

Communication et Santé

Dans la littérature Européenne et Américaine

et traductions

Le langage est un instinct

L'homme est enfermé dans son langage. Comme ces passagers d'un avion qui finissent par ignorer la cabine dont ils sont prisonniers, l'homme oublie que les mots et les phrases qu'il émet ne sont que des instruments pour communiquer sa pensée à d'autres. Il confond pensée et parole sans réaliser que la première n'est logique que par l'analyse qu'en fait la seconde. Le langage est ce merveilleux appareil qui permet de transporter la pensée d'individus en individus - *verba volant*- tout comme cette autre splendeur mécanique, l'aile, permet à l'oiseau de se déplacer dans les airs.

.../...

Les mots et le monde

Les mots ne sont que des outils à manipuler le monde. L'homme n'est pas seulement un primate qui sait parler (*Homo sapiens*), il a été aussi un primate habile (*Homo habilis*). Le problème du langage parlé est inséparable de celui de l'outil et du comportement instrumental, cette autre grande spécialité de l'homme. La parole est une machine construite à partir d'éléments réunis entre eux, selon une double articulation. La première assemble des unités, mots ou fragments de mots, appelées monèmes : doués d'une vie indépendante et porteurs de sens lorsqu'ils sont isolés, ils ont le pouvoir de modifier la fonction des éléments dont ils sont contigus et ainsi, de proche en proche, d'en altérer l'ensemble. La seconde articulation se fait entre phonèmes, unités minimales distinctives et indépendantes de toute signification.

Jean-Didier VINCENT, *LA CHAIR ET LE DIABLE*

Docteur Bruno JOURNE

7, rue Jean Bart

75006 PARIS

tél. : 01 42 22 20 00

e mail : drbjourne@free.com

La communication : la voie royale d'une médecine centrée sur le patient

Patient Education and Counseling 39 (2000) 1-3

Communication: the royal pathway to patient-centered medicine (Editorial)

Jozien M. Bensing, Peter F.M. Verhaak, Alexandra M. van Dulmen, Adriaan Ph. Visser, Stichting NIVEL,
P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands*

Traduit et adapté de l'anglais par le Docteur Bruno Journe

Les articles de cette parution sont une sélection de présentations faites lors du congrès d'Amsterdam de juin 1998 « Communication in Health Care ». Vu sous différents angles, le lien entre la communication et une médecine centrée sur le patient est le thème commun abordé par différents auteurs. Nous en faisons la synthèse sous ce titre simple et fort : « La communication est la voie royale d'une médecine centrée sur le patient. »

Le lien entre la communication et une médecine centrée sur le patient repose sur deux hypothèses distinctes : la première, --La médecine centrée sur le patient est un but pertinent du système de santé ; la deuxième, --La communication est un outil important pour atteindre ce but. Ces deux hypothèses méritent d'être explorées.

Nous abordons de nouveaux modèles de soins. Les normes et les valeurs longtemps admises changent. Le docteur autoritaire supposé prendre toutes les décisions médicales laisse progressivement la place à un mode de décisions partagées, à la fois prises par le médecin et le patient. Désormais, l'opinion se répand que le patient, et non plus la maladie, doit occuper le centre du système de santé.

George Engels prédisait pour la fin du siècle (*Roter 5-15*) : « De la même façon que la chimie, la biologie moléculaire et la technologie ont été au centre des préoccupations de la médecine du 20^e siècle, les besoins du patient doivent être au centre des préoccupations de la médecine du 21^e siècle. Inclure les perspectives des patients dans les définitions des besoins médicaux doit être un objectif de la médecine du 21^e siècle ». Roter introduit le dialogue médical comme : « le véhicule fondamental pour faire la place aux batailles des points de vue et définir la relation thérapeutique. »

Les critères d'une médecine centrée sur le patient doivent être définis (*Bensing 17-25*). Ils contrastent avec ce nouveau paradigme qui assaille le système de santé : la médecine fondée sur les preuves. Il existe un danger de voir s'affronter ces paradigmes concurrents, comme le conflit entre l'ancien et le nouveau monde. C'est la communication entre le médecin et le patient qui peut aplanir ce conflit et réunir les intérêts.

