HAL open science

L'exercice médical à travers les mutations et l'émergence du partenariat de soin avec le patient

David Darmon

To cite this version:

David Darmon. L'exercice médical à travers les mutations et l'émergence du partenariat de soin avec le patient. Le partenariat de soin avec le patient : analyses, 2021, 2, pp.119-130. hal-03211161

HAL Id: hal-03211161

https://hal.science/hal-03211161v1

Submitted on 27 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

L'EXERCICE MÉDICAL À TRAVERS LES MUTATIONS ET L'ÉMERGENCE DU PARTENARIAT DE SOIN AVEC LE PATIENT

Pr David Darmon, MD, PhD

Université Côte d'Azur, DERMG, RETINES
Université Aix Marseille, SESSTIM
Codirecteur médecin, Co-directeur patient, Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P)

Résumé : cet article éclaire les mutations auxquelles doit faire face l'exercice de la médecine, qu'elle soient de nature sociétales et technologiques, épidémiologique et relationnelle et propose une approche globale permettant d'y faire face.

Mots clés : épidémiologie, médecine générale, partenariat patient, relation professionnel de santé-patient, information en santé, prévention quaternaire, mutation décisionnelle.

Abstract: this article sheds light on the changes facing the practice of medicine, whether of a societal and technological, epidemiological and relational nature, and proposes a comprehensive approach to deal with them.

Keywords: epidemiology, general medicine, patient partnership, health professional-patient relationship, health information quaternary prevention, decisional change, interprofessional collaboration

INTRODUCTION

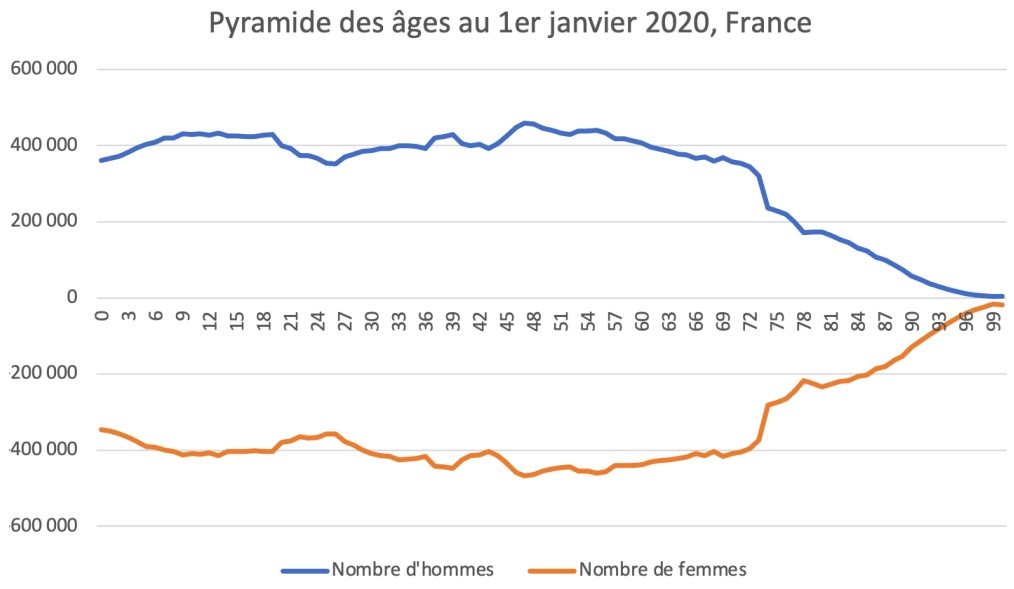
Le médecin à l'aune du premier quart du XXIème siècle doit composer avec une série de mutations sonnant plus comme un défi que comme une évolution naturelle d'une profession. En effet, transition épidémiologique dans toutes ses dimensions, l'émergence de la notion de complexité dans la gestion de situation de personnes plutôt que le traitement de maladie biomédicale, la libération de l'accès à la connaissance en santé via l'explosion d'internet, ou encore les nouvelles organisations des soins, font de la vision du médecin généraliste un témoin pertinent de ces changements et un facilitateur du partenariat de soin avec le patient de par sa relation longitudinale et multidimensionnelle.

