *De la rhétorique à la communication*, Grenoble : PUG.
- Benoit, D. (1995). *Introduction aux sciences de l'information et de la communication*, Paris : éditions d'Organisation.
- Bernard, F. (2006). Les SIC une discipline de l'ouverture et du décloisonnement. Dans Bouzon, A. (dir.), *La communication organisationnelle en débat. Champs, concepts, perspectives*, (p. 33), Paris : L'Harmattan.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire - L'économie des échanges linguistiques*, Paris : Fayard.
- Bouteille, M. (2001). L'évolution consumériste de la notion d'acte médical, *La Semaine juridique* éd. Entreprises, suppl. au n° du 8 fév. 2001 « Droit et entreprise de santé », p. 17.
- Bréchat, P.-H et al. (2003). La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé, *Actualité et dossier en santé publique*, 44, p. 61.
- Breton, Ph. (1997). *L'utopie de la communication - Le mythe du village planétaire*, Paris : La Découverte.
- Caniard, E. (2000), La place des usagers dans le système de santé, *Actualité et dossier en santé publique*, 12, p. 12.
- Capitant, R., (2004). *Vocabulaire juridique*, 6<sup>e</sup> éd., Paris : PUF.
- Charlery, A., & Barresi, V. (2005), Le patient est-il client ou usager ?, *Décision Santé*, 212, p. 8.
- Collectif. (2004), La démocratie sanitaire : Aspects théoriques et pratiques hospitalières. Colloque CERDES du vendredi 19 septembre 2003, *Revue générale de droit médical*, 12, p. 7.
- Cultru, C. (2004), Patient ou consommateur, *Droit déontologie et soin*, 1, p. 34.
- Daubech, L. (1998). Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ?, *Gazette du Palais*, doct., p. 221.
- Ducos-Ader, R. (1992). De quelques éléments de comparaison entre le droit de la santé et le droit de la consommation. Dans Collectif, *Etudes offertes à J.-M Auby*, (p. 739), Paris : Dalloz.
- Echaudemaison, C.-D (2003). *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales*, Paris : Nathan.
- Evin, C. (1996). *Les droits de la personne malade*, Paris : JO du Conseil économique et social.
- Evin, C. (2003). *Petit dictionnaire des droits des malades*, 2<sup>e</sup> éd., Paris : Seuil.
- Fabre, H. (1997). Chirurgie esthétique : le patient devient un consommateur averti et responsable, *Gazette du Palais*, doct., p. 1 378.
- Fagnani, F. (1984). Du « malade » au « consommateur » : médecine et mutations sociales, *La revue du praticien*, 34, 11, p. 477.
- Gromb, S. (1996). De l'influence du consumérisme sur l'humanisme médical, *Gazette du Palais*, doct., p. 767.
- Guillien, R. & Vincent J., et al. (2009). *Lexique des termes juridiques*, 14<sup>e</sup> éd, Paris : Dalloz.

- Jessua, A. et al. (2001). *Dictionnaire des sciences économiques*, Paris : PUF.
- Laude, A. (2000). *Le consommateur de soins*, Paris : Dalloz, p. 415.
- Mémeteau, G. (2002). Le patient consommateur et le professionnel de santé, *Les Petites Affiches*, 243, p. 52.
- Meyer, V. (2005). *Communication organisationnelle et prise en charge du handicap mental*, Bordeaux : Les Etudes hospitalières.
- Moquet-Anger, M.-L (2004). Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? *Revue générale de droit médical*, 12, p. 43.
- Moquet-Anger, M.-L (2006). La représentation des usagers dans les instances hospitalières et de santé publique, *La Semaine juridique éd. Administratif*, p. 1094.
- Pedrot, Ph. (2008). Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé, *Revue générale de droit médical*, n° spécial.
- Portes, L. (1964). *Du consentement du malade à l'acte médical - A la recherche d'une éthique médicale*, Paris : Masson - PUF.
- Rault, B. (2004). *Le patient à l'hôpital : usager ou client ?*, Gestions hospitalières, p. 593.
- Romeyer, H. (2010). *La santé dans l'espace public*, Rennes : Les Presses de l'EHESP.
- Savatier, R. (1952). *Impérialisme médical sur le terrain du droit – Le « permis d'opérer » et les pratiques américaines*, Paris : Dalloz, p. 157.
- Thouvenin, D. (2004). Les droits des malades ne peuvent être transformés en obligations, *Revue générale de droit médical*, 13, p. 79.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JO n° 54, 5 mars 2002, p. 4 118.
- Loi belge n° 2002-08622/45 du 22 août 2002.
- Définition du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, recomm. R. 85-3, 26 mars 1985.
- Cour de justice des communautés européennes, 30 nov. 1983, aff. 227/82, Recueil CJCE, p. 3883.
- Cour de justice des communautés européennes, 31 janv. 1984, Luisi et Carbone, Recueil CJCE, p. 326.
- Cour de cassation, chambre criminelle, 15 mai 1984, Bulletin criminel, n° 178.
- Conseil d'Etat, 27 févr. 1998, Dalloz., 1998, IR, p. 142.
- Conseil d'Etat, 23 févr. 1949, Favaret, Lebon, p. 88.
- Tribunal correctionnel de Nanterre, 26 oct. 1978, Gazette du Palais, 1979, 1, p. 114.