Aussi sympathique qu'il soit, on peut poser la question du fond de ce mouvement enthousiaste vers une médecine centrée sur le patient. Ce passage du pouvoir du praticien vers le patient se fait implicitement par celui qui tient le pouvoir et doit le restreindre ! Cela semble se faire, non seulement sous la pression des patients émancipés, mais aussi parce que de nombreux praticiens se font les avocats de ce mouvement. Beaucoup de médecins ressentent sincèrement que le centrage sur le patient est nécessaire à une bonne qualité des soins. Les arguments de cette revue pour une médecine centrée sur le patient peuvent être rassemblés sous trois têtes de chapitre : 1 les patients sont des experts, 2 - Les patients et leurs choix sont divers, 3- Les maladies changent.

1-- Les patients sont des experts,

Les patients sont experts dans l'expérience de leurs symptômes. Le médecin est dépendant du patient pour cette expertise. Le médecin peut uniquement apprendre la présence d'une éventuelle maladie, avoir accès aux symptômes et apprécier l'évolution, qu'en écoutant l'histoire des patients. Ceci donne un pouvoir au patient. Si le patient ne coopère pas à l'information, (dans le cadre d'une médecine centrée sur la maladie), le médecin ne peut pas faire son travail correctement. Le patient utilise ce pouvoir dans toute la consultation pour la guider comme il le souhaite. Par exemple en cachant des informations cruciales ou à l'opposé, en exagérant des symptômes et en exigeant un traitement. C'est le cas des patients qui consultent pour des symptômes sans cause organique (*Salmon 105-113*). Ici, les buts du médecin et ceux du patient divergent souvent. Ceci demande davantage une négociation autour des buts qu'une relation autoritaire.

Dans cette revue, ce sont les thèmes de prise de conscience et de définition des valeurs de chacun qui reviennent le plus fréquemment ; en particulier dans le cas des maladies chroniques et les maladies en phase terminale (*Lelie 81-89*).

Nous devons conclure que le premier argument en faveur d'une médecine centrée sur le patient réside dans le fait que le médecin ne peut rien comprendre de la maladie ni de son évolution sans les symptômes rapportés par le patient. Les technologies modernes

d'aide au diagnostic ne peuvent pas, et ne pourront sans doute jamais, rendre superflu le rapport fait par le patient. La communication centrée sur le patient est le chemin évident.

2-- La diversité des patients et la diversité de leurs préférences,

Le deuxième argument rapporté pour le succès d'une médecine centrée sur le patient vient de la compréhension croissante que les patients ont un sens des valeurs et des modes de soins qui diffèrent. Atteint de la même maladie avec les mêmes symptômes les attentes sont différentes. La diversité est plus fréquente que l'uniformité. Pendant longtemps, on a considéré les maladies différentes et les patients, eux, semblables. Implicitement une norme s'est faite du patient (en pratique, un homme blanc, de classe moyenne, *'le malade'*). Nous savons maintenant que ce n'est pas la réalité. Dans cette revue, l'étude de Kim et col. (37-47) montre l'importance du sexe et de la culture. Dans les cultures occidentales la femme s'exprime volontiers au sujet de la santé, dans les pays en voies de développement c'est l'homme qui est actif dans cette communication. Au niveau du planning familial, en occident c'est le couple que l'on préfère traiter plus que l'individu ; cette approche dans les cultures du tiers monde pourrait être au désavantage de la femme. D'autres études démontrent que les différences s'expriment non seulement par les éléments visibles comme le sexe ou l'ethnie mais aussi par des attitudes moins visibles par rapport aux soins. Un exemple convaincant se trouve dans l'étude comparative de la communication médecin-patient menée par Brink Muinen (115-127) dans six différents pays d'Europe. Il démontre que les différents systèmes de santé génèrent des attentes différentes vis-à-vis de la santé. Ceci apparaît dans la rencontre médicale. Le médecin comme le patient peuvent avoir une préférence vers un modèle de communication davantage centrée sur le médecin ou plus centrée sur le patient. Dans une autre étude empirique Kru Pat et col. (49-59) montrent que l'orientation du médecin et du patient importent. C'est la rencontre de ces deux orientations qui détermine la satisfaction du patient. La satisfaction maximum apparaît lorsque le patient rencontre un médecin aussi, ou davantage, orienté vers le patient qu'il ne l'est lui-même. Au niveau plus théorique, Bensing (17-25) et Roter (5-15) développent des modèles sensiblement différents pour analyser le type de patient et le type de relation médecin -patient.

En résumé des études publiées dans cette revue, nous pouvons conclure pour ce second argument que la diversité du choix des soins est la norme et non l'exception. Nous pouvons aussi assurer que la diversité n'est pas uniquement reflétée dans les données épidémiologiques et les caractéristiques démo-graphiques. La communication est le passage obligé d'une médecine centrée sur le patient et non plus sur la maladie.