1. MUTATION EPIDEMIOLOGIQUE

La mutation épidémiologique à laquelle nous assistons se traduit par une augmentation de l'espérance de vie qui reste stable en France, mais sujette à de grandes disparités dans le monde. Entre 2000 et 2016, l'espérance de vie mondiale à la naissance a augmenté de 5,5 ans, passant de 66,5 à 72,0 ans.

L'espérance de vie en bonne santé à la naissance - le nombre d'années en pleine santé qu'une personne peut s'attendre à vivre est passé de 58,5 ans en 2000 à 63,3 ans en 2016 (Global Health Observatory data repositories, OMS 2019).

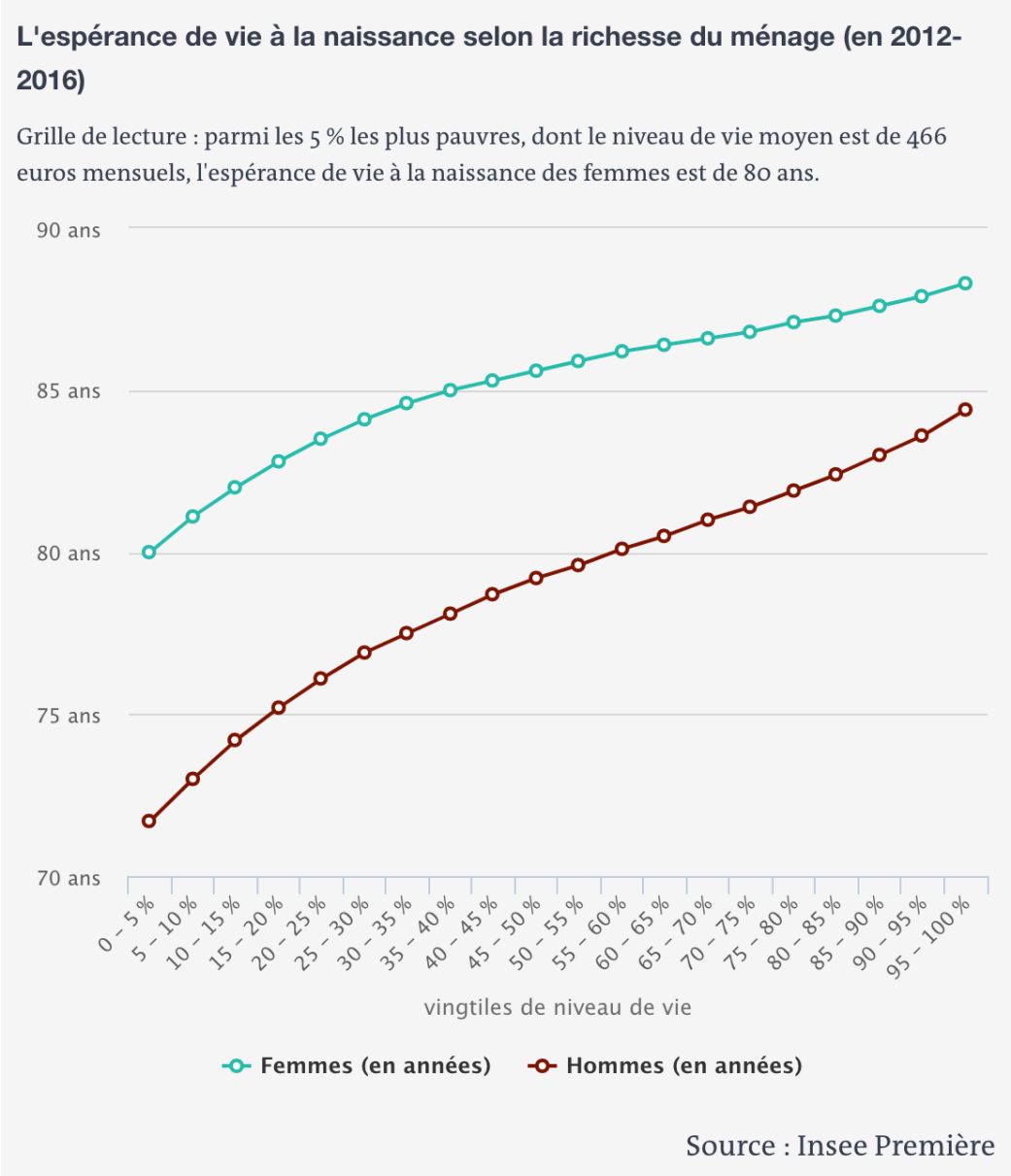
En France, l'espérance de vie à la naissance est de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes. En l'espace de dix ans, les hommes ont gagné deux ans d'espérance de vie et les femmes 1,2 an. Ces cinq dernières années, ils ont gagné 0,5 an d'espérance de vie et les femmes 0,2 an (INSEE, 2019).



