

LAURENT **COMBALBERT** STÉPHANIE **FURTOS** MARWAN **MERY**

NON MERCI, DOCTEUR

12 histoires vraies
pour négocier
l'observance thérapeutique

PRÉFACE DE **GÉRALD KIERZEK**

DUNOD

Pour en savoir plus sur les auteurs : www.adngroup.com

Direction artistique : Elisabeth Hebert

Mise en pages : PCA

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---

DANGER



**LE PHOTOCOPIAGE
TUE LE LIVRE**

© Dunod, 2020

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN : 978-2-10-080888-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Préface.....	1
1. Votre mari est ce que l'on appelle un patient non-observant	5
Parole d'expert Dr Jean-Michel Guy, Cardiologue, Coordinateur Centre de réadaptation cardiaque	21
2. Comment peut-on refuser d'être guéri?	23
Parole d'expert Pr Mathieu Raux, Médecin anesthésiste réanimateur	37
3. Je prends mon traitement quand j'en ai envie!....	39
Parole d'expert Laurent Mandica, Parent-aidant	54
4. Non merci, Docteur, pas pour moi	57
Parole d'expert Dr Franck Garden-Brèche, Médecin urgentiste, Praticien et formateur en hypnose médicale	72
5. Pourquoi je devrais vous faire confiance?	75
Parole d'expert Pr Denis Jullien, Chef de service en dermatologie à l'hôpital Edouard Herriot, Lyon	90
6. Je vais sur Google, je tape hypertension	93
Parole d'expert Dr Patrick Mauries, spécialiste en médecine générale, maître de stage universitaire.....	109

7. J'ai eu le diabète, mais maintenant je ne l'ai plus	111
Parole d'expert Alice Lamolinerie, Infirmière libérale à domicile ...	126
8. Je ne sais pas pourquoi cela m'arrive à moi	129
Parole d'expert Pr Bérard, chef de service d'immunologie clinique-allergologie à l'hôpital Lyon sud, Président du collège national des Enseignants d'Allergologie (CEA)	144
9. C'est comme si la maladie avait déjà gagné	147
Parole d'expert Dr Benoît Chaillous, Rhumatologue	162
10. Vous pensez que je ne m'intéresse pas à vous ?	165
Parole d'expert Brigitte Massicault, Présidente de l'association IMAGYN (Initiatives des malades atteintes de cancers gynécologiques)	179
11. Redonnez-moi l'ordonnance, il faut que je vérifie	183
Parole d'expert Dr Olivier Rozaire, docteur en pharmacie et président de l'URPS Auvergne Rhône-Alpes	198
12. S'il ne veut plus parler à la police, parlera-t-il à un médecin ?	201
Parole d'expert Dr Dominique Tillant, Anesthésiste-réanimateur et thérapeute comportementaliste, Médecin du RAID	216

Préface

Que viennent faire un ancien négociateur du RAID et un expert des négociations complexes dans un livre sur l'observance thérapeutique ?! La relation médecin-malade est-elle à ce point en crise ? Peut-être sont-ils eux-mêmes patients, otages de leurs médecins ? On pourrait penser que ce livre parle des patients ; en réalité, il parle des médecins. Car derrière la non-observance, il y a l'incapacité du médecin à convaincre et faire alliance avec le patient. Ce livre parle donc bien de relation, de communication et donc de négociation et les auteurs ont une réelle expertise à nous apporter à tous.

Ce n'est pas un livre de médecine mais un livre pour la médecine, pour les patients et pour les professionnels, au carrefour des enjeux clés de la médecine de demain, plus humaine et plus relationnelle. L'alliance thérapeutique sera en effet plus que jamais indispensable à l'efficacité des soins, gage non seulement d'une bonne observance du traitement mais aussi liée à d'autres effets parmi lesquels l'effet « blouse blanche » voire l'effet placebo.

Les rapports entre professionnels et patients ont changé : la « relation de confiance » est désormais une « relation de pouvoir » dans laquelle il est urgent de rétablir la confiance. Laurent Combalbert, Stéphanie Furtos et Marwan Mery nous livrent ici une méthode et des clés de compréhension et d'action au quotidien.

