

**PASS LYON EST**  
**HUMANITES MEDICALES**  
**15 OCTOBRE 2025**

**La relation professionnel de santé-patient :**  
**De quoi parlons-nous?**

**Focus sur la prise de décision partagée**

**François Blot**, Dr – Responsable comité d'éthique - Institut Gustave Roussy

**Nora Moumjid**, PU - ISPB, Université Lyon 1; P2S UR 4129; Département Prévention Cancer-Environnement Centre Léon Bérard



**1. Ecouter**

**2. Cette sacrée autonomie donc...**

**3. Décider : Le pluriel ne vaut-il rien à l'affaire?**

**La prise de décision partagée**

**Résultats de la prise de décision partagée**

**Les outils d'information et d'aide à la décision**

**4. Une parade à l'hypermédicalisation de l'existence?**

**Conclusion**





# Qui est le soignant ?

Soigner, re-médier (médecin),  
être médiateur...

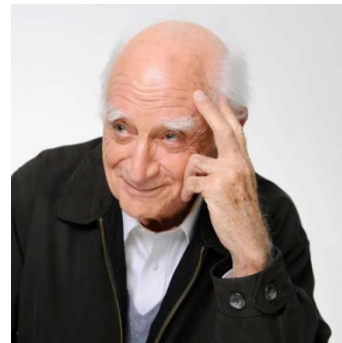


*Toute autre science est dommageable à celui qui  
n'a pas la science de la bonté.*

Michel de Montaigne

*Qui est le médecin? Il est le fils du savoir et de la pitié.  
Privé de l'un ou de l'autre, qu'il change aussitôt de métier.*

Michel Serres







# **1. Ecouter**

# Réanimation, 1<sup>er</sup> étage, 13/01/2019.

**Mme Ben., 38 ans, intubée, ventilée (pneumocystose)**

Retirer la sonde d'intubation, et ensuite? Si échec, ré-intuber, faire une trachéotomie (d'emblée?), « ne rien faire »?



*En jeu ici: le respect de l'autonomie de la patiente, un cheminement partagé sur un étroit sentier de crête, vers une décision prise en commun*



## Réanimation, 1<sup>er</sup> étage, un mardi de février 2019.

**« La famille de M. Tur. va finir par nous faire des problèmes; on l'a envoyé 2 fois au bloc, mais sa femme et sa fille disent 'ça suffit, il faut l'endormir'. Mais le patient il n'a pas signé de directives anticipées! »**

Homme de 70 ans, K de prostate métastatique aux os, résistant à la chirurgie, l'hormonothérapie. Et... cimentoplastie



*En jeu ici: pour respecter l'autonomie du patient, écouter, juste écouter... (et la « toute puissance médicale », eh ben...)*

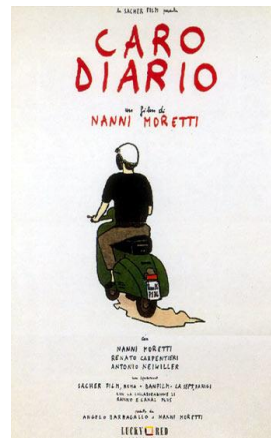


# POIDS DES SILENCES, SENS DES MOTS...

## *Les médecins savent parler...*

Les médecins laissent *18 à 23 secondes au patient pour s'exprimer, avant de le couper (ne lui laissant que 6 secondes pour l'interrompre à nouveau)*

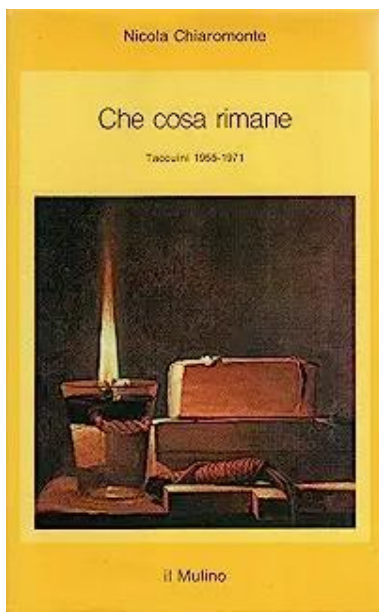
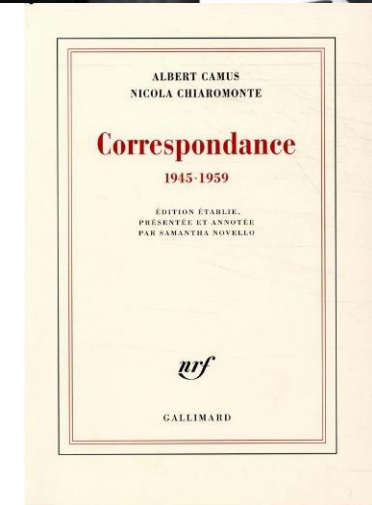
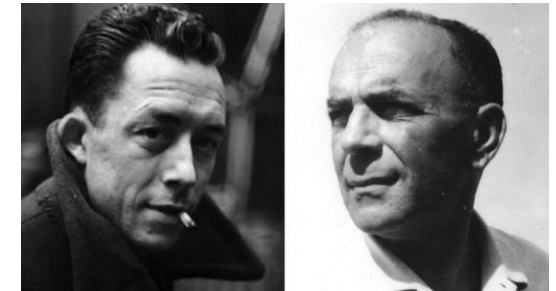
Beckman HB, Ann Intern Med 1984 ;  
Marvel MK, JAMA 1999



# Ecouter et... laisser parler

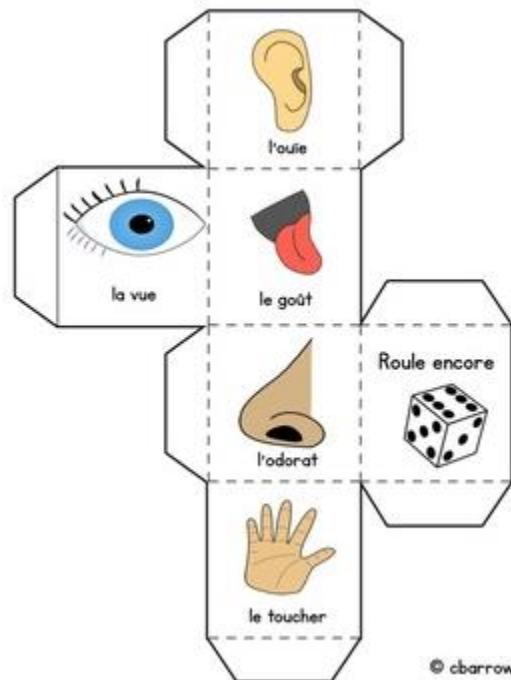
Nicola Chiaromonte (Che cosa rimane):

*« On ne sait pas ce qu'on a à dire si on ne commence pas à le dire. Et le moment où l'on commence à parler décide de ce qu'on dira. »*



Nicola Chiaromonte, filosofo e politico nato a Rapolla (Potenza) nel 1905, morto a Roma nel 1972

# Mais aussi...





# Bavards, d'accord mais aveugles et sourds : pourquoi?

---



# Réunion d'appui, 4<sup>e</sup> étage, 9/07/2025.



## Le chœur antique:

*« On ne sait rien de ses souhaits. Elle est taiseuse, et son mari aussi. Son fils est médecin, à Bordeaux. Mais il appelle presque jamais... »*

---

## Virginie, aide-soignante (40<sup>e</sup> mn):

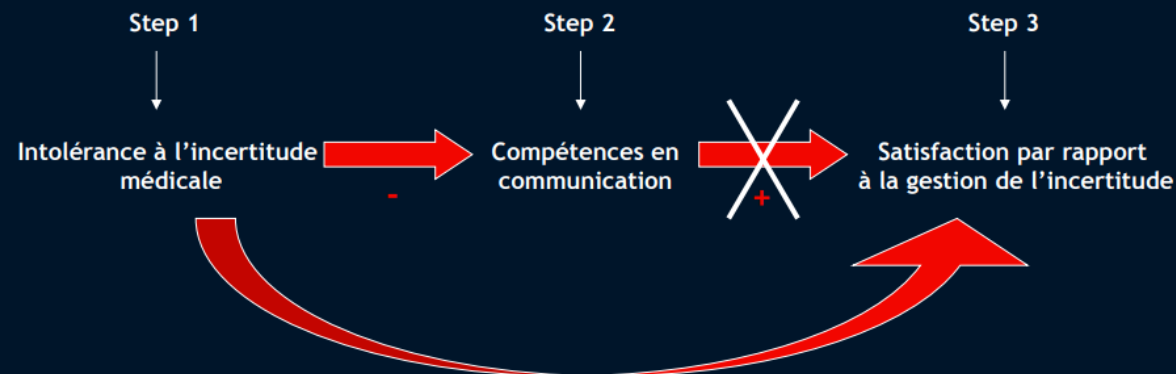
*« En fait, moi elle me parle. Je l'ai eue trente minutes pour la toilette, ce matin. Hier pareil, et la semaine dernière. Elle m'a parlé de Toulouse, elle m'a montré des photos. Et il y a une fille, aussi, à Nanterre. »*

*Taiseuse...*



## Reconnaître l'incertitude

Un processus inconscient ?

