

Postulat Philippe Martinet sur l'incertitude et la décision partagées, dans le domaine médical

Développement - texte déposé

Plusieurs articles scientifiques récents montrent qu'en Suisse, plus de 60% des patients se sentent impliqués grâce aux conseils de leur médecin généraliste¹ et de plus en plus nombreux sont ceux qui veulent être acteurs de leur santé. Il en résulte des attentes croissantes en termes de ce qu'on nomme *le partage de la décision et de l'incertitude liée* qui peut être défini comme « le processus au cours duquel le patient et le médecin participent à la prise d'une décision médicale. Sans entrer dans les détails, ce processus signifie que le médecin laisse un espace dans la rencontre avec son patient pour que celui-ci ait la possibilité de comprendre non seulement la nature du problème médical, mais également les enjeux de l'intervention (risques, bénéfices, incertitudes) ».

Le besoin de partage de la décision — et de sa part d'incertitude — est une évolution inéluctable, notamment liée au fait que, comme le montre un récent article de la *Revue Médicale Suisse*² : « Le médecin et le patient doivent faire face à deux types d'incertitude lors de dépistages: a) incertitude quant à l'efficacité du dépistage lui-même en termes d'impact sur la morbi-mortalité liée au cancer de la prostate et b) incertitude quant au type de traitement à initier en cas de dépistage positif. » Par ailleurs, les patients viennent de plus en plus souvent consulter après avoir visité de nombreux sites d'informations (avec un effet de désacralisation de la parole du médecin, même si l'asymétrie de l'information demeure). Mais aussi, les progrès de la médecine vont permettre de plus en plus fréquemment d'anticiper la survenue puis la gestion de maladie (cf. la médecine prédictive et personnalisée).

Le partage de la décision doit aussi être abordé positivement ; en effet, « les outils d'aide à la décision, d'une part améliorent les connaissances des différentes options liées à l'acte clinique, le degré de participation dans la prise de décision et la perception appropriée des risques et bénéfices de l'intervention envisagée, d'autre part réduisent les difficultés dans la prise de décision ». De plus, sous l'angle financier, au-delà du risque de consumérisme, il permet de réduire la perte d'information lors du passage d'un soignant à un autre (cf. développement des réseaux de soins), ou d'éviter les examens à double.

Mais surtout, le soignant comme le patient sachant que : 1° toute intervention comporte son lot de risques et d'effets secondaires, et 2° le traitement sera d'autant plus efficace que la compréhension mutuelle est bonne (ex. pour le dosage médicamenteux côté soignant, pour une attitude proactive côté soigné), le processus de partage de la décision médicale devient alors un antidote à une relation de type : « client-prestataire », bien vite susceptible de dériver vers des logiques purement commerciales avec leur lot de procès « à l'américaine ».

Dans ce contexte, par le présent postulat, nous remercions par avance le Conseil d'Etat d'étudier les questions suivantes :

1. Au vu de cette nouvelle donne de la relation entre patient et soignants, quelle appréciation le Conseil d'Etat fait-il de la plus ou moins bonne application de l'art. 21 LSP, Droit à l'information : « Afin de pouvoir consentir de manière libre et éclairée et faire un bon usage

¹ *ScienceDirect*, « Shared decision making development in Switzerland: Room for improvement! », Dr J. Cornuz, B Kuenzi & T. Krones, 2011.

² *Revue Médicale Suisse* du 14 juin 2010, J. Cornuz, N. Junod, O. Pasche & I. Guessous : « Dépistage des cancers en pratique clinique : une place privilégiée pour le partage de la décision ».

des soins, chaque patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les différents examens et traitements envisageables, les conséquences et les risques prévisibles qu'ils impliquent, le pronostic et les aspects financiers du traitement (...) »

2. Comment développer une meilleure connaissance de cette notion de « partage de l'incertitude et de la décision » et en cerner les conséquences dans la relation thérapeutique, en commençant par l'enseignement des concepts de base à maîtriser³ ? Et pour les maladies les plus fréquentes, comment élaborer des protocoles ou processus de décision partagée, montrant à chaque étape les attentes respectives envers le soignant et le patient ?
3. Comment donner une impulsion supplémentaire pour permettre à la population d'être renseignée de manière fiable afin d'encourager une attitude responsable (être acteur de sa santé) et un dialogue le plus rationnel possible avec le corps médico-soignant (qu'est devenu SANIMEDIA⁴ ?) ?
4. Quelles mesures envisager pour que l'ensemble du corps médico-soignant adopte symétriquement une posture intégrant le concept de « décision partagée » (cf. *evidence based medicine*) ? Ceci également dans le domaine de la santé mentale, où l'on constate une explosion des consultations.
5. Quelles seraient les initiatives à prendre en la matière par le Conseil d'Etat au plan financier (ex. via la CDS, valorisation du point TARMED pour reconnaître au besoin le temps consacré à rendre le patient mieux renseigné et apte à se prendre en charge) ?