Les patients ne sont plus passifs lorsqu'ils vont voir leur médecin. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a rendu l'information et le consentement obligatoires. L'information ne peut se résumer à un questionnaire ou un formulaire glissé en fin de consultation et une signature à apposer. L'information nécessite compréhension, temps, écoute et parfois négociation pour obtenir un consentement libre et éclairé. D'autant que les patients, dans une société « d'infobésité » où l'information santé est partout (Internet, journaux, télé, radio...), sont de plus en plus informés. Malheureusement, de plus en plus ne veut pas forcément dire de mieux en mieux : les fausses informations (*fake news*) circulent partout, et les plus partagées sur les réseaux sociaux sont celles qui touchent à la santé !

Plus largement, ce qui se négocie, ou pas, justement, au niveau individuel entre patient et soignant n'est que le reflet d'un malaise plus global qui concerne le monde de la médecine tout entier. Il y a clairement une perte de confiance des patients envers les professionnels de santé, médecins en particulier. La défiance envers l'industrie pharmaceutique et les médecins fait suite aux nombreux scandales sanitaires, avérés ou supposés, ayant défrayé la chronique ces dernières décennies (sang contaminé, Mediator, Levothyrox...). En bref, le modèle du médecin unique « sachant » est désormais dépassé, à l'heure où l'information est accessible instantanément sur Internet partout dans le monde. Les patients sont désormais acteurs de la relation de soins ; les réponses des professionnels de santé sont toujours nécessaires mais souvent insuffisantes. Ce livre est donc un remède à cette relation devenue difficile.

Le monde médical, quant à lui, doit s'adapter car il est parfois resté figé dans une relation paternaliste et passéiste, se retranchant derrière la technique ou des arguments d'autorité malheureusement inopérants. La médecine du XXI^e siècle, ce n'est plus de la technique ou des connaissances. La technique pourra être

remplacée par des robots et les cerveaux par l'intelligence artificielle et les ordinateurs. Des robots pour opérer, des logiciels qui interrogent, diagnostiquent et interprètent les examens et suivent les maladies, des malades chroniques organisés et au fait des dernières recherches... Beaucoup prédisent que d'ici dix ans, l'intelligence artificielle sera capable de faire aussi bien, sinon mieux que le médecin ! Que sera alors devenu le rôle du docteur dans une relation soignant-patient bouleversée ?

Le médecin du *xxi*^e siècle, héritier du sorcier et du chaman, doit être un médiateur, un communicant, voire un négociateur. Être un bon technicien ou sachant ne suffit plus, il faut savoir mettre en œuvre des qualités humaines : écoute, empathie, pédagogie, persuasion, intelligence émotionnelle. Il s'agit davantage de savoir-être que de savoir ou de savoir-faire. Le nouveau rôle ou défi du médecin ou du professionnel de santé, c'est d'engager le patient dans la stratégie thérapeutique qui voit alors le praticien comme un allié. Dans le même temps, le consentement du patient doit évidemment être respecté en lui permettant de participer à la prise de décision médicale qui le concerne.

Au final, le médecin-communicant est à la fois au service des patients pour une meilleure observance et donc prise en charge, mais aussi au service de lui-même. L'épuisement des soignants est une réalité qui conduit à la démission de la relation de soin et au burn-out. Les conditions d'exercice se sont complexifiées avec un contexte managérial, administratif, financier et organisationnel poussant à toujours plus avec moins de temps et de moyens. Là où les dialogues de sourds sont chronophages, frustrants et épuisants pour le médecin, les relations de confiance et de coopération peuvent faire gagner du temps et de l'efficacité. En ce sens, maîtriser les outils de négociation présentés ici participe à l'épanouissement professionnel des soignants et à la prévention du burn-out.

