

# LA DECISION MEDICALE PARTAGEE: est-elle réellement partagée ?

André Grimaldi

Pr émérite CHU Pitié Salpêtrière

Réponse : NON !

*Je n'ai pas de conflit d'intérêt en relation avec cette réponse*

# 1<sup>ère</sup> Question

Pratiquez vous la DMP en consultation ?

1 OUI, pratiquement toujours = DMP++

2 OUI parfois, mais pas le plus souvent = DMP±

# Le témoin de Jéhovah

«- Monsieur on va vous opérer, on aura très sûrement besoin de vous transfuser du sang . J'ai vu dans votre dossier que vous êtes témoin de Jéhovah. Acceptez-vous d'être transfusé ?

- Je vous fais confiance.
- Merci ,mais j'ai besoin d'une réponse précise. Acceptez-vous de recevoir du sang si cela est nécessaire
- Je suis témoin de Jéhovah. Ma religion interdit la transfusion.
- Acceptez- vous d'être transfusé ?
- Ma religion me l'interdit »

Pendant l'opération, il a un besoin vital de sang. **Deuxième question** : que faites vous ?

1 Je transfuse

2 Je ne transfuse pas

# La DMP face aux choix dramatiques

1 gérer **un conflit éthique** entre le respect du choix du malade et le devoir d'assistance à personne en danger

2 s'assurer, quand cela est possible, de la réalité du choix exprimé et de sa pérennité

3 **mais aussi** respecter le droit de ne pas choisir, de ne pas clarifier, si le coût émotionnel est trop lourd

4 le droit de savoir **mais aussi** le droit de ne pas savoir, pas tout, pas tout de suite

# L'autonomie en question

**1** A-t-on le droit d'avoir un « locus de contrôle externe »? L'autonomie comme droit  $\neq$  l'autonomie comme devoir  $\rightarrow$  l'injonction d'autonomie ( « *I am a poor lonesome cow-boy* », « *je ne suis pas un français assisté* »)

**2** **L'illusion de l'autonomie** : nous sommes déterminés par nos gènes, l'empreinte parentale, le style d'attachement acquis (sécure/insécure), la culture, l'éducation, les expériences de la vie, intégrés par l'épigénétique.... déterminant notre « aptitude au deuil »

**3** On ne choisit pas d'être aveugle ou amputé. C'est le « libre choix » du prisonnier de ses conditions et/ou de ses émotions

# La grande loi de l'homéostasie

La loi du vivant : persévérer dans l'optimisation

- 1 L'homéostasie biologique : les boucles de régulation, **au risque de la maladie**, induisant un essai de correction ou d'adaptation (« allostasie »)
- 2 L'homéostasie émotionnelle : lorsque les besoins primaires (faim, soif, absence de douleur, sécurité) sont assurés, l'être humain donne la priorité à l'homéostasie émotionnelle. Face au traumatisme psychique il met en œuvre des **mécanismes de défense** pour éviter la dépression ou l'angoisse paralysante, **au risque de la 2<sup>ème</sup> maladie**
- 3 L'homéostasie sociétale et environnementale : se libérer des contraintes, se défendre mais combattre l'hubris, par la régulation, la limitation et le partage, **au risque des guerres et des destructions**

# L'éthique face à l'ambivalence ordinaire

**1. Les addictions** sont une pathologie de l'homéostasie émotionnelle  
Face à la tyrannie interne de l'addiction (« *c'est plus fort que moi* ») , le patient a besoin d'une contrainte externe ( alcool, anorexie mentale...)

*Le scorpion et la grenouille qui pratiquait la DMP*

**2. La défaillance de la volonté** . Aider le patient à soupeser le pour et le contre , à négocier non pas avec nous mais avec lui-même, en se faisant l'avocat des 2 parties, le « moi rationnel » et le « moi émotionnel » . Le contrat d'objectifs smart est un contrat du malade avec lui-même, dans lequel il peut nous déléguer  $\pm$  son surmoi raisonnable : « *engueulez-moi docteur, ça m'aide!* »

# La DM partagée à deux ou à trois?

Le colloque singulier est encadré par le « tiers social » (les autres patients et la Sécurité sociale ) car la santé est à la fois un besoin individuel et un « bien commun » partagé entre tous (ex: *la vaccination obligatoire ou la liste d'attente des greffes* )

**3<sup>ème</sup> question** : Que faites vous quand un patient demande sans raison médicale un bon de taxi ou refuse sans raison un médicament générique ?