3— Les maladies changent

Le dernier argument qui peut expliquer la popularité d'une médecine centrée sur le patient dans le système de santé est lié au changement de la morbidité dans les sociétés occidentales. Ces changements modifient la compréhension des rôles respectifs du médecin et du patient. Dans la plupart des maladies chroniques l'efficacité directe du médecin sur le cours de la maladie est restreinte. Les résultats dépendent en grande partie de l'aptitude du patient à comprendre et à s'adapter. Le médecin prend davantage le rôle de "professeur" ou de "consultant" que celui "d'expert" ou même de "gardien".

Ceci est illustré par l'étude de Hargie et col. (61-70) qui montre dans les pharmacies, la différence de communication entre la délivrance directe d'un médicament et l'exécution d'une prescription médicale. Ces différences subtiles sont démontrées par Lelie (81-89) : les décisions médicales reposant sur la haute technologie ont un impact fort. Elles requièrent cependant le même partage de l'information et de la décision que la plus psychologique ou sociale des données concernant la santé.

Ce troisième argument se réfère aux responsabilités vis-à-vis de la santé et plus spécifiquement du maintien de la santé. Si des responsabilités vont vers le patient, il doit apparaître clairement que le rôle du médecin dans le système de santé doit être d'améliorer les capacités du patient à assurer cette responsabilité. Beaucoup de médecins réalisent que c'est la seule possibilité de fournir une bonne qualité de soins. Comme l'éducation et la motivation sont des éléments essentiels dans la conception des soins, la communication est le chemin d'une médecine davantage centrée sur le patient que sur le praticien.

4-- Conclusions

Nous croyons que ces trois arguments rassemblés donnent des éléments convaincants à notre proposition "La communication est la voie royale d'une médecine centrée sur le patient". Pour faire de cette idée mieux qu'un slogan, deux autres données sont requises. Premièrement : pour fonder sur des preuves cette proposition, il doit être démontré que la communication peut être étudiée dans le cadre d'une recherche scientifique. Deuxièmement : pour produire une connaissance utile, il faut démontrer que la communication ne repose pas sur les dispositions ou sur le caractère du praticien mais sur des aptitudes et des outils qui peuvent être enseignés et exercés.

Ces deux questions trouvent leur réponse dans cette revue : la communication peut être décrite sous forme de blocs constitutifs (Rotter 5-15). Ceux-ci sont opérationnels. Les "instruments" d'observation et d'évaluation se développent pour mesurer l'effet de la communication d'une médecine centrée sur le patient. Des publications décrivent comment la communication peut être enseignée (et

quels éléments peuvent être enseignés). L'analyse de la littérature (Kruijver 129-145) fonde des preuves de l'efficacité de cette approche pour la satisfaction des soignés et des soignants.

En ce qui concerne la communication, pendant longtemps les chercheurs, les praticiens et les formateurs semblent avoir appartenu à des mondes séparés, chacun avec sa culture, ses conférences et ses publications. Un début d'intégration a eu lieu dans cette conférence "Communication, Soins et Santé" à Amsterdam les 10-12 juin 1998. Les chercheurs et les praticiens de la communication se rejoignent.

La relation médecin-patient

Nous avons traduit de l'anglais ce travail qui présente de le grand intérêt de discuter des notions des **valeurs** accordées à la santé et **de l'autonomie du patient** pour définir des modèles de la relation médecin-patient.

Four models of the physician patient relationship

E. J. Emanuel, L L Emanuel ; Journal American. Medical Association (JAMA) April 1992 Vol. 267, N° 16

Traduit et adapté de l'anglais par le Docteur Bruno Journe

Depuis vingt ans (dans les pays anglo-saxons) on discute du rôle du patient dans la décision médicale. Cette discussion met en avant un conflit entre l'autonomie et la santé, entre les valeurs accordées à ces concepts par le patient et par le médecin. Cherchant à diminuer la domination des professionnels, nombreux sont ceux qui défendent l'idée d'un contrôle donné au patient. Cet idéal soulève la prise de conscience du déséquilibre de la relation puisque l'un est malade et recherche la sécurité, et des jugements qui affectent l'interprétation des données techniques. D'autres proposent de dessiner des relations plus équilibrées. Cette discussion met en forme les attentes du patient et celles du médecin autant que les règles légales et éthiques imposées au médecin, le consentement éclairé ou les abus médicaux. Comment répondre à la question de la relation idéale médecin-patient ?