Par analogie à la réponse à mon précédent postulat portant sur la promotion d'une politique de prévention, dont la réponse fut donnée via le Programme de législation, j'accepte volontiers l'augure d'une réponse brève mais intégrée dans le prochain Programme de législation du Conseil d'Etat, 2012–2017.

Demande le renvoi en commission.

Gland, le 8 mai 2012.

(Signé) Philippe Martinet

Développement en plénum

M. Philippe Martinet : — Notre Grand Conseil est assez réservé quand il s'agit de parler de domaines médicaux, tant ils sont devenus complexes. Pour preuve, dans les débats sur l'hôpital de Rennaz, on a beaucoup parlé de transports et d'accessibilité, mais assez peu du projet médical. Néanmoins, il est arrivé, du moins au cours de ces dix dernières années, que le Grand Conseil donne une impulsion qui soit utile pour accompagner l'évolution de la médecine. Je vous rappelle ce que notre ancien collègue Michel Glardon avait fait pour les soins palliatifs, devenus aujourd'hui tout à fait logiques. Dans le secteur de la prévention, cela a débouché notamment sur le programme Diabète ; dans le secteur de l'information des patients on a créé Sanimédia, pour ne rien dire de la médecine du travail puisqu'un postulat est encore pendant sur ce sujet, dont on sait qu'il n'est pas encore très bien traité ni du point de vue académique, ni en termes de politique publique. On voit donc qu'il est parfois intéressant d'anticiper ou d'accompagner une évolution du secteur de la santé.

³ Il serait ainsi indispensable que chacun sache distinguer entre « probabilité » et « incertitude », ou entre le « dépistage systématique » et le « diagnostic précoce ».

⁴ Rappel : l'art. 6 let d) LSP charge le département de : « (...) promotion de la qualité ainsi que par une information active de la population ».

En l'occurrence, l'évolution dont parle le postulat est le sentiment d'incertitude partagée. En effet d'un côté, les patients interpellent le corps médico-soignant d'une manière différente notamment du fait que la plupart ont regardé des sites internet fort bien documentés. De l'autre côté, dans la mesure où il y a une évolution technique de la médecine et des capacités de soigner des maladies très lourdes jusque très tard dans la vie, il y a une part d'inconnu. Je vous donnerai juste quelques exemples : le débat sur « faut-il prendre plutôt du sintron ou de l'aspirine », cette dernière étant moins efficace mais avec peu d'effets secondaires alors que c'est plutôt l'inverse pour l'autre ; lors de maladies chroniques, on sait que les soins fonctionnent mieux si le patient est vraiment associé au programme thérapeutique, s'il le comprend, etc ; dernier exemple, celui du dépistage du cancer de la prostate cité dans le postulat. Faut-il le faire plus ou moins systématiquement, oui ou non ? Et une fois qu'il est avéré, le cas échéant, comment aborder le traitement puisqu'il y a plusieurs voies possibles ?

On voit donc qu'il y a un travail à entreprendre à la fois à l'interne, auprès du corps médico-soignant, pour intégrer le phénomène de l'incertitude dans la relation patient-soignant, et vers l'extérieur, du côté du grand public, pour qu'il ne vienne pas à considérer l'appel au médecin comme une visite au supermarché dans lequel on viendrait juste chercher le médicament qu'il faut, mais qu'il comprenne l'importance de créer une véritable relation de partenariat. C'est là le propos et j'espère qu'une majorité du Grand Conseil renverra ce postulat à une commission ou directement au Conseil d'Etat. A vous de me le dire.

Le président : — Vous avez souhaité le renvoi en commission, mais malheureusement, la liste des signatures n'accompagnait pas le texte déposé.

Le renvoi en commission est soutenu par largement plus de 20 membres.

Le postulat est renvoyé à l'examen d'une commission.