

---

## NEGOTIATION IN THE MEDICAL FIELD

---

### A MEANS OF STRENGTHENING THE RELATIONSHIP BETWEEN A PRACTITIONER AND A PATIENT

Relationships rules in the medical field are no different to the rules that govern any relationship between individuals. More so when one's interest does not coincide with that of others. Or to be even more precise when each party's perception of interests differs. This is the case between a patient and healer (this could be a nursing assistant, nurse, or doctor) or the connection between a health care professional and a competing organization, a medical establishment or administration in health care.

Negotiation is a big part of a healthcare workers' life. It is mostly used to help a patient improve their state of health. For example, this tool can allow them to encourage a sick person to accept a vital treatment. At first treatment refusal can be very complex and hard to understand. The patient must not experience the negotiation as a way of forcing them to accept, but rather to reveal the care worker's position. By helping them understand the motifs behind their position, the stages of the negotiation often allow them to establish a middle ground that works best for everyone. In the medical field, what works best for everyone is acceptance of the treatment best adapted to the patient's state of health and wishes. This is a valid position for both the healthcare worker and the patient.

Negotiation can also involve the patient's family when the patient themselves are unable to decide. This situation can be extremely complex. The family's opinions are not necessarily the patient's choice and can often be very personal. Negotiation can help find a balanced position that suits both the healthcare worker and the family. For instance, I can remember a patient who was the victim of a traffic accident which quickly caused brain death. This is a particular situation, because the brain no longer functions, as can be seen through different clinical and radiological exams, but the heart keeps beating. Except for a

small number of conditions, brain death is an occasion to consider organ donation which would allow other patients to live. In this case the family pulled out the patients last will where he clearly stated he did not want to donate his organs. Because his death had been declared, I was about to ask the hospital to turn off the life support (I could do this legally: the patient was dead) when a member of his family asked me not to. We then got involved in a negotiation process which allowed me to understand his motivation: due to his religious convictions, the longer the patient's death throes lasted, the more time he had to atone for his sins and therefore go to heaven. We came to an agreement on middle ground where the deceased had time to leave earth and gain heaven. The family felt heard, and I learnt something about a religion I knew nothing about, and this helped me grow as a person.

Negotiation can also be applied to the relations between two healthcare workers. In this field, and contrary to the previous situations, it can help them decide not to use a treatment that could be deemed unreasonable. There was a patient with cancer, whose oncologists had no more treatments to suggest. This patient and her mother had already understood and accepted this situation, as much as you can accept something like that. However, she still received palliative treatment so she could be comfortable up until her last breath. Suddenly a complication arose that accelerated her oncoming death, and in a healthy patient would call for a surgical operation. In this case it would have been unreasonable to operate as the patient had no hope of recovering. Once she was informed of her state, the patient and her mother decided she did not want the operation but instead chose to be anaesthetized to not suffer. The young surgeon was unable to understand this decision and attempted to convince her to accept the operation. I used →

—> negotiation tools to try understand the surgeon's position. The surgeon felt powerless and sincerely wanted to help the patient. She also did not want to be responsible for the patient's death by not carrying out the operation (the only treatment was surgery). Understanding the motivations behind her position helped us both come to an agreement. The patient did not have the operation, and died peacefully, in the arms of her mother. My relationship with this surgeon has since been excellent.

Negotiation has become one of my main medical tools. It can help us treat – or not treat - a patient. It should never be used to impose something on someone else; this would be unacceptable morally on top of being illegal and against the legislation that protects patients. Instead, it should be used as a means of strengthening the relations between healthcare workers and patients, by supplying everyone with the keys to understanding each other in the attempt to achieve the common objective of finding the treatment best adapted to the patient's state of health and will. Negotiation should absolutely be taught to medical students. Next comes the question of when it is best for them to learn this skill. If they learn it too early on, they will be unable to perceive its usefulness. And even though it's never too late, if they start learning when they are no longer accountable, they tend to be less enthusiastic. For the past three years, ADN Group has been teaching interns in the department of post-operative medicine and anaesthesia and resuscitation in Ile de France. I'm sure we will soon see the benefits and I have been even more convinced since I saw how full the lecture halls have been for this class. Our interns are passionate about this subject.