Dans ce livre, les auteurs nous donnent à nous, médecins, des clés pour guider notre pratique au quotidien. Leur expérience des négociations complexes est le terreau d'un livre pragmatique, loin des ouvrages théoriques ou hors-sol. Mieux, ils se sont nourris des théories psychologiques pour mettre en pratique (expressions faciales, relations de pouvoir), au travers de situations dans lesquelles tous se reconnaîtront au moins une fois dans leur carrière.

Les auteurs sont des urgentistes de la négociation et nous convainquent qu'il est possible de transformer la relation médecin-malade. Nous n'avons pas vraiment le choix car l'enjeu de l'observance devient particulièrement aigu pour les maladies chroniques, dont l'incidence est en augmentation avec le vieillissement de la population. Les techniques développées dans ce livre devraient être enseignées en formation initiale dans les facs de médecine ou de pharmacie, dans les instituts de formation en soins infirmiers, ou dans tout lieu de formation des soignants. La formation continue (on parle maintenant de développement professionnel continu) devrait aussi s'en emparer car elles concernent toutes les pathologies et spécialités médicales (maladies chroniques, médecine générale ou urgences, en passant par le chirurgien pour décrypter et convaincre d'une intervention).

Ce livre, c'est l'histoire d'une profession renouvelée : le médecin comme garant et moteur de l'alliance thérapeutique avec le patient grâce à une intelligence émotionnelle au cœur de la relation soignant/soigné.

Oui, merci « docteurs » Combalbert, Furtos et Mery !

Dr Gérald KIERZEK

*Médecin des hôpitaux, Urgentiste - Anesthésiste réanimateur
Chroniqueur médical TV, radio, web*

1

Votre mari
est ce que l'on appelle
un patient non-observant

L'air est froid, cette nuit, très froid. Les portes vitrées et leur va-et-vient incessant laissent s'engouffrer un courant d'air glacial que reçoivent de plein fouet les occupants du hall des urgences de l'hôpital. Voilà maintenant quatre heures que Suzanne tente de gérer l'angoisse qui l'étreint : Pierre, son mari, a été amené ici en urgence. Ce doit être grave, encore une fois, car c'est l'hélicoptère du Samu qui est venu le chercher.

Depuis qu'il est entré dans cette salle interdite au public, poussé sur son brancard et entouré d'infirmières et de médecins courant autour de lui, Suzanne est dans l'attente. Dans la peur que ce ne soit encore son cœur qui lui joue des tours, des sales tours.

Suzanne espérait en avoir fini avec tout cela. Par le passé, elle a déjà cru perdre son homme, celui qui l'accompagne depuis plus de trente ans : un infarctus l'avait terrassé un soir de Noël, devant tout le monde, il s'était écroulé sur le tapis du salon. Le Samu était déjà venu et l'avait emmené ici, dans cet hôpital, pour le ramener à la vie. Le cardiologue avait parlé d'un infarctus inaugural et lui avait alors diagnostiqué une insuffisance cardiaque sévère, avec un risque élevé de récurrence. Pierre n'avait jamais été un grand sportif, ni même un adepte de la cuisine légère, mais de là à avoir une insuffisance cardiaque, quelle injustice ! Lui qui avait travaillé dur toute sa vie n'allait même pas pouvoir profiter de sa retraite, de ses petits-enfants, de ses cannes à pêche. On avait bien tenté de le stabiliser avec des traitements médicaux, un défibrillateur, puis un stimulateur pour le resynchroniser. Rien ne parvenait à faire battre le cœur de Pierre correctement. Il pouvait pourtant s'estimer heureux : l'an dernier, il avait bénéficié d'une greffe de cœur, une transplantation qui lui ouvrait de nouveaux espoirs, pouvoir enfin profiter de ses dernières années de vie avec ses proches. Et voilà que tout cela venait de s'écrouler cet après-midi : depuis plusieurs jours, Pierre se plaignait de ne pas se sentir très bien,

d'avoir pris un coup de froid. En novembre, et avec son habitude de partir à la pêche aux aurores, rien d'étonnant. Rien d'étonnant non plus quand il s'était plaint de se sentir essoufflé, plus que d'habitude : certainement une petite bronchite. Mais Pierre s'était à nouveau effondré, de tout son long. Puis le médecin. Les voisins qui arrivent. L'hélicoptère. Et Suzanne dans le froid de ce hall d'hôpital, où seul le bruit des portes vitrées automatiques et de la machine au mauvais café vient rompre un silence pesant.

