Numéro 300

Éditorial

300 numéros de *Réalités Cardiologiques.* Tous en prise avec l'évolution d'une discipline

→ **F. DIÉVART**
Clinique Villette, DUNKERQUE.

Ce numéro de la revue *Réalités Cardiologiques* est le 300e. Cette revue accompagne les cardiologues depuis 24 ans maintenant, et elle résiste encore aux tourmentes qui affectent la presse dans son ensemble, et particulièrement la presse médicale. Cette tourmente est une réalité : en effet, en 1990, un cardiologue français avait accès à plus de 30 revues de cardiologie éditées en français et en France et, en 2014, il ne dispose plus que d'une dizaine de revues de ce type.

Si la situation de la presse médicale a évolué, la pratique médicale et cardiologique a aussi été marquée par de nombreuses évolutions et les 300 numéros de *Réalités Cardiologiques* sont là pour en témoigner, notamment sur le plan des connaissances médicales.

Dans ce préambule au numéro 300 consacré aux recommandations de pratique et permettant d'aborder une certaine réalité médicale, nous souhaitons souligner une autre évolution de la médecine, qui touche davantage la pratique que la connaissance : l'évolution de la relation médecin-patient.

Évolution de la relation médecin-patient

Que le médecin le ressente ou non, qu'il le regrette ou non, qu'il l'accepte ou non, il est indéniable que la relation entre le médecin et le patient n'a cessé d'évoluer au cours des dernières décennies. Il est ainsi possible de distinguer des phases successives mais non indépendantes, chacune ayant laissé son empreinte et donné lieu à des modifications des comportements et/ou réglementations.

Schématiquement, quatre grandes périodes peuvent être identifiées avec le passage d'une relation où le médecin était tout-puissant à un nouveau type de relation, promu par la loi : la relation de décision partagée.

NUMÉRO 300

>>> **Les années 1950-1970** ont été caractérisées par l'explosion de l'efficacité thérapeutique, ou supposée telle, avec de nouveaux traitements et de nouvelles techniques. En cardiologie, ce sont ces années qui voient, entre autres, la mise à disposition des premiers bêtabloquants (1966), la première tentative de traitement de l'insuffisance aortique par une valve à bille dans l'aorte thoracique ascendante (1954), le premier remplacement valvulaire mitral (1960), la première coronarographie sélective (1958), les premiers pontages coronaires (1964), la première transplantation cardiaque (1967) et la première angioplastie coronaire (1977). Le corollaire en était que le pouvoir médical était fondé et légitimé sur et par ses succès.

>>> **Les années 1980-1990** ont, elles, été marquées par le désir de protection et d'épanouissement de l'individu. Le corollaire en a été le développement de comités d'Éthique (le Comité consultatif national d'éthique a été créé en février 1983), la promulgation de la loi Huriet (en décembre 1988), la mise en avant de la notion d'utilité et la prise en compte des critères de qualité de vie dont la définition en termes de santé a été proposée en 1994 par l'OMS.

>>> **Les années 1990-2000** ont été dominées par le concept de justification des décisions avec, pour conséquence, l'emprise progressive sur la pratique des références et des recommandations reposant sur la médecine fondée sur les preuves. Si le terme de médecine fondée sur les preuves a été forgé par Gordon Guyatt en 1980, c'est un article de 1992 de David Sackett qui en permet la diffusion et en établit la prégnance, ce qui contribuera en parallèle – après un long processus élaboré dans d'autres domaines comme par exemple l'aéronautique – à la mise en place de procédures d'évaluation des pratiques. C'est ainsi qu'en 1991, la loi sur la réforme hospitalière a introduit la notion d'EPP ou évaluation des pratiques professionnelles et qu'en 1993 a été proposé le modèle de l'évaluation renforçante (en anglais : *Empowerment Evaluation*) par David Fetterman, modèle qui servira de guide pour une évaluation faisant participer les différents acteurs d'un secteur où l'évaluateur est engagé aux côtés des acteurs. En parallèle, s'appuyant sur les références et peut-être sur la volonté de participer "d'une certaine manière" à l'évaluation de la pratique des médecins, les malades ou leurs familles ont souhaité que le médecin puisse rendre des comptes, notamment en cas de résultat non conforme aux attentes. La conséquence en a été une augmentation du nombre de procès à l'encontre des médecins, et cela parfois dans l'objectif de connaître la vérité… L'adage qui voulait que "*la souffrance et la mort dépendaient plus, dans l'esprit du public, de la fatalité que du droit*" a ainsi perdu progressivement de sa pertinence.

>>> **La période actuelle** est incontestablement celle de l'explosion de l'information concernant la santé. Celle-ci est accessible sur tous les supports grand public et notamment sur Internet. Son corollaire en est le développement d'un "savoir médical profane", et il apparaît maintenant nécessaire de canaliser médicalement l'information et de proposer une éducation du patient. Ces années sont caractérisées par un concept : le patient est un acteur de sa santé, il peut et doit participer à la décision d'un soin qui le concerne au premier chef.