**MATHIEU RAUX** *is an anaesthesiologist.*

He is responsible for the Post-Operational Recovery Rooms and the Reception room for multiple traumas at the APHP – Sorbonne University at the Pitié Salpêtrière location. He is also in charge of Anaesthesia Resuscitation Preoperative Medicine in orthopaedic and trauma, general medicine, gynaecology, urology, and obstetrics.

He is also the Medical Crisis Manager at AP Sorbonne University and carries out emergency missions in paramedics (SAMU de Paris).

He is passionate about teaching and teaches second- and third-year cycles in medical studies in continuing education and coordinates the teaching of Specialized studies in Anaesthesia Resuscitation and Pre-operative medicine in Ile De France.

He is also a researcher in traumatology, peri-operative medicine and breathing physiology in Paris.

---

## LA NÉGOCIATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

---

### UN MOYEN DE RENFORCER LA RELATION ENTRE UN SOIGNÉ ET UN SOIGNANT

Les relations entre acteurs du monde de la santé n'échappent pas aux règles qui régissent les rapports entre les individus. A fortiori lorsque les intérêts des uns ne convergent pas vers ceux des autres. Ou plus exactement, lorsque la perception des intérêts diffère selon les parties. Ainsi en est-il des liens entre un patient et son soignant (que ce dernier soit aide-soignant, infirmier, médecin) comme des liens entre acteurs du soin ou d'une organisation concourant au soin, qu'il s'agisse d'un établissement de santé ou d'une administration du domaine sanitaire.

La négociation fait donc partie de la vie d'un soignant. Elle est en premier lieu mise au service des patients, dans le but d'améliorer leur état de santé. Cet outil permet par exemple d'aider un malade à accepter un traitement indispensable. Les raisons du refus de traitement sont parfois complexes et peu lisibles de prime abord. La négociation ne doit alors pas être vécue comme un moyen de contraindre, mais plutôt de révéler les raisons de la position de l'Autre. En aidant à la compréhension des motifs de la position, les étapes de la négociation permettent le plus souvent de trouver le juste milieu, celui qui convient à chacun. Dans le domaine du soin, ce qui convient à chacun, c'est le soin jugé le plus adapté au patient compte tenu de son état de santé et de sa volonté. Il s'agit donc d'une position validée à la fois par le soignant et le soigné.

L'aide qu'apporte la négociation peut concerner les proches lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer. Cette situation est toujours plus complexe. Les positions exprimées ne sont pas toujours le reflet de celles du patient, et sont parfois très personnelles. Comme face à un patient, la négociation permet de trouver une position d'équilibre qui convienne au soignant comme aux proches. Je me souviens par exemple d'un patient victime d'un accident de circulation qui a très vite entraîné une mort encéphalique. Cette situation est très singulière, en ceci que

le cerveau ne fonctionne plus, comme en attestent les différents examens cliniques et radiologiques, mais le cœur bat encore. Sous réserve d'un certain nombre de conditions, l'état de mort cérébrale permet d'envisager un prélèvement d'organes qui rendront la vie aux patients auxquels ces organes seront greffés. Dans le cas que je mentionne, les proches ont apporté le témoignage du défunt, qui ne souhaitait pas donner ses organes. Le décès étant déclaré, j'allais ordonner l'arrêt du respirateur puisque la loi me l'autorisait (le patient est mort), lorsque le proche m'a demandé de ne pas le faire. S'est alors engagé un processus de négociation qui m'a permis de comprendre sa motivation : selon ses convictions religieuses, plus l'agonie était longue, plus le défunt avait le temps d'expié ses péchés et avait de chance de gagner le paradis. Nous avons donc trouvé une position d'équilibre, et permis au défunt de quitter la terre en ayant eu du temps pour gagner le paradis. Le proche a été entendu. Le défunt est monté au paradis. Et moi j'ai grandi en apprenant quelque chose d'une religion dont j'ignore tout.