La porte de la salle des urgences s'ouvre à nouveau. Cette fois, Suzanne reconnaît le médecin : c'est le Dr Darcy, le cardiologue de Pierre, accompagné d'une infirmière. Elle essaye de percevoir un signe sur son visage, un geste, quoi que ce soit qui puisse lui donner une indication sur ce qui se passe. Le Dr Darcy la voit et lui fait un sourire en hochant de la tête. Pierre va bien. Suzanne s'effondre en larmes...

Le Dr Darcy est assis à côté de Suzanne. Elle a repris son souffle et l'a remercié d'avoir sauvé son mari, il est si important pour elle.

— Il va bien, ne vous inquiétez pas. Heureusement que nous avons pu le prendre en charge rapidement, encore quelques heures et nous aurions pu le perdre.

— Merci Docteur, je ne sais pas comment vous le dire mieux que ça.

— Non, ne me remerciez pas, nous avons fait ce que nous devons.

— Bon, il a encore fait un infarctus, c'est ça ? Il n'aurait pas dû faire autant de choses dans son état, je n'ai pas arrêté de le lui répéter. Le jardin, la pêche, les copains... c'est trop pour ce qu'il a eu.

Le Dr Darcy regarde Suzanne dans les yeux. Il voit que cette femme éprouve un amour éperdu pour son mari. Mais ce qu'il est sur le point de lui dire ne va certainement pas lui plaire.

— Madame, votre mari n'a pas fait d'infarctus. Son cœur va bien, du moins au vu des circonstances, il va pour le mieux.

Suzanne est interloquée. Elle cherche à trouver une réponse.

— C'est sa grippe, alors ? Le coup de froid ?

Elle est inquiète. Son souffle s'est brusquement accéléré. Il y a quelque chose d'autre que le cœur, et ce doit être grave. Le médecin pose une main sur la sienne.

— Non, ce n'est pas tout à fait ça. Votre mari a fait une réaction à la greffe, son taux de lymphocytes T est très élevé, et son corps s'est mis en tête de rejeter son nouveau cœur.

— Mais je ne comprends pas, Docteur, ça fait des mois que ça va bien. On lui a donné un traitement pour ça, pour éviter le rejet. Je vais lui acheter toutes les semaines !

— Oui, il a un traitement immunosuppresseur. Le problème, c'est que Pierre ne prend pas le traitement que je lui ai prescrit.

Suzanne regarde le médecin sans réagir, aucun muscle de son visage ne s'est activé. Après quelques secondes de silence, elle esquisse un sourire étrange.

— Comment ça, il ne prend pas son traitement ?

— Votre mari ne prend pas ses immunosuppresseurs. Il n'a rien pris depuis plusieurs jours, d'après ce qu'il a dit à l'infirmière qui l'a pris en charge à son arrivée.

— Mais ce n'est pas possible. Je lui achète toutes les semaines, il a les boîtes dans son tiroir de table de nuit !

— Oui, il nous a confirmé qu'il avait les médicaments. Mais il ne les ingère pas. Il vient de me dire qu'il les jetait dans la cuvette des toilettes depuis plusieurs jours. Peut-être même un mois.

Le sourire forcé de Suzanne a disparu. C'est la surprise qui a pris le contrôle de son visage. Elle ne comprend pas.

— Mais... pourquoi a-t-il fait ça ?

— Madame, votre mari s'est dit qu'il n'avait plus besoin de son traitement, car tout allait bien. Il a alors décidé d'arrêter, de lui-même.

— Mais je n'ai rien vu, il ne m'a rien dit.

— Vous n'y êtes pour rien. Votre mari est ce que l'on appelle un patient non-observant. Comme presque 75 % des patients ayant subi une transplantation cardiaque...