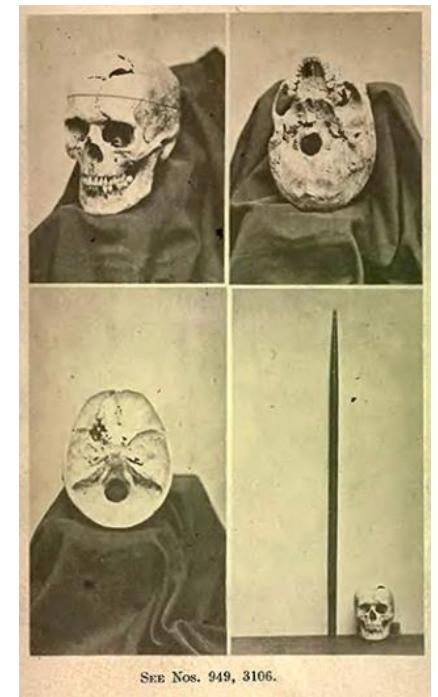
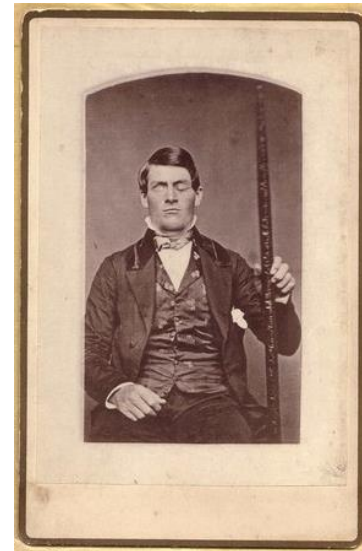
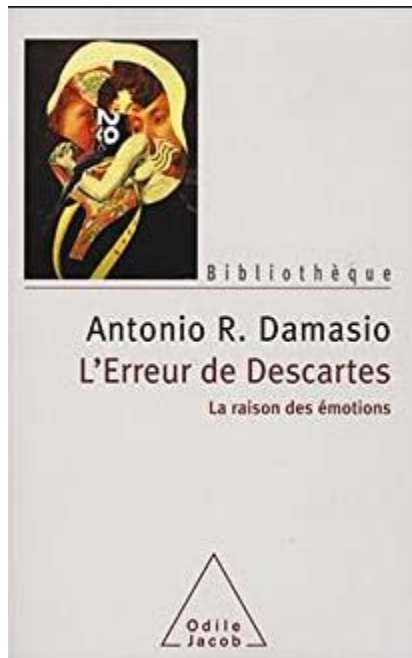


Libert Y, et al. How does physicians' decisional conflict influence their ability to address treatment outcomes in a decision-making encounter with an advanced-stage cancer simulated patient? A descriptive study. Patient Educ Couns. 2020



# Etre affecté

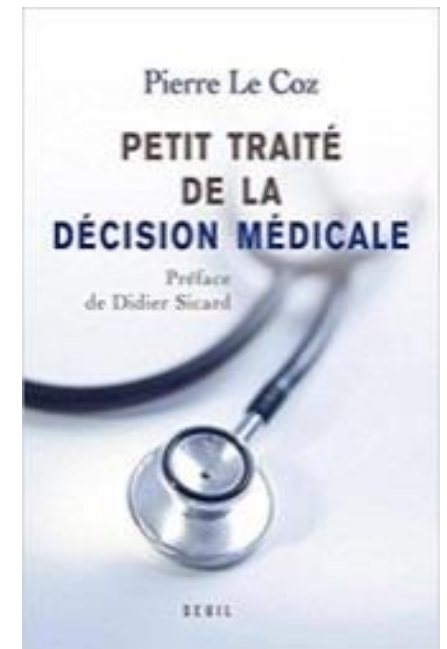
## Reconnaître les émotions



# Etre affecté

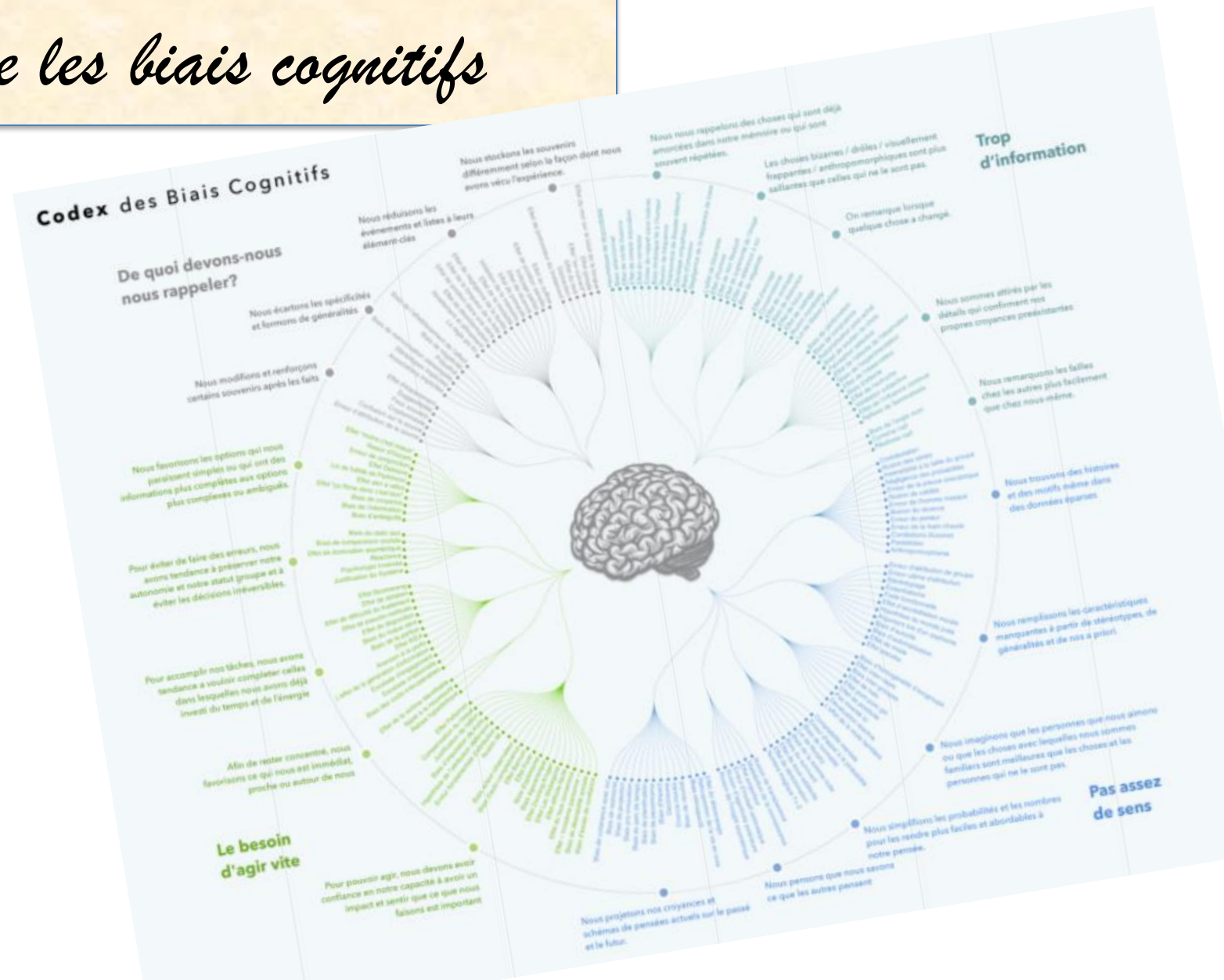
## Les émotions comme levier décisionnel

- |                   |   |            |
|-------------------|---|------------|
| - Bienfaisance    | ← | - Empathie |
| - Non malfaisance | ← | - Crainte  |
| - Autonomie       | ← | - Respect  |
| - Justice         | ← | - Angoisse |