**1 j'explique et je refuse**

**2 le plus souvent, je me sens obligé d'accepter**

*( l'histoire de mon médecin conseil personnel )*

## 4<sup>ème</sup> question: quelle DMP pratiquez-vous ?

1 La canadienne : symétrique , le plus neutre possible

2 La genevoise : asymétrique, empathique

3 Ni l'une ni l'autre

# Les deux types de DMP

## 1 La canadienne

« Les deux parties s'informent mutuellement pour parvenir à un accord sur la décision dont elles partagent la responsabilité »

« Le danger ,c'est que le médecin influence le patient » C.Charles

Volonté de gommer l'asymétrie relationnelle, comme si la maladie était extérieure au patient et qu'il était transparent à lui-même

Jusqu'à l'indifférence revendiquée: « vous changerez ou vous ne changerez pas, moi cela ne changera pas ma vie! »

(c'est le « cure » sans le « care » )

# La dérive commerciale:

## la DMP entre « consommateur » et « producteur »

1 G. Vallancien : *« Faut-il toujours réciter le serment d'Hippocrate , la main levée pour être autorisé à opérer? ».« L'industrie automobile a su personnaliser sa production. A nous de faire de même »*

2 J.Poirier : *« Ce que l'on demande au médecin est analogue à ce que l'on requiert de tout autre prestataire de service: un maximum de compétence, un minimum de politesse »*

3 JF d'Ivernois et R Gagnayre : *«La santé est aujourd'hui considérer comme un service que l'on consomme. Le patient, au-delà de son rôle de consommateur devient un producteur de santé »*

**De la transaction commerciale au bonus/malus**

# Les deux types de DMP

2 La genevoise (Paul Tournier 1940).

« *Voici le paradoxe : la finalité c'est le chemin! La relation est un soin!* ». **La DMP est le résultat d'une relation :**

- j'ai répondu à ses questions , je lui ai expliqué les différentes possibilités thérapeutiques , j'ai vérifié qu'il avait bien compris,
- j'ai facilité l'expression de son vécu et de ses représentations (et au-delà, de son « identité narrative ») avec empathie et sans jugement .
- j'ai facilité l'expression de son ambivalence et Je l'ai aidé à faire un choix personnel réaliste.** Je lui ai proposé quand cela est possible de donner du temps au temps et/ou de prendre un autre avis
- je lui ai donné les moyens de me contacter, et je l'ai assuré de la continuité de mon soutien, inconditionnel et sans volonté d'emprise

# L'exemple de M Ray le tiqueur, blagueur

*« Il avait un caractère querelleur à la fois brillant et grossier : son couple avait été menacé... Il avait été mis à la porte d'une douzaine d'emplois , toujours à cause de ses tics et de ses crises.... Il était (comme beaucoup de tourettiens) remarquablement bon musicien, un batteur de jazz d'une réelle virtuosité.....*

*Ray sous l'effet de l'Haldol reste « sobre, solide, honnête »....Son mariage est fait de tendresse et de stabilité...Il a un poste de responsabilités dans son travail....*

*Mais sous l'effet de l'haldol, il se trouve musicalement engourdi, non dénoué de compétence ,mais interprète médiocre, privé d'énergie ,de joie et d'excès...*

***RAY pris une décision médicale capitale ,après avoir discuté avec moi:***

*pendant la semaine il prendrait de l'haldol et durant le w.e. il laisserait courir. Il y a donc maintenant deux Ray »*

# Conclusion

L'ETP comprend quatre éléments indissociables :

1 une **individualisation** du traitement ( en fonction de l' âge, des comorbidités, des conditions sociales ....)

2 un transfert de compétences d'auto-soins par **apprentissage**

3 une aide à l'acceptation/intégration/adaptation , à la **résilience**

4 une pratique de **codécision** ou décision médicale partagée ....

La DMP authentique suppose 1,2 et 3  
autrement elle n'est pas réellement partagée

L'ETP n'est pas seulement une prestation supplémentaire, c'est  
**une autre médecine**

FRÉDÉRIC PIERRU  
DIDIER TABUTEAU

PR ANDRÉ GRIMALDI, YVANIE CAILLÉ  
FRÉDÉRIC PIERRU, DIDIER TABUTEAU

LES MALADIES CHRONIQUES

# LES MALADIES CHRONIQUES

## VERS LA 3<sup>e</sup> MÉDECINE



20 MILLIONS  
DE FRANÇAIS  
CONCERNÉS