Observance et adhésion au traitement

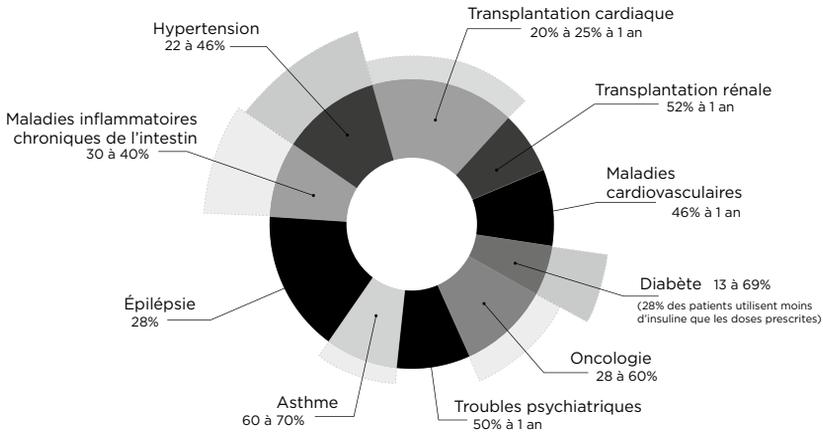
Comme des milliers de familles et de proches de patients en France, Suzanne vient de découvrir de manière brutale les effets de la non-observance et les risques qui y sont associés. Derrière ce terme peu amène et difficile à comprendre pour un non-initié se cache un phénomène qui touche le système de santé français dans son ensemble : les patients qui ne prennent pas correctement le traitement qui leur a été prescrit par leur médecin ou qui n'adoptent pas les comportements adaptés à leur pathologie.

L'observance des traitements médicaux par les patients, et notamment ceux atteints de maladies chroniques, constitue un problème de santé publique majeur et pourtant méconnu. Une étude du LEEM¹ réalisée en 2015 met en avant ce phénomène et propose des statistiques qui font froid dans le dos : la mauvaise observance concernerait 50 % des patients environ, avec des taux approchant les 80 % pour certaines pathologies. Dans le cas de Pierre, le mari de Suzanne, les chiffres relatifs à l'observance² indiquent que seuls 20 % à 25 % des patients ayant reçu une transplantation cardiaque prennent correctement leur traitement dans l'année qui suit l'opération. Pierre n'est donc pas du tout un cas isolé. Dans le cadre de la transplantation rénale, seuls 52 % des patients prennent leurs anti-suppresseurs.

L'amélioration de l'observance thérapeutique serait alors un enjeu crucial et pourrait, selon l'OMS, « amener à de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies, et serait la plus grande avancée médicale du *xxi*^e siècle ».

1. LEEM (Les Entreprises du Médicament), *Les 100 Questions*, 2015.

2. Magalie Baudrant-Boga, *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux*, Thèse à l'Université Joseph-Fourier de Grenoble, 2009.



Le concept d'observance n'est pas récent et remonte même à l'Antiquité. Hippocrate expliquait alors que « les malades mentent souvent à propos de leurs médicaments¹ ». Il apparaît dans la littérature scientifique française au début des années 1980. Le terme « observance » est issu de la traduction du terme anglais « *compliance* ».

La définition la plus acceptée de l'observance serait celle de Haynes et Sackett, qui la définissent en 1979 par « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (en termes de prises de médicaments, mais aussi de suivi de régime alimentaire, ou d'exécution des changements de style de vie), coïncide avec les conseils médicaux ou de santé ». L'observance est définie par le degré de concordance entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin.

Le terme « d'adhésion thérapeutique », marque une évolution dans la relation médecin-patient. Le patient partage la décision médicale, devient un acteur à part entière de cette relation. Le

1. Hippocrate, *Bienséances*, chapitre XIV.

médecin prescrit et le patient adhère, celui-ci passant ainsi d'un état passif à un état actif. L'adhésion thérapeutique renvoie à une volonté, à un processus intrinsèque du patient, dépendant de ses capacités intellectuelles et psychologiques, et de ses croyances. C'est une notion plus subjective et difficilement mesurable.