# Ne pas être dupe

## Reconnaître les biais cognitifs





# Stereotype threat among schoolgirls in quasi-ordinary classroom circumstances.

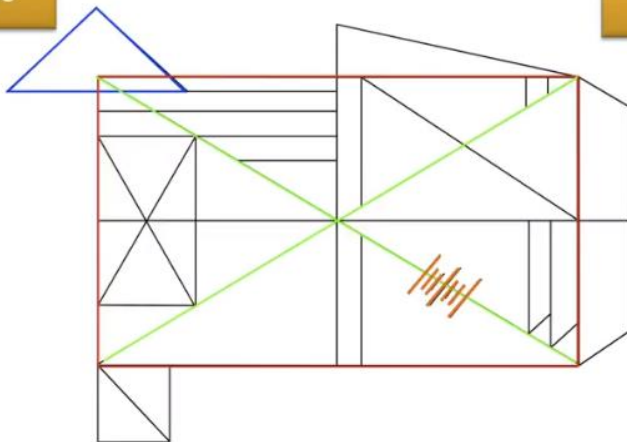
Huguet, P., & Régner, I. (2007). Stereotype threat among schoolgirls in quasi-ordinary classroom circumstances. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 545–560. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.3.545>

Huguet & Régner (2007, *Journal of Educational Psychology*)

Test de  
géométrie

OU

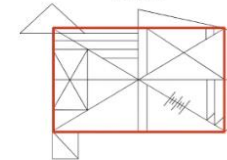
Test de dessin



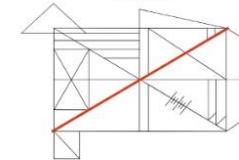
Adaptée de la Figure Complexe de Rey-Osterrieth



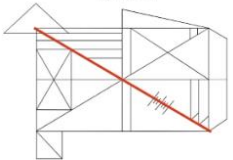
Unité 1



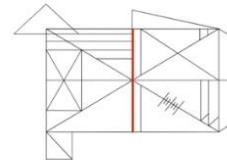
Unité 2



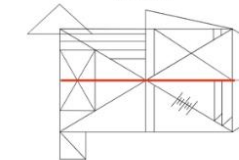
Unité 3



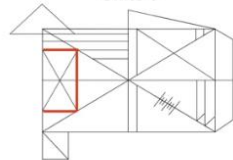
Unité 4



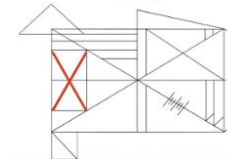
Unité 5



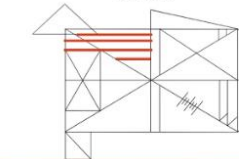
Unité 6



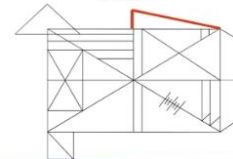
Unité 7



Unité 8

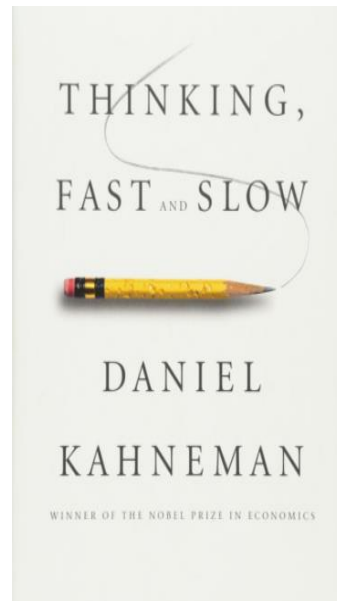
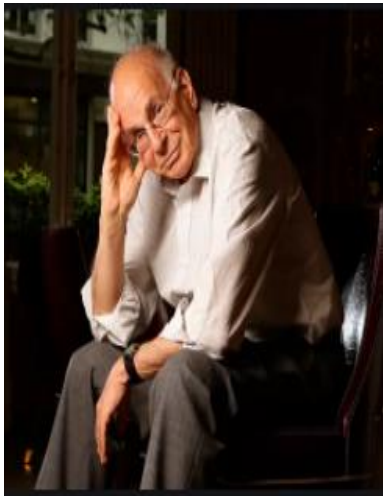


Unité 9



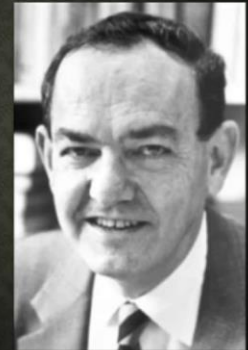
# Ne pas être dupe

**Vertus et limites  
de la raison**



**LA RATIONALITÉ LIMITÉE**

HERBERT SIMON (1916-2001)



**La rationalité  
limitée...**

# Se risquer



*Parrhèsia* : une certaine parole de vérité, un dire-vrai qui ne relève ni d'une stratégie de démonstration, ni d'un art de la persuasion, ni d'une pédagogie.

Il y a *parrhèsia* quand un dire-vrai ouvre pour celui qui l'énonce un espace de risque.



## **2. Cette sacrée autonomie, donc...**

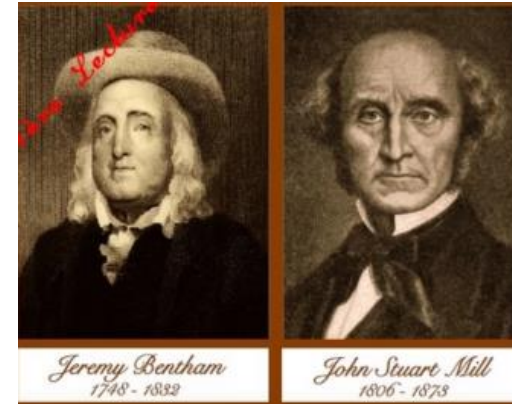
# Kant vs. Mill?

***Déontologisme***



***vs.***

***Utilitarisme/ conséquentialisme***



***Ethique de conviction***



***vs.***

***Ethique de responsabilité***



# Injonction paradoxale? L'autonomie du malade : le droit de désobéir

Sylvie Fainzang



Sylvie Fainzang. L'autonomie du malade : le droit de désobéir. Les Cahiers du CCNE (Comité consultatif national d'éthique), 2005, pp.25-26. <halshs-00009230>

comité consultatif national d'éthique) 2005 pp.25-26 <halshs-00009230>

Sylvie Fainzang. L'autonomie du malade : le droit de désobéir. Les Cahiers du CCNE (Comité

perspective de sciences sociales, en étant attentive à ce que la notion d'autonomie implique, aux difficultés que ses impératifs soulèvent, et à la situation paradoxale dans laquelle la société place aujourd'hui le sujet malade.



La relation  
médecins-malades :  
information  
et mensonge

Sylvie Fainzang



Au dilemme éthique face auquel se trouve le médecin, partagé entre la nécessité de se conformer à la réglementation en vigueur - autrement dit de ne pas prodiguer de soins sans le consentement du malade -, et l'obligation légale d'assistance à personne en danger<sup>2</sup>, dilemme que résume en partie l'alternative: droit des malades / devoir des médecins, il convient donc d'ajouter l'existence, en miroir, du dilemme social face auquel se trouve le patient, tenu à la fois d'affirmer son autonomie (invité à *se prendre en charge*, à *participer*, à *consentir* ou non au traitement) et de se montrer observant face aux prescriptions médicales.

il convient de souligner le paradoxe de la situation actuelle : ainsi, non seulement on reconnaît désormais au patient le droit de ne pas être observant, pendant que, de plus en plus, tout est fait pour qu'il le soit ; mais surtout, si le malade est de plus en plus acteur de son traitement, doté d'un certain pouvoir de décision, c'est un acteur sommé aujourd'hui d'être tout à la fois autonome et observant, dès lors inexorablement placé en situation de double contrainte.



# Une dérive ?

## Limites du principe d'autonomie

**Yannis Constantinidès**

DANS **Traité de bioéthique 2010/**, PAGES 158 À 173  
ÉDITIONS **Espace éthique - Poche**

---

« Parce que l'homme agit, il croit agir seul; et parce qu'il a la conscience de sa liberté, il oublie sa dépendance. »

Joseph de Maistre



L'ÉTRANGE DEVOIR D'AUTONOMIE

L'ILLUSION D'AUTONOMIE

UNE ÉTHIQUE DE L'HÉTÉRONOMIE ET DE L'INTERDÉPENDANCE

Faire preuve de responsabilité morale dans ses actions et décisions est en règle générale le dernier souci du patient, ce qui lui reste comme (bonne) volonté étant mobilisé dans la lutte contre la maladie.