Sources INSEE[1]

En France, l'espérance de vie d'une personne est corrélée à son niveau de revenu. Ainsi, les 5 % de Français les plus riches ont une espérance de vie supérieure de treize ans à celle des 5 % les plus pauvres.

[1] https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926



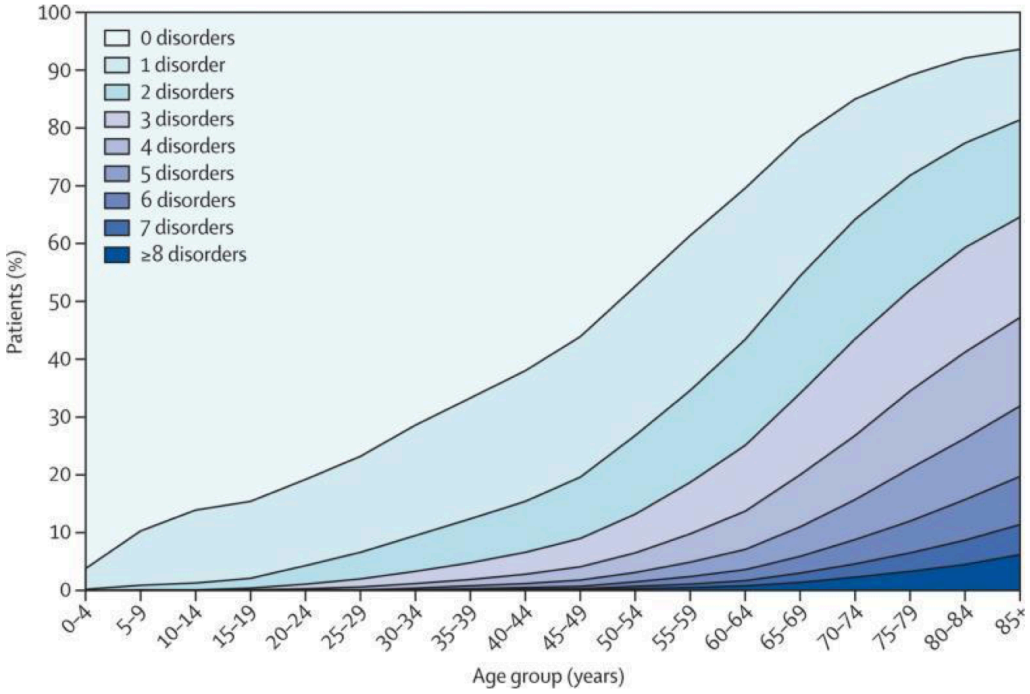
À cette espérance de vie augmentant, se conjugue le phénomène de transition épidémiologique, c'est-à-dire la diminution de la prévalence des maladies aiguës au profit des maladies chroniques.

Ce phénomène est dû principalement à l'amélioration des conditions d'hygiènes (comme pour la tuberculose), la vaccination (comme pour la disparition de la variole), à l'amélioration de traitements de certaines

maladies faisant passer certaines maladies de rapidement mortelles à chroniques comme le diabète, l'infection à VIH et certains cancers. Cette amélioration est également due à une amélioration de l'organisation, comme pour les maladies coronariennes aiguës, qui s'est vue modifiée grâce à l'organisation d'un maillage de plateaux techniques.

Ainsi on observe que cette transition est multifactorielle, mais a pour effet une fois conjuguée à l'augmentation de l'espérance de vie de faire émerger une population multimorbide complexe dans sa gestion.

Ainsi, d'après l'étude de Barnett en 2012, il est maintenant une norme dans les pays occidentaux de présenter au moins deux maladies chroniques lourdes dès l'âge de 50 ans.