La définition exacte de l'inobservance est également délicate et semble essentiellement variable en fonction des conséquences. Un taux d'inobservance de 60 % peut être considéré comme « acceptable » pour un traitement chronique à visée préventive d'un risque, du fait des variabilités individuelles des réponses pharmacologiques, mais très insuffisant pour un traitement immunosuppresseur ou antiviral pour lequel une valeur supérieure à 90 % ou 95 % est requise. Il est classique de considérer comme observant un patient atteignant un taux de 80 %, mais cette notion n'est certainement pas adaptée pour de nombreuses pathologies infectieuses ou cancéreuses.

La non-observance peut revêtir plusieurs formes :

- 1 patient sur 2 environ oublie de prendre ses médicaments.
- 1 patient sur 3 ne prend pas du tout le traitement prescrit.
- 1 patient sur 4 ne respecte pas la dose prescrite ou la posologie indiquée sur le produit.
- 3 patients sur 10 interrompent leur traitement avant la fin normalement prévue par le protocole thérapeutique.

À chacun « sa non-observance », selon sa pathologie, sa motivation ou son histoire. Il n'y a en effet aucun profil type de patient qui n'adhère pas à son traitement : la chronicité de la pathologie, l'âge, l'expérience, l'appétence au conflit, l'entourage familial, la personnalité du thérapeute, son empathie, sont autant de facteurs qui modifient la relation entre le médecin et son patient et qui améliorent ou détériorent la qualité de l'observance.

Négocier l'observance thérapeutique

C'est en 2001 que nous avons découvert le phénomène de la non-adhésion au traitement. Dans le cadre d'une conférence que nous donnions à HEC, sur le thème des techniques de négociation complexe, l'un des participants est venu nous solliciter, à l'issue, pour l'aider à résoudre ses problématiques de négociation. Alors que nous nous attendions à ce qu'il soit DRH ou commercial dans une entreprise privée, il nous indique être pédiatre, spécialiste de la mucoviscidose, devant faire face à des refus de traitement de plus en plus nombreux de la part de ses patients adolescents. Étonnés par sa démarche, nous avons essayé de l'accompagner dans la meilleure façon de « négocier » avec ses jeunes malades. Il s'est avéré que les questions-clés que nous nous posions en tant que négociateurs professionnels étaient les mêmes que celles qu'il se posait en tant que médecin devant induire le changement chez ses patients récalcitrants. Depuis cette rencontre, nous organisons régulièrement des conférences et des formations à destination des personnels soignants et des familles consacrées à la négociation dans la relation médecin-patient.

Un monde médical en pleine mutation

Le monde médical et l'environnement des patients sont en pleine mutation. Une mutation rapide et technologique. Et personne ne sait vraiment comment se déroulera le parcours thérapeutique d'un patient dans les prochaines années. Prenons cinq nouveaux facteurs qui changent la perception et le positionnement des protagonistes de la relation médecin-patient : l'Intelligence artificielle (IA), le droit à la guérison, l'accès à l'information, le manque de confiance lié aux différents scandales

impliquant l'industrie pharmaceutique et l'augmentation du coût des traitements.

L'IA va révolutionner la façon de pratiquer la médecine. Aujourd'hui, les algorithmes utilisés pour émettre des diagnostics en matière de radiologie médicale font preuve d'une efficacité supérieure à celle d'un radiologue humain. Une étude réalisée et publiée en Chine¹, opposant l'IA BioMind à 15 radiologues-experts sur l'analyse de 225 cas, a démontré que la machine diagnostique plus efficacement que l'humain, avec 87 % des cas correctement diagnostiqués en 15 minutes, contre 66 % pour l'équipe de radiologues. Cette nouvelle technologie ne va pas remplacer les radiologues, mais changer fondamentalement leur métier. Les patients n'attendront plus d'eux qu'ils donnent un diagnostic exact, puisque la machine le fera mieux qu'eux. Leur mission sera bientôt d'expliquer le diagnostic afin qu'il soit compris et accepté par leur patient, et de les orienter vers la meilleure solution thérapeutique ou le spécialiste le plus adapté. Le savoir, qui était un élément fort de la légitimité du radiologue, sera bientôt remplacé par sa capacité à créer une relation efficace et à négocier la compréhension et l'acceptation du diagnostic.