# Réunion d'appui, 3<sup>e</sup> étage, 19/12/2018.

## Famille de M. D...:

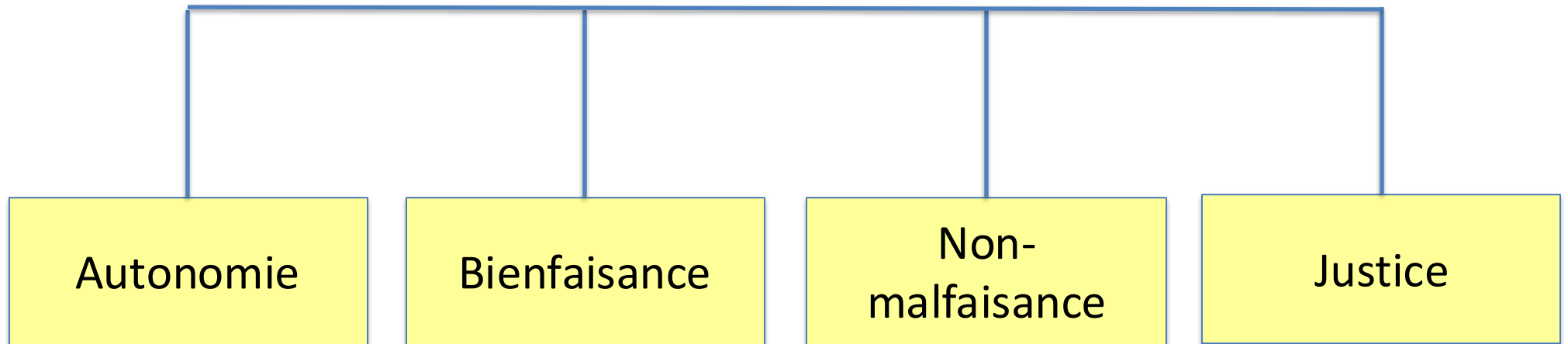
*« Ce n'est pas possible qu'il n'ait pas cette thérapie ciblée, nous savons qu'il existe des mutations, parfois... »*

## Infirmier de M. D...:

*« Mais c'est le patient qui veut. Quand je lui ai demandé s'il avait envie d'arrêter de se battre, il m'a dit: 'Non, ça passe ou ça casse!'... »*

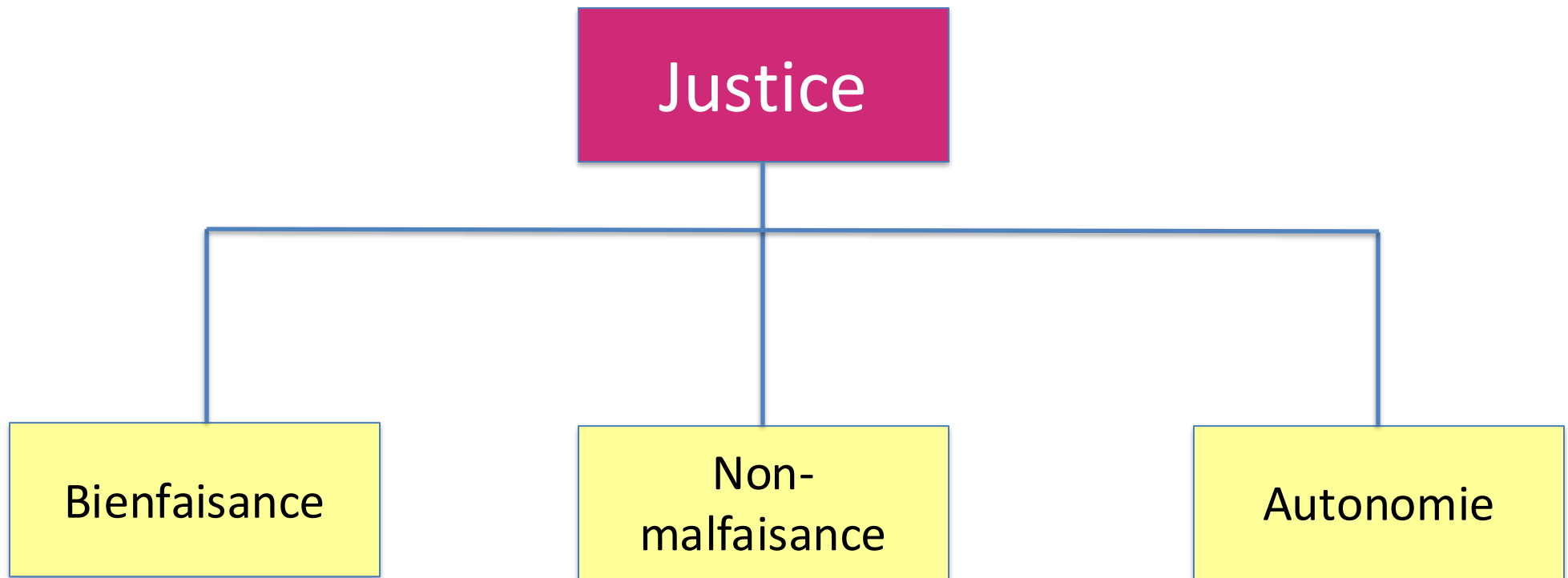
*En jeu ici: au prétexte de respecter l'autonomie du patient,  
enfermer dans l'illusion d'un non-choix...*

# 4 grands principes de l'éthique médicale



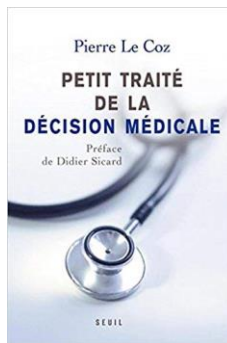
**Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale*.  
Médecine & Sciences Humaines 1979  
(Oxford University Press, New York 2001)**

# 4 grands principes de l'éthique médicale



**Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Médecine & Sciences Humaines 1979**

**Le Coz P. *Petit traité de la décision médicale*. Seuil, Paris, 2004**



M. MAURICE SCHUMANN

de l'Académie française

## L'ACCÉLÉRATION DE L'HISTOIRE DÉTRUIT-ELLE LA LIBERTÉ ?

---

Un enfant — décrit par le philosophe Lequier — joue dans le jardin paternel. Il touche une feuille de charmille. Le jeu s'arrête. La perception de la liberté surgit. Cueillir ou ne pas cueillir la feuille : l'enfant se ressent soudain lui-même comme un être capable de commencer. Mais la conscience de l'acte ne se borne pas à l'émerveillement qui le précède. Pour s'assurer de son pouvoir, l'enfant arrache la feuille de charmille. La secousse effraye un oiseau. Un épervier le saisit. « S'envoler c'était périr. » Alors l'ivresse est recouverte par l'inquiétude née du remords enfantin. En devenant agissante, la liberté a convoqué l'angoisse.