The Lancet **2012 380, 37-43**

(Barnet et al, 2012)

2. MUTATION INFORMATIONNELLE ET INTERNET

L'accès généralisé à internet, conjugué à la possibilité de chaque d'individu de pouvoir y contribuer, a permis de partager les savoirs et les expériences. Ainsi, le rôle des professionnels de santé ne peut plus uniquement être centré sur la détention du savoir, mais bien sur une compétence acquise lors de sa formation et éprouvée dans différents contextes. Il n'en demeure pas moins que la qualité de l'information est variable tant dans son contenu que dans sa présentation, certains auteurs n'hésitant pas à parler de « mine d'or ou de champs de mines » (Tonsaker et al, 2014).

Ainsi, le professionnel de santé, confronté aux défis de l'information, doit intégrer qu'internet est le premier recours pour chaque individu confronté à une problématique de santé, l'utilisant comme un *symptôme checker* aide au diagnostic pour un patient autonome et partenaire[2] (Pharmacy times, 2021). Néanmoins, il reste aux professionnels de santé de décider quelle posture prendre : être en opposition à cet accès à l'information grandissant ou être un accompagnateur dans les méandres de ces informations. Les informations partagées sur internet constituent une forme de corpus de savoir expérientiel qui, constitué avec méthode pour en éviter les biais, est l'un des catalyseurs de communautés de patients partenaires.

[2] https://www.pharmacytimes.com/view/top-10-symptom-checkers-online

3. MUTATION DE REFERENTIEL DU PROFESSIONNEL DE SANTE SOIGNANT DE LA MALADIE A CELUI DU PROFESSIONNEL DE SANTE SOIGNANT LA PERSONNE DANS SON CONTEXTE

Il est admis que des soins efficaces sont des soins centrés sur la personne et non plus sur la maladie. Pourtant, les guides de bonne pratique à destination des professionnels de santé demeurent encore très largement centrés sur les maladies. Il est excessivement difficile de produire des recommandations s'intéressant à des profils de patients présentant des caractéristiques bio-médico-psycho-sociales influençant la façon de soigner et d'atteindre les objectifs fixés ensemble.

Cette vision permet de simplifier le réel avec la conséquence d'éluder la complexité de la situation de tout individu.

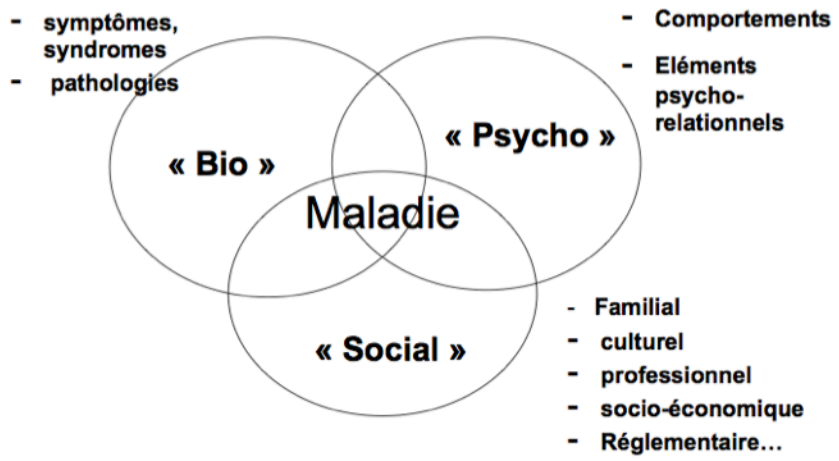
Ainsi, l'OMS insiste depuis 2015 sur la nécessité de l'approche centrée patient, premier pas vers un partenariat qui se retrouve plus clairement dans la définition de coproduction de soins de santé : « *les soins dispensés dans une relation fondée sur l'égalité et la réciprocité entre les professionnels, les usagers des services, les familles et les communautés auxquels ils appartiennent. La coproduction implique une relation à long terme entre les usagers, les dispensateurs et les systèmes de santé, l'échange des données, ainsi qu'une prise des décisions et une prestation des services qui deviennent communes* » (OMS 2015).

Dans cette définition, se dessine le fait que le patient fait partie de l'équipe soignante, concept créé outre-Atlantique dans le « modèle de Montréal » (Flora, 2016). Ainsi, au modèle d'Engel des situations de santé de patient décrites par leur aspect biomédical, psychologique et social, s'ajoute un soin co-construit en partenariat avec le patient (Siksou, 2008).