Les patients expriment de plus en plus souvent le «droit à la guérison». Les séries télévisées, telles qu'*Urgences* ou *Dr House*, laissent croire que l'on peut guérir de tout en 52 minutes. Plusieurs publications ont montré que si l'on appliquait les traitements prescrits par le docteur House à de vrais patients, les taux de survie seraient particulièrement faibles. Mais pour beaucoup, la vérité est ce qui passe à la télévision. Et même si on ne croit pas tout, ces programmes implantent des idées reçues dans l'inconscient collectif, parfois même à notre insu. Hormis le fait que dans la réalité, une consultation dure en moyenne 20 minutes et qu'il

1. Étude publiée dans l'article suivant : Yamei, «China Focus : AI beats human doctors in neuroimaging recognition contest», *Xinhua* [en ligne], 30 juin 2018.

n'y a pas toute une armada de jeunes médecins autour d'un seul patient, la débauche d'examens coûteux et souvent inutiles fait sourire beaucoup de médecins... jusqu'au jour où leurs patients leur demandent la même chose. Le taux élevé de succès et la rapidité des convalescences que l'on voit dans ces shows TV laissent penser aux patients que le droit à la guérison est un acquis sur lequel on ne peut pas revenir.

D'autre part, l'accès à l'information n'a jamais été aussi facile : en tapant correctement ses symptômes sur Google, n'importe quel patient peut trouver des centaines de pages relatives à sa pathologie. Il peut aussi trouver des sites spécialisés, plus ou moins sérieux et plus ou moins efficaces, qui vont lui donner des avis sur telle ou telle méthode ou prescription. Quand un blogueur est plus écouté qu'un médecin spécialiste, la relation médecin-patient se modifie : le malade informé, voire sur-informé et donc mal informé, peut avoir une idée très arrêtée sur la stratégie médicale à adopter, et élève son niveau d'exigence envers l'équipe médicale. Cette exigence se manifeste aussi par l'évaluation du médecin par le patient. Par exemple, à la suite d'un rendez-vous pris sur Doctolib, celui-ci peut noter son médecin et évaluer la qualité des soins qu'il a reçus sur quatre critères : la qualité du contact humain, la clarté des explications, le cadre et la propreté et, enfin, la recommandation à un ami. Sur ces quatre critères, deux concernent la qualité de la relation. Le médecin est donc bien évalué sur sa capacité à être empathique et non sur la fiabilité de son diagnostic.

Cet avis est anonyme et strictement confidentiel. Il ne sera jamais publié sur le profil Doctolib du praticien, ni utilisé à d'autres fins que de l'informer de l'opinion de ses patients.

Temps d'attente

Entrez votre horaire de rendez-vous et la consultation

À l'heure !

Qualité du contact humain

Écoute, attention, accueil

☆☆☆☆

Clarté des explications

Compréhension des soins

☆☆☆☆

Cadre et propreté

Confort, propreté, localisation

☆☆☆☆

Le recommanderiez-vous ?

À un ami, un collègue

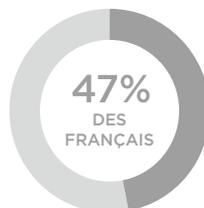
☆☆☆☆

La confiance dans le monde de la santé

De multiples scandales sanitaires, comme celui du Mediator, du sang contaminé ou plus récemment du Levothyrox, induisent un sentiment de défiance du grand public envers le système de santé dans son ensemble. Ces affaires très médiatisées autour du médicament ont dégradé la confiance des patients envers l'industrie pharmaceutique et envers les médecins. Cependant, les Français ont toujours confiance en leurs médicaments et leur consommation ne cesse d'augmenter¹.