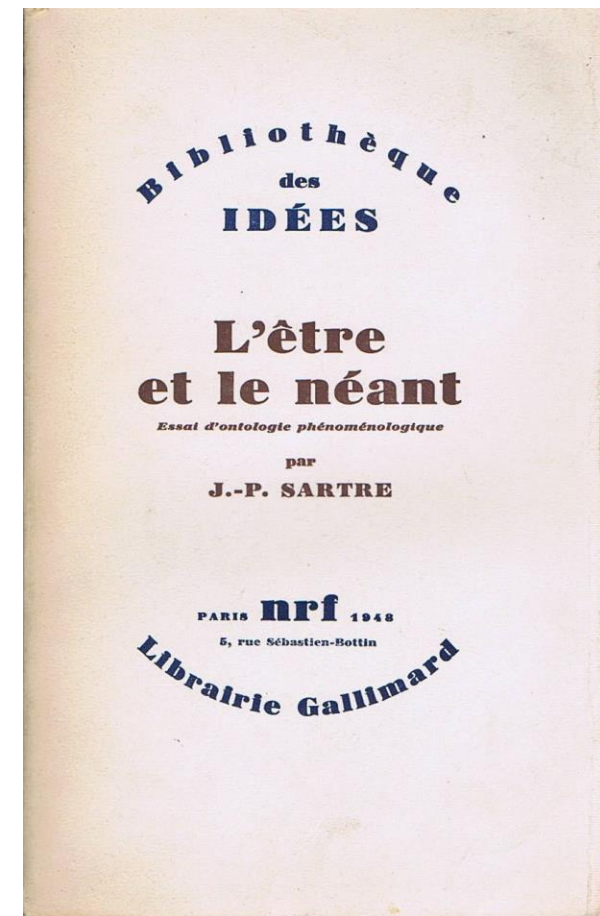


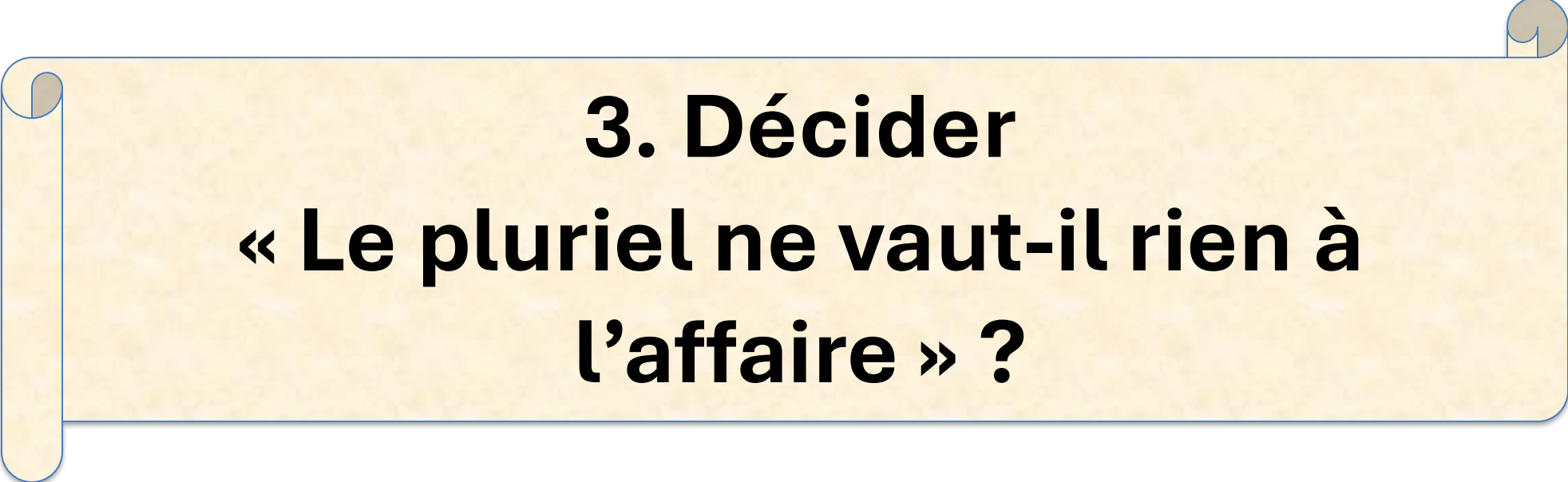
Pendant sa courte vie, Jules Lequier n'aura d'autre but que de préserver ou de retrouver le vertige de cette triple révélation. D'abord la liberté est un commencement, devant lequel Dieu lui-même attend : même s'il sait que j'arracherai la feuille de charmille, il m'a créé libre de ne pas l'arracher. Ensuite, les conséquences de l'acte libre — ce qu'une liberté fait commencer devient aussitôt nécessité — sont imprévisibles : au-dessus de toutes les charmilles, il y a l'épervier, c'est-à-dire l'inconnu. Enfin, si je suis celui qui a commencé, tout ce qui suivra me concerne : se sentir ou se dire auteur d'un acte, c'est toujours ressembler à l'enfant qui, sans l'avoir voulue, assume la mort de l'oiseau.



Ça m'a coupé le souffle. Jamais, avant ces derniers jours, je n'avais pressenti ce que voulait dire "exister".

---





### **3. Décider**

**« Le pluriel ne vaut-il rien à  
l'affaire » ?**

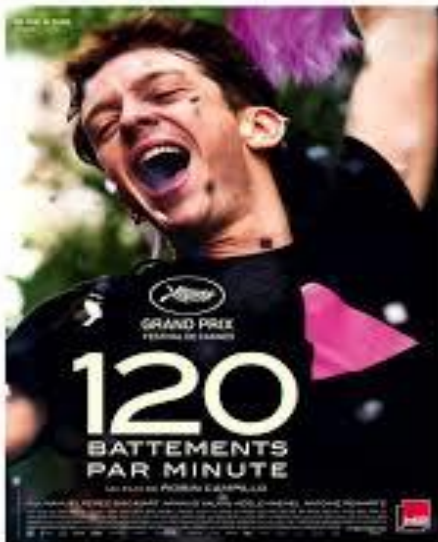


# Démocratie en santé

## The Denver Principles (1983)

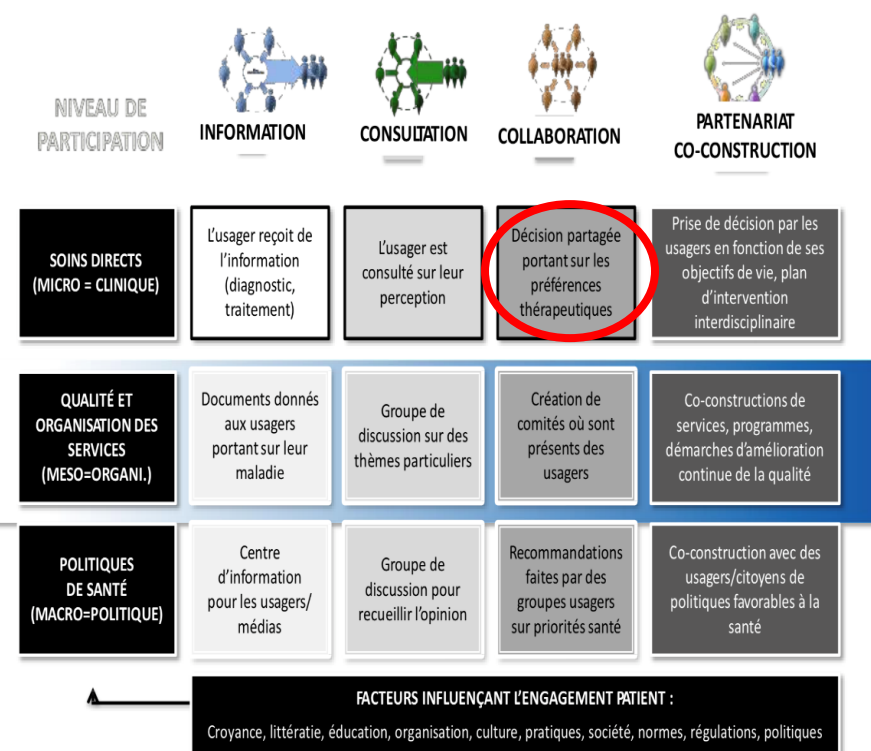
Statement from the People with AIDS advisory committee

We condemn attempts to label us as "victims," a term which implies defeat, and we are only occasionally "patients," a term which implies passivity, helplessness, and dependence upon the care of others.  
We are "People With AIDS."



2. Be involved at every level of decision-making and specifically serve on the boards of directors of provider organizations.

# Démocratie en santé

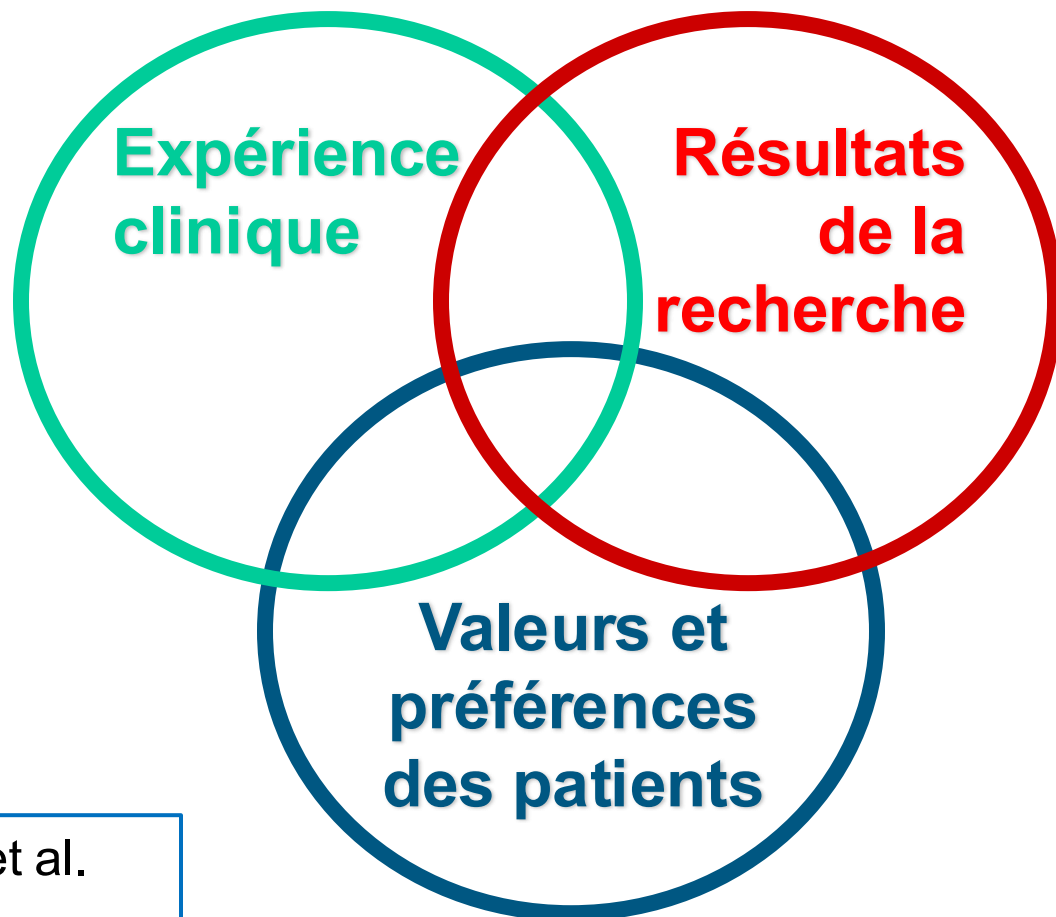


Flora L. Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M-C, Jovet E. Le modèle relationnel patient partenaire au profit des patients atteints de maladies chroniques : proposition d'une méthodologie de déploiement et d'appropriation. Numéro spécial : Maladies chroniques, quels enjeux pour les systèmes de soins? Revue de Santé Publique. Avril 2015