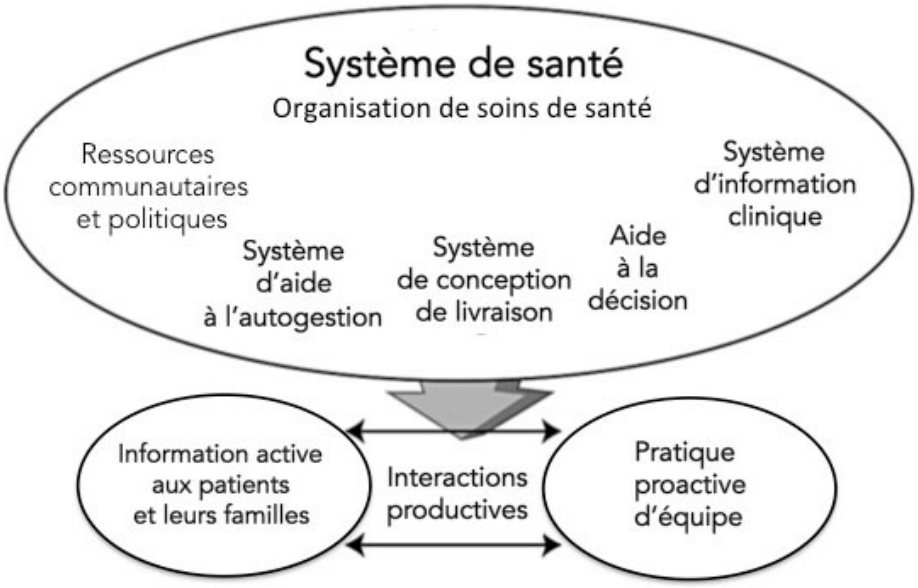
Pour arriver à notre objectif, il est nécessaire de mettre en place des structures et des organisations permettant d'aménager des lieux et des temps de partages entre professionnels de santé et patients, nécessitant la mise en place de gouvernance partagée. Ainsi, des embryons de recommandations s'adressant aux nouvelles organisations font l'objet d'orientation comme la matrice de maturité des pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il est prévu par cette matrice que les patients puissent participer aux projets de santé de ces structures qui ne peuvent plus être imposés aux usagers sans concertation. Ils prévoient ainsi la prise en compte de l'expérience des patients en élaborant un recueil de l'avis des patients organisé de manière régulière (par ex. enquêtes au point de soin, focus groupes et groupes consultatifs de patients permanents). L'analyse des résultats réalisée en équipe débouche sur un plan d'actions élaboré avec des représentants des patients, c'est une optique présentée dans le cadre du chronique care modèle. La multimorbidité et la complexité du soin dans toutes ses dimensions ont rendu impossibles l'exercice isolé de professionnels de santé (médecin).

Ainsi, il y a une nécessité d'action de soins pluriprofessionnelle qui s'appuie sur les nouvelles structures de soins (maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins de proximité, communautés de professionnels territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui) ainsi que de nouveaux métiers comme les assistants médicaux, les infirmières de pratiques avancées ou les infirmières de santé publique.