Ont confiance dans les médicaments



Ont confiance dans les entreprises du médicament

Plus rassurant encore, selon une étude publiée en 2017 par le ministère de la Santé publique, les Français sont très attachés à leur médecin : 88 % sont satisfaits des soins dispensés par leur généraliste et 81 % sont satisfaits de ceux dispensés par leur spécialiste. En cas de crise sanitaire, 90 % d'entre eux auraient en priorité confiance en leur médecin.

Avoir confiance dans son médecin est bon pour la santé, selon une méta-étude dirigée par des chercheurs de l'université de Basel et de l'école de médecine de Harvard². En analysant 47 études internationales menées auprès de 35 000 participants,

1. Observatoire sociétal du médicament – Étude IPSOS pour le LEEM, 18 septembre 2017.

2. "Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis", *Plos-one*, 07 février 2017.

les scientifiques ont dressé le constat que le climat de confiance qui régnait entre un patient et son médecin améliorerait significativement l'état de santé de ce dernier : une baisse des symptômes, un comportement plus responsable vis-à-vis de la maladie, une meilleure qualité de vie et une plus grande acceptation du traitement ont ainsi été observés.

Enfin, l'innovation thérapeutique et la mise sur le marché de médicaments plus innovants mais aussi plus coûteux impactent directement le coût de la non-observance. L'industrie pharmaceutique développe aujourd'hui, grâce à la recherche, des traitements révolutionnaires dont les coûts peuvent s'avérer faramineux. Dans le cadre de certaines pathologies, comme le cancer, la polyarthrite rhumatoïde ou la DMLA, une seule injection peut coûter plusieurs milliers d'euros. Le coût de la non-observance est alors colossal : quand un patient ne vient qu'à un rendez-vous sur deux et que l'efficacité thérapeutique s'effondre, le coût pour le système de santé est très important. S'ajoute également l'impact personnel de l'absence de guérison sur le patient, sur sa qualité de vie, sur celle de son entourage, et le sentiment d'injustice pour d'autres patients qui auraient pu bénéficier de ces médicaments d'exception¹.

Reprenons le cas de Suzanne et Pierre sur ce dernier sujet : le coût d'une opération de transplantation cardiaque est de plusieurs dizaines de milliers d'euros. En décidant d'arrêter son traitement, Pierre aurait pu mourir. La vie n'a pas de prix, et nous ne souhaitons pas examiner le parcours de soins avec une logique comptable. Néanmoins, la non-observance de Pierre aurait coûté plusieurs milliers d'euros au système de santé et aurait surtout empêché un autre malade de bénéficier d'un greffon. Il ne s'agit pas non plus de culpabiliser le patient

1. Les « médicaments d'exception » sont des médicaments particulièrement coûteux et d'indication précise.

non-observant puisque, nous le verrons plus tard, il y a autant d'inobservances que de patients, et les mécanismes mis en œuvre sont complexes et personnels.

Nous l'avons dit, le monde médical change et les patients aussi. Le lien entre eux ne peut se construire que si chacun fait un pas vers l'autre. Cela peut paraître surprenant que des négociateurs écrivent sur le phénomène de la non-observance. Mais nous pensons que la qualité de la relation médecin-patient et la qualité des politiques de soins en France passent par l'instauration d'une négociation quand un désaccord apparaît. Pour nous, la négociation¹ est «le moyen de trouver un accord dans une situation de conflit exprimé opposant des positions, objectifs ou enjeux divergents, entre deux ou plusieurs parties prenantes, afin que chacune obtienne ce qui lui semble juste pour elle».

L'alliance thérapeutique axée sur une décision médicale partagée doit permettre de négocier les options thérapeutiques et de les modifier jusqu'à obtenir un projet thérapeutique cohérent aux yeux du médecin et acceptable du point de vue du patient. La négociation est donc la base d'une relation juste et efficace entre un médecin et le malade qu'il soigne.

1. Laurent Combalbert et Marwan Mery, *Négociator*, Dunod, 2019.