Nous allons décrire quatre modèles de l'interaction médecin-patient, en mettant l'accent sur : 1- Le but de l'interaction médecin-patient, 2- Les obligations du médecin, 3- Le rôle des valeurs accordées par le patient, 4- Le concept de l'autonomie du patient. Pour élaborer la description abstraite de ces modèles nous indiquons le type de réponse qu'ils suggèrent dans la situation clinique. Nous étudions ensuite comment ces modèles alimentent le débat à propos d'une relation médecin-patient idéale.

De la façon dont ils sont décrits, ces modèles sont les plus fréquemment rencontrés (Weberian), ils ne décrivent pas une relation médecin-patient type, ils décrivent les grandes lignes de la relation sans entrer dans les détails complexes. Ce sont différentes visions des caractéristiques de l'interaction médecin-patient. En conséquences, ils ne rentrent pas dans les

aspects éthiques et légaux mais davantage dans ce qui est "supérieur à la loi" sans être "au-dessus de la loi".

1-- Le modèle paternaliste ou parental,

En premier, se trouve le modèle paternaliste ou parental. Dans ce modèle l'interaction médecin - patient assure que les patients recevront les interventions les plus appropriées pour améliorer leur santé et leur bien-être. Dans ce but, le praticien utilise son savoir pour déterminer les éléments médicaux présentés par le patient. Il s'agit du stade de l'affection, des tests diagnostiques utiles puis des traitements possibles pour diminuer la douleur et restaurer la santé. Le médecin donne ensuite au patient des informations sélectionnées pour obtenir le consentement aux interventions considérées par le praticien comme les meilleures. A l'extrême, le médecin informe de façon autoritaire quand les interventions vont être pratiquées.

Le modèle paternaliste suppose qu'il existe des critères objectifs et partagés pour déterminer la meilleure conduite à tenir. Le praticien peut ainsi déterminer les intérêts optima du patient avec une participation limitée de ce dernier. Il est présumé qu'en toute finalité, le patient sera reconnaissant des décisions prises par la médecine, même s'il n'a pas toujours été d'accord avec elle. Dans cette tension entre autonomie et bien-être, entre choix et santé, le praticien paternaliste met l'accent sur la santé et le bien-être.

Dans le modèle paternaliste, le médecin agit comme le gardien du patient, il organise et réalise, ce qui est à ses yeux, le meilleur pour le patient. Ce faisant, le médecin a des obligations, comme de placer les intérêts du patient avant les siens et de solliciter d'autres avis médicaux quand ses

compétences sont insuffisantes. Le concept d'autonomie du patient est ici son accord, d'emblée ou a posteriori, à ce que le médecin juge bon.

2-- Le modèle informatif,

Le modèle informatif est aussi appelé scientifique, technique ou consommateur. Dans ce modèle l'objectif de la rencontre médecin-patient, est pour le praticien de donner au patient toutes les informations appropriées, pour le patient c'est de sélectionner les interventions qu'il souhaite. Le médecin exécute les interventions choisies. A cette fin, le médecin informe le patient de son état, de la nature des différentes interventions diagnostiques et thérapeutiques possibles, de la nature et de la probabilité des risques et des bénéfices associés. Il précise aussi les limites des connaissances. A l'extrême, le patient peut faire le tour de toutes les connaissances médicales disponibles sur sa maladie et choisir les interventions qui selon ses critères sont les plus adaptées.

Le modèle informatif suppose une distinction claire entre les faits et les estimations. Les valeurs du patient sont bien définies et connues, il lui manque l'expérience. Le devoir du médecin est de fournir au patient toute l'expérience disponible pour évaluer selon ses critères le traitement qu'il va prendre. Les estimations du médecin n'ont ici pas de place, ni ce qu'il comprend des valeurs du patient. Le médecin ne peut pas avoir de jugement sur les choix du patient.

Dans le modèle informatif, le médecin fournit une expertise technique, il offre au patient les moyens d'exercer un contrôle. Dans ce modèle, en tant qu'expert technique, les médecins ont le devoir de fournir une information sincère, de maintenir une parfaite compétence dans leur domaine et de consulter les autres experts.

Le concept d'autonomie du patient, ici, se trouve dans le contrôle que le patient exerce sur les décisions médicales.