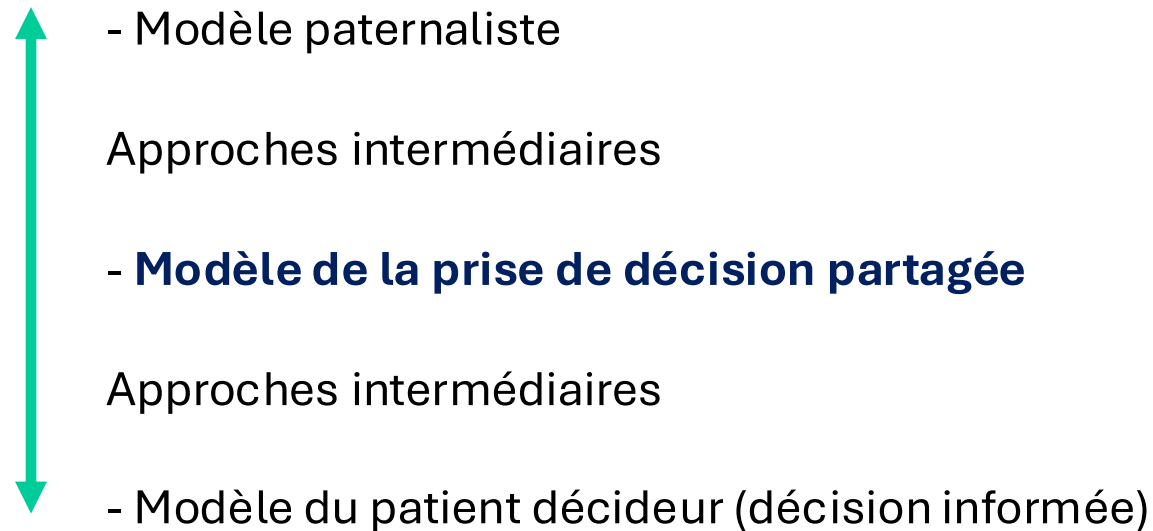
# 3 composantes de la décision médicale

---



Sackett et al, 1996; Haynes et al.  
2002

# Les modèles de prise de décision



Les étapes :

1. **Echange d'informations**
2. **Délibération/Discussion** relative aux options de traitement/prise en charge
3. **Décision** relative à la décision à mettre en oeuvre

# La prise de décision partagée en pratique

Le professionnel de santé et l'utilisateur/le patient s'informent mutuellement pour parvenir à un accord commun sur la décision prise (Charles et al. 1997; 1999) :

- l'échange d'information est donc bilatéral (entre le professionnel de santé et le patient/utilisateur),
- la délibération est par nature interactive (entre le professionnel/équipe médicale et le patient/proches).
- La participation du professionnel de santé et du patient/utilisateur est partagée à chaque étape du processus de prise de décision et la **décision prise est la résultante d'un accord commun.**

# Les étapes du processus de prise de décision partagée

- **Définir** la situation
- Identifier/**Dire** qu'une décision est à prendre
- **Présenter** les options
- **Discuter** les bénéfices et risques potentiels
- **Identifier** les valeurs et préférences du patient
- **S'assurer** de la bonne compréhension du patient
- **Prendre** une décision / prévoir les étapes suivantes



# Résultats de la prise de décision partagée

Améliore :

- la sécurité et la qualité des soins,
- l'accord entre professionnels de santé et patients,
- la communication entre professionnels de santé et patients,
- les connaissances du patient,
- le confort décisionnel du patient,
- meilleure satisfaction et acceptation des traitements
- les droits et le respect de l'autonomie du patient, respect du niveau de participation à la décision

# La prise de décision partagée: une approche appuyée par des outils d'information et d'aide à la décision (OIAD)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

## Patient et professionnels de santé : décider ensemble

Concept, aides destinées aux patients et impact  
de la décision médicale partagée

Octobre 2013



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE MÉTHODOLOGIQUE

Éléments pour élaborer une aide  
à la prise de décision partagée entre  
patient et professionnels de santé

Mars 2018

### EN RÉSUMÉ

#### S'assurer que le document produit est bien une aide à la décision partagée

Laisse-t-il un espace pour l'expression des valeurs et des préférences du patient ?

☐ Oui ☐ Non

Présente-t-il l'exhaustivité des options possibles, y compris la non-intervention ?

☐ Oui ☐ Non

Présente-t-il la décision à prendre et les éventuelles décisions ultérieures qui devront être prises selon les différents parcours envisagés ?

☐ Oui ☐ Non

Liste-t-il pour chacune d'entre elles :

- |   |   |
|---|---|
| ■ les bénéfices escomptés ?             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ■ les risques éventuels ?               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ■ les incertitudes pour chaque option ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |



Liste-t-il pour chacune d'entre elles les avantages et inconvénients au regard des activités et contraintes actuelles du patient :

- |  |   |
|--|---|
| ■ sur la vie sociale ?                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ■ sur la vie familiale ?                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ■ sur la vie intime ?                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ■ sur la scolarité ou la vie professionnelle ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

La temporalité de la décision et son degré d'urgence sont-ils précisés ?

☐ Oui ☐ Non

Le caractère réversible ou non de la décision est-il :

☐ Oui ☐ Non

# QUE CONTIENT UN OIAD ?

Présentation de la situation

Présentation des options de  
prise en charge

Présentation des bénéfices et des  
risques de chaque option

Identification et/ou clarification  
des valeurs et préférences des  
patients

# **Les outils d'information et d'aide à la décision : Des preuves solides 209 RCT (107 698 participants)**

**Connaissances +  
Perception des risques+  
Conflit décisionnel- / au fait de ne pas se  
sentir informé  
Indécision - ses valeurs personnelles  
Proportion - passivité prise de décision  
Regret et durée de consultation : pas de  
différence**



- **Répertoire** des outils d'aide à la décision réalisé par le Groupe de Recherche sur les Outils d'Aide à la Décision du Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) <https://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>
- **+ de 700 OIAD** développés dans le monde sur une multitude de situations cliniques dont une vingtaine en français

The screenshot shows the website <https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.html>. The header includes the Ottawa Hospital Research Institute logo and the title "Outils d'aide à la décision pour les patients". A sidebar on the left lists various categories like "Outils d'aide à la décision", "Autre outils d'AC", "Modèles", "Développement", "Mesures d'évaluation", "Implantation", "À notre sujet", and "Nouveautés & Événements". The main content area is titled "Répertoire des outils d'aide à la décision" and contains a list of decision aids in French, such as "Document d'aide à la décision concernant la transplantation pulmonaire à l'intention des personnes atteintes de fibrose kystique" and "Que pouvez-vous faire pour prévenir la grippe?".

# Le dépistage du cancer de la prostate

Brochure d'information



## IMPORTANT À SAVOIR

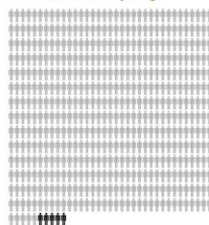
- Le **traitement** du cancer de la prostate détecté à un **stade précoce** peut éviter de développer des métastases et de mourir de ce cancer.
- Le **dépistage ne prolonge pas la durée de vie en général**. La majorité des hommes avec un cancer de la prostate meurt d'autres causes que du cancer de la prostate.

## Quelle est l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité par cancer de la prostate ?

Ces chiffres proviennent d'une grande étude européenne, à laquelle la Suisse a participé.