Autre modèle de l'évolution de la relation médecin-patient

Il est aussi possible de décrire l'évolution de la relation médecin-patient par une typologie des comportements du médecin prenant en compte quatre modèles.

>>> **Le modèle paternaliste :** dans ce type de relation, le médecin est, ou se juge, comme "*le mieux à même de définir le bien-fondé des décisions médicales qu'il prend pour ses propres malades*". Il use de son privilège thérapeutique, ne divulgue à son patient que des informations choisies, dans l'objectif d'obtenir un consentement formel (ou une absence de refus) et décide seul du traitement. Ce modèle, probablement courant à une époque, est maintenant jugé dépassé et peu répandu. Il n'est par ailleurs pas ou plus applicable car il suppose que le patient et son médecin partagent les mêmes valeurs de ce qui est juste et bien.

>>> **Le modèle informatif :** ici, le médecin fournit au patient les informations appropriées pour l'aider à choisir le traitement. Les valeurs/préférences du patient sont supposées connues par le patient et n'ont pas besoin d'être révélées, tandis que les informations sur le diagnostic et les options thérapeutiques sont ignorées par le patient et doivent donc lui être "transférées". Ce modèle a une portée limitée car il suppose que le patient a assimilé des connaissances complexes et que le médecin accepte de devenir un simple technicien, sans rôle actif dans la décision médicale finale.

>>> **Le modèle interprétatif :** le médecin expose objectivement les éléments de diagnostic et les thérapeutiques possibles et révèle les valeurs/préférences du patient. Le choix du traitement est ainsi coproduit dans l'interaction.

>>> **Le modèle délibératif :** dans ce modèle, le médecin accompagne le patient dans la découverte et le choix de l'option thérapeutique pour lui permettre de combiner ses préférences, son style de vie et les nécessités qu'exige sa situation médicale ; il aide le patient à réfléchir à ses valeurs

et à mieux les comprendre. Le patient, quant à lui, exprime son autonomie dans le choix de valeurs qui lui sont propres et qui ont finalement guidé son choix.

Ces deux derniers modèles consacrent la place active des deux intervenants de l'interaction. Ils correspondent aux développements de la profession médicale et aux représentations sociales maintenant dominantes des rôles que doivent jouer les deux catégories d'acteurs dans le cadre de leur rencontre. Ce sont les "modèles de la décision partagée".

L'ère de la décision partagée

Même si dans de nombreux cas, et cela tant du fait du patient que du médecin, il n'en est pas toujours ainsi, l'évolution de la relation médecin-malade évolue progressivement, et surtout réglementairement, vers une relation de décision partagée entre le médecin et le patient.

En 2014, dans la relation médecin-patient, le médecin n'est plus paré de l'aura du pouvoir lié aux succès et au savoir. Son savoir paraît accessible, son savoir peut être remis en cause et le médecin est parfois impliqué dans des scandales sanitaires. Surtout, il est face à un patient dont les droits ont été affirmés par plusieurs textes de lois, notamment ceux de la loi Kouchner de 2002.

En 2014, le patient se forge progressivement un savoir médical profane. Celui-ci est traditionnellement constitué des discussions avec l'entourage, amis et famille, mais les données de ce savoir sont démultipliées par la consultation de revues grand public et de sites Internet. Ainsi, un sondage effectué en 2010 auprès de 1 014 personnes en France montrait que 64 % avaient déjà cherché de l'information sur la santé sur Internet : dans 70 % des cas, la recherche était indépendante d'une consultation et 34 % d'entre elles ne le disaient pas à leur médecin. Dans un autre sondage effectué en 2013, les personnes cherchant des informations de santé sur Internet indiquaient le faire pour mieux comprendre les explications données par le médecin, trouver d'autres informations que celles données par les médecins, confirmer l'information donnée et obtenir un second avis.

En 2014, le médecin n'est plus la seule source de l'information de santé et son avis peut être évalué, discuté, voire remis en cause. Un nombre grandissant de patients veut être acteur de sa santé et Internet facilite cette tendance. Tendance renforcée par le fait que la loi et les recommandations de pratique stipulent que les préférences et valeurs du patient doivent être prises en compte dans le choix d'une option thérapeutique.

La loi de 2002 a en effet reconnu à la personne malade des droits dans sa relation avec les professionnels de santé en tant qu'utilisateur de leurs services. Cette loi a modifié les positions d'acteurs en donnant au patient les moyens de prendre, en connaissance de cause, les décisions concernant sa santé. L'existence du droit subjectif d'information dont le patient est titulaire a pour conséquence de créer une obligation à la charge du professionnel.

Le professionnel "sachant" est donc tenu de donner au patient les informations nécessaires pour que ce dernier soit en mesure de prendre une décision. La loi du 4 mars 2002 a accordé une place prééminente au droit d'information car ce droit conditionne l'expression de la volonté du patient : il est le moyen lui permettant de prendre les décisions le concernant en connaissance de cause. Cette loi a fixé dans les textes législatifs "le droit de savoir, pour pouvoir décider", et ainsi le droit d'être informé précède la mise en œuvre des soins.

Il s'agit d'une nouvelle réalité médicale.