La négociation peut concerner deux soignants. Et dans ce domaine, permettre par exemple, à l'inverse des situations précédentes, de ne pas mettre en œuvre un traitement jugé déraisonnable. Je me souviens d'une patiente atteinte d'un cancer, pour laquelle ses médecins oncologues n'avaient plus aucune arme thérapeutique. Cette patiente comme sa mère l'avaient compris et accepté, si tant est que ce soit acceptable. Elle bénéficiait pour autant de soins palliatifs, visant à assurer son confort jusqu'à son dernier souffle. Survient alors une complication susceptible d'accélérer l'issue fatale, complication qui relève chez quelqu'un de bien portant d'une prise en charge chirurgicale. Dans le cas présent, opérer cette patiente apparaissait comme déraisonnable, car elle n'avait pas d'espoir de s'en sortir. Informée de son état, elle a exprimé, avec sa mère, le souhait de ne pas être opérée, mais endormie →

—> pour ne pas souffrir. Cette position n'était pas comprise de la jeune chirurgienne, qui tentait de la convaincre d'accepter l'opération. J'ai utilisé les outils de la négociation pour comprendre la position de la chirurgienne. Cette dernière se sentait désarmée vis-à-vis de cette patiente et voulait l'aider. D'autre part, elle ne voulait pas être rendue responsable de son décès par défaut d'intervention (le seul traitement de la complication était la chirurgie). Comprendre le motif de sa position nous a tous les deux aidés à nous sortir de ce désaccord. La patiente n'a pas été opérée, et est partie sereine, entourée de sa mère. Mes relations avec cette chirurgienne sont depuis restées excellentes.

La négociation fait partie pour moi de l'arsenal thérapeutique des soignants. Elle est un moyen de mettre en œuvre —ou non— un traitement. Elle ne doit pas être un moyen d'imposer, ce qui serait inacceptable sur le plan moral en sus d'être illégal au sens de la loi protégeant les patients. A l'inverse, elle doit être un moyen de renforcer la relation entre le soigné et le soignant, en donnant à chacun des clefs permettant de mieux se comprendre et d'atteindre l'objectif commun du soin le plus adapté à l'état et à la volonté du patient. A ce titre, la négociation doit être enseignée aux étudiants en santé. Se pose la question du meilleur moment de cet enseignement. Trop tôt dans les études, les étudiants ne perçoivent pas son bénéfice. Bien qu'il ne soit jamais trop tard, un enseignement à distance de la prise de responsabilité expose à une moindre adhésion. Depuis trois ans, ADN Group participe à l'enseignement des internes d'anesthésie réanimation médecine périopératoire de la région île de France. Nul doute que nous en verrons très vite les bénéfices. J'en suis convaincu, car jamais l'amphi n'a été aussi plein que pour ces cours. Les internes sont passionnés.

**MATHIEU RAUX** est *médecin Anesthésiste Réanimateur*.

Il est Responsable de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle et d'Accueil des Poly-traumatisés de APHP - Sorbonne Université pour le site Pitié Salpêtrière. Il est également Responsable de l'équipe d'Anesthésie Réanimation Médecine Préopératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique, générale, gynécologique, urologique et obstétrique.

En parallèle, il occupe le poste de Directeur Médical de Crise AP.Sorbonne Université et assure des missions de garde au SAMU de Paris.

Attaché à la transmission, il enseigne en deuxième et troisième cycle des études médicales, en formation continue et coordonne l'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie Réanimation Médecine Préopératoire d'Île de France.

Il est également chercheur en traumatologie, médecine péri-opératoire et physiopathologie respiratoire à Paris.