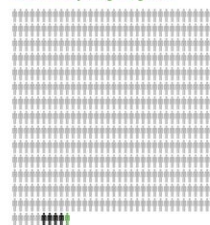
Cette figure représente un groupe de 500 hommes entre 55 et 70 ans suivis pendant 16 ans et l'impact d'un dépistage tous les 2 à 4 ans, sur le nombre de diagnostics du cancer de la prostate et sur le nombre de décès par cancer de la prostate, au sein de ce groupe.

### En l'absence de dépistage



- 43 hommes auront un diagnostic de cancer de la prostate
- 5 hommes mourront du cancer de la prostate

### Avec un dépistage régulier



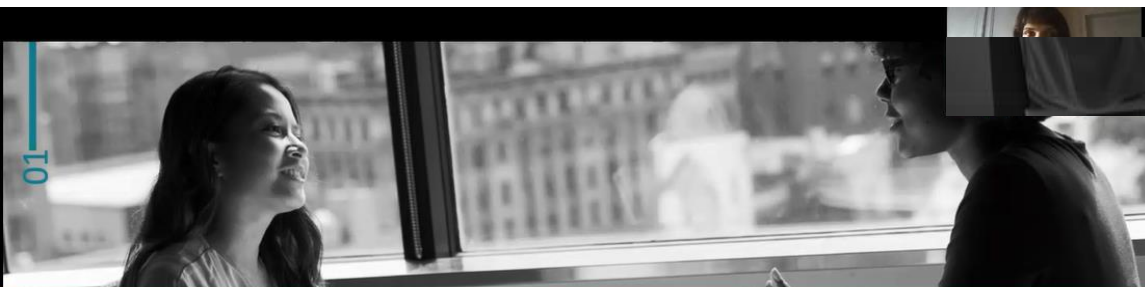
- 58 hommes auront un diagnostic de cancer de la prostate
- 4 hommes mourront du cancer de la prostate

### Suite au dépistage, sur 500 hommes :

- 15 hommes de plus auront un diagnostic de cancer de la prostate, dont certains seront un surdiagnostic. Voir p.11 ;
- 1 homme de moins mourra du cancer de la prostate.

## Les bénéfices et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate

Bénéfices	Inconvénients
<p><b>Savoir si on a un cancer ou pas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dépistage permet de savoir si on a un cancer de la prostate ou pas.</li> <li>• Si le résultat est normal, vous êtes rassuré de ne pas avoir de cancer de la prostate.</li> <li>• Si le résultat est anormal, un traitement contre le cancer ou un suivi rapproché est commencé.</li> </ul>	<p><b>Subir des examens plus poussés avec des risques de complications, parfois pour rien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suite à un test PSA anormal, il est possible que la biopsie de la prostate soit faite en l'absence de cancer.</li> <li>• Les hommes qui font une biopsie peuvent avoir des complications.</li> </ul>
<p><b>Augmenter ses chances de ne pas mourir d'un cancer de la prostate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le traitement du cancer de la prostate peut éviter de développer des métastases et de mourir du cancer de la prostate.</li> </ul>	<p><b>Suivre un traitement qui n'aurait pas été nécessaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le dépistage peut mettre en évidence un cancer dont l'homme n'aurait jamais eu connaissance si le dépistage n'avait pas été fait. Cet homme risque d'avoir des effets secondaires du dépistage ou du traitement du cancer sans bénéfice pour sa santé. On parle de surdiagnostic. Voir p. 11</li> </ul>



## Outils d'aide à la décision pour le cancer du sein au stade précoce

Marie-Anne Durand **MSc MPhil PhD CPsychol**

Université Toulouse III Paul Sabatier, Inserm-UMR1027, équipe EQUITY  
Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne  
The Dartmouth Institute, Dartmouth College, USA

## OBJECTIFS


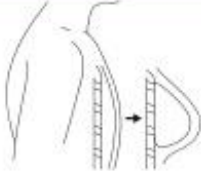

**Objectif 1 :** Adapter (à partir des versions anglophones) deux outils d'aide à la décision pour le cancer du sein au stade précoce puis tester l'utilisabilité, l'acceptabilité et la faisabilité avec un échantillon de convenance à l'institut Paoli-Calmettes.

**Objectif 2 :** Tester l'implémentation de ces deux outils d'aide à la décision en utilisant des cycles « PDSA » (Plan, Do, Study, Act) avec les équipes volontaires de l'IPC.

# Reconstruction mammaire\* : quel est le bon choix pour moi ?

Utilisez cet outil d'aide à la décision pour vous aider à choisir, avec votre médecin, la meilleure option de reconstruction mammaire.

## 1. Qu'est-ce que c'est ?

Aucune reconstruction	Reconstruction avec un implant*	Reconstruction avec vos propres tissus
		
La totalité du sein est retirée. Une prothèse en silicone peut être utilisée dans votre soutien-gorge.	La totalité du sein est retirée. On utilisera une prothèse en silicone en 1 temps ou 2 temps avec une expansion des tissus.	La totalité du sein est retirée. Votre propre peau, gras et parfois muscles sont utilisés pour créer un nouveau sein. Ils sont souvent prélevés dans le dos. Un implant sera parfois nécessaire en plus de vos propres tissus.

## 2. Quelle sera mon apparence après avoir quitté la salle d'opération ?

Aucune reconstruction	Reconstruction avec un implant	Reconstruction avec vos propres tissus
		
Votre sein sera plat et vous aurez des drains.	Vos aurez un sein plus ou moins complet et des drains.	Vous aurez un sein plus ou moins complet et des drains.

\***Reconstruction mammaire** : Une ou plusieurs opérations pendant lesquelles on reconstitue le volume (prothèse), ou vos tissus mous. \***Implant mammaire** : Prothèse utilisée en chirurgie plastique pour



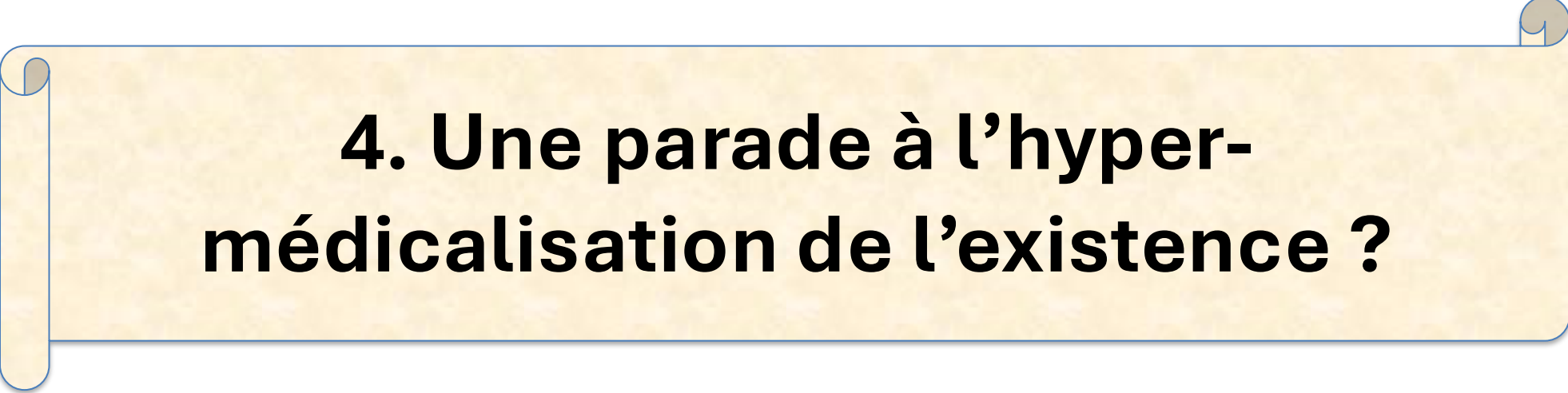
# Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision

## Faire connaître la plateforme : une affiche et un flyer



**À télécharger & commander sur le site de l'INCa**





#### **4. Une parade à l'hyper-médicalisation de l'existence ?**

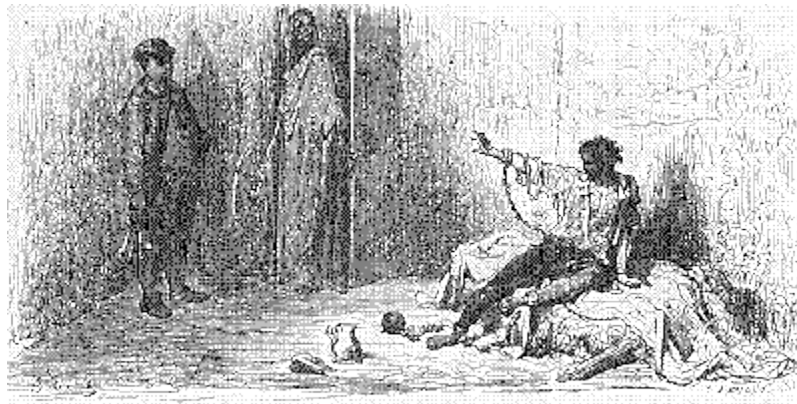
## Saisine du Comité d'Ethique, 7<sup>e</sup> étage, même jour...