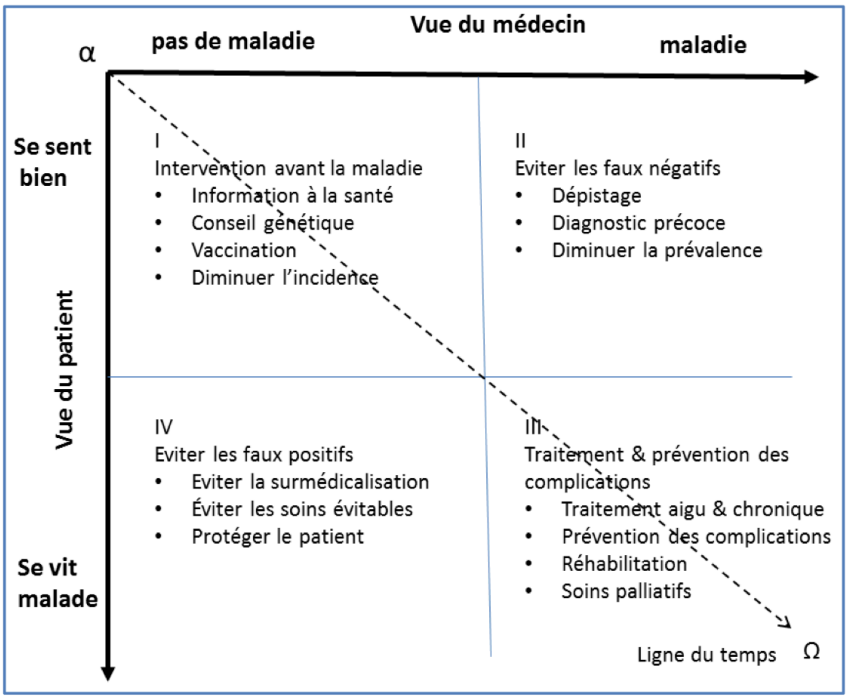


*Engel GL. *The biopsychosocial model and medical education*. N Engl J Med. 1982, 306[1.]:802-5



4. MUTATION DE LA VISION DE LA PREVENTION AVEC LA PREVENTION QUATERNAIRE « PRIMUM NON NOCERE »

Nous l'avons vu, la prévention primaire a été l'un des leviers majeurs de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, la prévention secondaire et tertiaire également. Pourtant, ce domaine emprunte à des dérives de type *disease mongering* ou du sur diagnostic avec des conséquences sur la qualité de vie des patients plus désastreuses que l'évolution de la maladie elle-même. Ainsi le concept de prévention quaternaire semble permettre une bonne analyse afin de déterminer si l'action de diagnostic ou de traitement est une option qui en termes de balance bénéfice/risques est favorable. Les éléments et actions envisageables en prévention sont ainsi décrits dans le schéma ci-dessous.



5. MUTATION DECISIONNELLE

Cette dernière mutation illustre l'aboutissement des changements des dernières années où d'un modèle paternaliste du médecin sachant et sans faille, nous évoluions vers la décision partagée en santé avec des patients autonomes informés, impliqués, actifs dans leurs soins, partenaires des professionnels de santé et du système de santé. Par exemple, en temps de controverse scientifique, comme sur le dépistage de masse du cancer du sein (Gelly et al, 2012), il est à présent concevable pour les professionnels de santé, qu'en l'absence de certitude scientifique sur la balance bénéfice/risque d'un soin, il puisse être laissé au libre choix du patient la décision de ses soins.

Dans ces cas où les médecins ne peuvent que communiquer des éléments qui ne permettent pas de trancher sur une situation, le patient devient autonome. Mais, de ces situations extrêmes, il faut maintenant revenir à ces situations de soins courants et permettre au patient de conserver cette autonomie sans peur du risque médico-légal ni peur du glissement de responsabilité vers le patient. C'est ce nouveau cadre qu'il nous faut maintenant inventer et qui constitue l'un défi des prochaines années dans le domaine du soin.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Barnet K., Mercer S. W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. (2012). « Epidemiology of multimorbidity and implications for health care,research, and medical education: a cross-sectional study ».

Volume 380, Issue 9836, 7–13 July 2012, pp. 37-43

Engel G. L. (1982). « The biopsychosocial model and medical education ». *New England Medical Journal, n° 306, pp. 802-805.*

Flora L., Berkesse A., Payot A., Dumez V., Karazivan P. (2016), "L'application d'un modèle intégré de partenariat patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé", *Le Journal International de Bioéthique et d'éthique des sciences*. Vol. 27, n° 1, pp. 59-72.

Gelly J., Darmon D., Vaillant-Roussel H., Cadwallader J.-S. (2012). « Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie : le dilemme ». *Exercer, la revue française de médecine générale*. Vol. 23, n°102, pp. 133-136.

OMS (2019). Global Health Observatory data repositories, Mondial Organisation

OMS (2015). *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Rapport du secrétariat*, Organisation Mondiale de la Santé.

Pharmacy Times (2021). Top 10 syndrom checkers online.

Siksou M. (2008) Maryse. « Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical », *Le Journal des psychologues*. Vol. 260, no. 7, pp. 52-55

Tonsaker T., Bartlett, G., & Trpkov, C. (2014). « Information sur la santé dans Internet : Mine d'or ou champ de mines? ». *Canadian Family Physician*. Vol. *60, n°5*, pp. 419–420

INSEE (2019). Bilan démographique 2019. Accessible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143 ?sommaire=19122926