

Postulat Philippe Martinet - sur l'incertitude et la décision partagées, dans le domaine médical (11_POS_297)

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 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 législature, j'accepte volontiers l'augure d'une réponse brève mais intégrée dans le prochain Programme de législature du Conseil d'Etat, 2012–2017.

Demande le renvoi en commission.

Gland, le 8 mai 2012.

(Signé) Philippe Martinet

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 ».

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 ».