**Dr. B..., interne:**

*« Le Dr. Z sait que ça ne fonctionnera pas, mais il est jeune, c'est pour ça... »*

**Mme H, cadre de soins:**

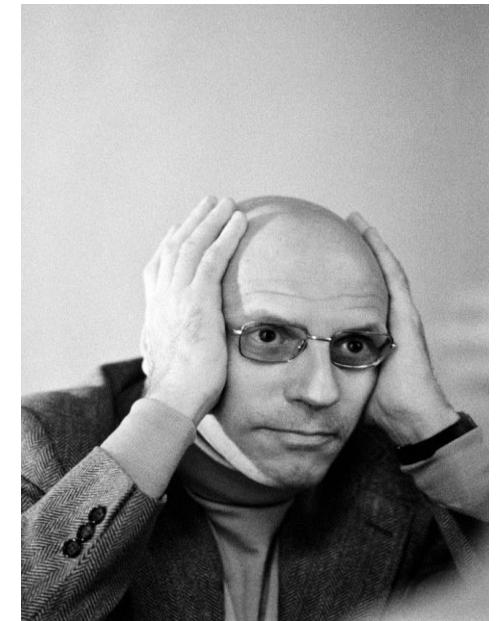
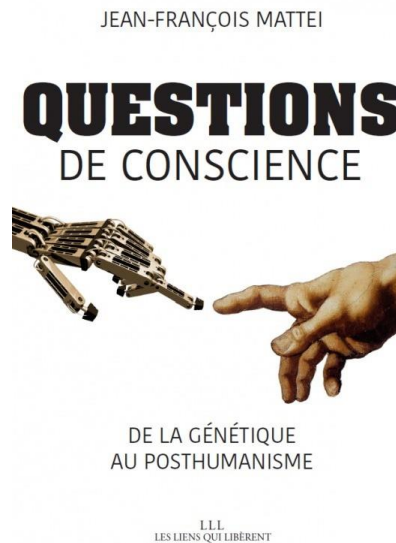
*« Et puis là, on ne peut pas l'envoyer en USP. Il a eu son 2<sup>e</sup> NIVO mardi, l'USP, ils ne comprendraient pas... »*



ÉDITION  
ABONNÉS

## "On assiste à une médicalisation de l'existence"

Roland Gori, professeur émérite de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille, considère que la recherche de critères techniques et cliniques "objectifs" ne correspond pas forcément à la réalité clinique.



# La médecine est donc bien une science





Réunion d'appui, 3<sup>e</sup> étage, 12/12/2018.

**Dr. Z..., oncologue:**

« *Comme il n'avait pas de mutation, il est devenu 'soins max en salle' »* »

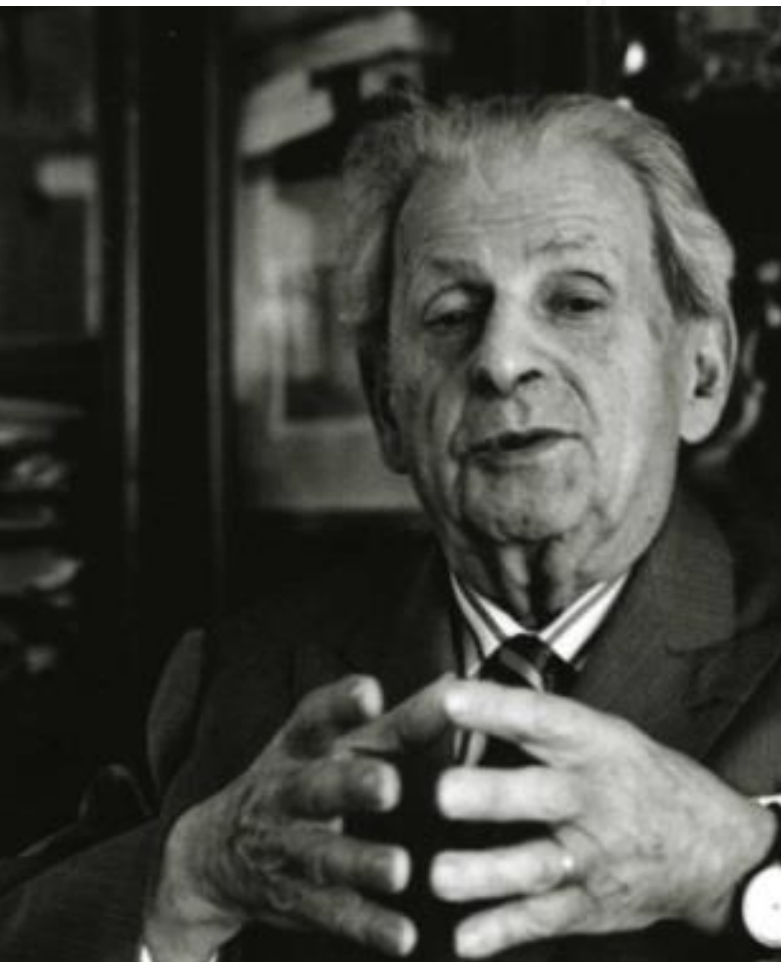




**Mais qui marche sur ses deux pieds...**



# De l'individu à... la personne



Responsabiliser?

La conscience  
humaine est trop imparfaite..  
Je préfère la perfection  
des procédures.



# CONCLUSION

---

La prise de décision partagée c'est, entre autres, le résultat d'un **mouvement de société, qui assume et prétend au respect de l'autonomie et de la dignité** de la personne. Cela suppose **un travail et une posture d'humilité par rapport au patient et à l'incertitude**.

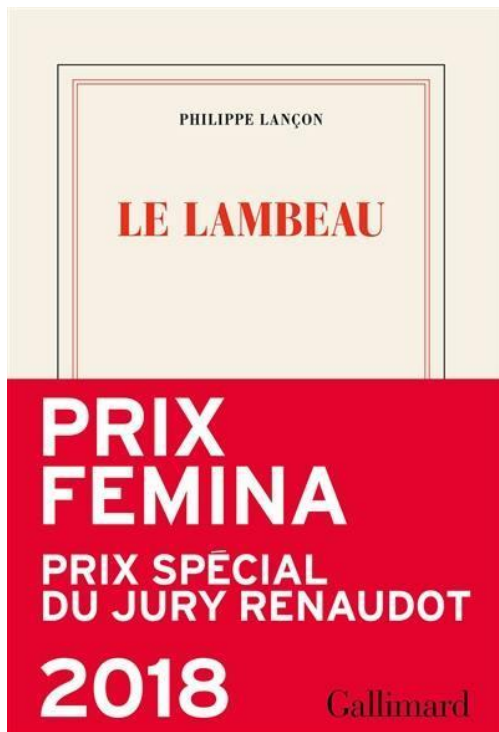
Il s'agit d'**offrir au patient d'exercer son droit à l'autonomie** donc à la prise de décision, **non de l'y obliger!**

Ce ne peut/doit être un nivellement démagogique ni une vision égalitariste: **les savoirs académique et expérientiel ne sont pas équivalents ni même symétriques; ils sont différents, complémentaires, et inséparables l'un de l'autre**. L'un sans l'autre n'est rien (et les deux parties en sont dépositaires).

**L'exercice de l'autonomie ne va pas de soi**: celle-ci varie, d'un extrême du spectre à l'autre, dans ses dimensions, selon les personnes (facteurs individuels, culturels, sociaux...), selon les moments, selon les interlocuteurs...

Le déploiement de la prise de décision partagée doit être **pensé pour tous, y compris et surtout les plus vulnérables** (*littératie, ...*)





*« Elle s’asseyait près de moi, et m’expliquait ce qu’elle pensait faire dans les jours qui viendraient. Elle dessinait des schémas, me présentait les inconvénients et les avantages de chaque option chirurgicale. Il y a un grand soulagement, lorsqu’on est dans un tel état, à être pris pour quelqu’un de fort et d’intelligent – un élève doué, en somme, plutôt qu’un patient. Les décisions se prenaient naturellement au staff, entre chirurgiens, et j’ai vite compris que Chloé ne me donnait que les explications qu’elle jugeait possibles ou nécessaires; mais elle le faisait de telle façon qu’elle ne semblait rien me cacher de ses hésitations. »*

*« C’est chose tendre que la vie, et aisée à troubler. »*

Michel de Montaigne