3 -- Le modèle interprétatif,

Le troisième est le modèle interprétatif. Le but de l'interaction médecin-patient est ici d'élucider les "valeurs" (les choix) du patient et ce qu'il veut effectivement. Il s'agit d'aider le patient à sélectionner les interventions médicales qui réalisent ses "valeurs". Comme le praticien informatif, le praticien interprétatif fournit au patient toutes les informations sur sa condition, sur les modalités, les risques et les bénéfices des traitements possibles. A coté de cela, le praticien interprétatif aide le patient à élucider et organiser ses souhaits et à déterminer quels sont les traitements les plus adaptés pour les réaliser. Le praticien aide le patient à interpréter et élucider ses choix.

Dans ce modèle interprétatif les "valeurs" du patient ne sont pas nécessairement fixées, ni même connues. Ces choix peuvent être frustes, compris et exprimés qu'en partie ; elles peuvent être en conflit avec la réalité. En conséquence, le praticien travaille avec le patient pour élucider et rendre cohérents ses buts, ses aspirations, ses responsabilités et ses

dispositions. A l'extrême, le praticien doit concevoir la vie du patient comme un ensemble qui se déroule, et de là spécifier les considérations du patient et ses priorités.

Ensuite le médecin détermine les examens et les traitements qui favorisent au mieux ces choix. Il importe que le médecin ne dicte pas la prescription au patient ; c'est le patient qui finalement décide de ce qu'il y a à faire en accord avec ce qu'il est, ou ce qu'il veut être. A aucun moment le praticien ne juge les considérations du patient ; le praticien est là pour aider le patient à comprendre et utiliser cette situation médicale.

Dans le modèle interprétatif le médecin est là comme conseiller. Comme le conseiller de cabinet d'un ministre d'État fournit toutes les informations utiles mais ne prend pas les décisions. Le médecin aide à éclairer les choix et suggère les examens et traitements qui réalisent ces choix.

Les obligations du médecin sont celles du modèle informatif, en plus, il doit engager le patient dans un processus mutuel de compréhension. Ici, le concept d'autonomie du patient est implicite ; le patient vient pour savoir plus clairement qui il est, et de quelle façon les différentes options médicales peuvent le porter vers cette identité.

4-- Le modèle délibératif,

Ce troisième modèle est délibératif. Le but ici de l'interaction médecin-patient est d'aider le patient à déterminer et à choisir les meilleures options pour sa santé, dans sa situation clinique. Dans ce but, le praticien doit définir les informations sur la situation clinique du patient, ensuite tirer au clair les bénéfices des options disponibles. Dans ses objectifs, le praticien doit suggérer pourquoi certains choix sont bénéfiques pour la santé et les raisons qui les rendent préférables. En dernier lieu, le praticien et le patient engagent une discussion sur les choix à faire pour la santé et finalement ceux qui doivent être poursuivis. Le praticien ne discute que des choix relatifs à la santé, c'est à dire des choix qui affectent ou sont affectés par la maladie et les traitements. Le praticien reconnaît l'existence de nombreuses valeurs de moralité qui guident les choix sans être liés à la maladie ou au traitement et qui dépassent le champ de la relation professionnelle. L'outil (but) du médecin est uniquement la persuasion morale ; toute contrainte est éliminée, le patient doit définir son modèle de vie et sélectionner l'ordre des valeurs à respecter. En s'engageant dans cette discussion morale, le médecin et le patient jugent le bien-fondé et l'importance de tout ce qui relié à la santé.

Dans le modèle délibératif le médecin agit comme un professeur ou un ami, il engage le patient dans un dialogue sur le type de direction les plus adaptées. Le praticien ne se contente pas d'indiquer au patient ce qu'il peut faire, il connaît le patient et ses préférences, il peut indiquer ce qui devrait être fait, les décisions de traitement qui seraient excellentes. L'autonomie du patient se conçoit ici dans son développement moral. Le patient a le plein pouvoir, non pas pour suivre des préférences superficielles ou des choix, mais à considérer à travers le dialogue les alternatives liées à la santé leur valeur et leur sens dans le traitement.

Tableau comparatif des quatre modèles

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Choix du patient	Définis, fixés, connu du patient	Incohérent conflictuels, demandent élucidation	Ouvert à l'évolution à être révisé à travers une discussion morale	Objectif, partagés par médecin et patient
Obligation du médecin	Des informations précises, adaptées, accomplir le choix du patient	Élucider, interpréter les souhaits du patient informer, accomplir les souhaits	Articuler, persuader les meilleurs souhaits du patient informer et accomplir ses choix	S'occuper du bien-être du patient sans s'occuper de ses préférences
Concept d'autonomie du patient	Le choix et contrôle des soins médicaux	La compréhension du soin médical approprié	Le développement moral adapté aux soins médicaux	Acquiescer aux données objectives
Concept du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller ou conciliateur	Ami ou professeur	Gardien

Comparaison des quatre modèles,

Un tableau compare ces quatre modèles. Chacun donne une place à l'autonomie du patient, c'est la conception de cette autonomie le facteur majeur qui différencie ces modèles. Vis à vis de ce critère il n'y a pas un modèle à adopter qui à lui seul valorise l'autonomie. L'intérêt de ces modèles est de comparer différents types de communication possibles et d'évaluer leur intérêt dans ce rapport entre la santé et l'autonomie.

Ces modèles ne sont bien sur pas exhaustifs. Il convient d'y rajouter le **modèle instrumental**. Dans ce modèle instrumental les choix du patient n'ont pas de place, le médecin agit vers un but indépendant du patient, le bien de la société ou les progrès de la science médicale. Ces modèles existent dans de nombreuses études, ils sont moralement condamnés. Ce modèle instrumental du point de vue de la relation médecin-patient est une aberration. Nous n'en parlons pas ici.

.../...

Le Débat actuel autour des modèles de la relation médecin-patient

Ces dix dernières années il existe une demande pour une plus grande autonomie du patient, ce que certains appellent la "souveraineté du patient" conçue sur le choix et le contrôle du patient sur les décisions médicales. Ce déplacement vers un modèle informatif prend corps avec l'adoption de terme des affaires en médecine, ce qui se passe lorsque les médecins sont décrits comme des prestataires de service en santé ou les patients comme des clients. Cela apparaît aussi quand il est question des droits des patients et de protection des consommateurs, aussi bien que de la "protection du vivant" et des règles concernant l'éthique médicale ou l'expérimentation humaine. Les lois de protection du vivant doivent se préoccuper de la façon dont sont présentées et la place donnée à la discussion avant la signature de protocoles ou de consentement "éclairés". Aux USA ces questions apparaissent en justice à propos du "droit de mourir" dans ces cas le patient a un contrôle sur la décision médicale. Une

décision de la Court est ainsi rédigée : *"Le droit de refuser un traitement médical est un droit fondamental. Cet exercice ne requiert aucune approbation : la décision appartient au patient compétent et informé. Ce n'est pas au praticien de prendre les décisions pour le patient. Il s'agit d'une décision autant morale que philosophique qui appartient à l'adulte compétent, ici, le patient."*

Il est probable que la plus forte approbation du modèle informatif comme idéal repose dans les procédures de consentement éclairé. Avant 1970 (aux USA) les procédures de consentement éclairé étaient "médico-centrée". Depuis 1972 et le cas Canterbury, l'orientation des standards de consentement sont "patient-centrée" à travers lesquels le médecin a un "devoir" de fournir les données médicales qui permettent au patient d'utiliser sa propre notion des valeurs pour déterminer l'intervention à faire. (En France, le 5 janvier 2000 le Conseil d'État a demandé aux médecins exerçant dans les hôpitaux d'appliquer les règles des consentements éclairés -Ndlt-)

"Le vrai consentement de ce qui se passe pour un individu est l'exercice d'un choix éclairé, cela nécessite la possibilité d'évaluer en connaissance de cause les options disponibles et les risques attaché à chacune..... C'est la prérogative du patient, et non du médecin de déterminer pour lui-même la direction dans laquelle il pense trouver ses intérêts. Pour que le patient puisse accomplir cette démarche avec intelligence il est essentiel qu'il se familiarise avec les alternatives thérapeutique et leur risques."

Le partage des prises de décision :

Malgré sa domination, nombreux sont ceux qui ont trouvé le modèle informatif "aride". Le président de la Commission et d'autres ont défendu l'idée que la relation idéale ne peut déposer l'autorité morale et le pouvoir de la décision médicale uniquement sur le patient; mais doit être un processus de décision partagée construite autour d'un "respect et participation mutuelle". Le rôle du médecin est "d'aider le

Communication et Santé

Dr Bruno Journe 01 42 22 2000, drbjourne@aol.com

patient à comprendre sa situation médicale et les démarches disponibles, le patient communique ses inquiétudes et ses souhaits". *Brock et Wartman* font ressortir l'évidence de "division du travail" — en ayant le médecin qui donne les informations tandis que le patient évalue et décide —. Ils décrivent la "le partage des prises de décisions" comme un

procédé de collaboration dans lequel médecin et patient contribuent de façon active et essentielle.

.../...