

G. Reach

Service d'endocrinologie, diabétologie
et maladies métaboliques,
Hôpital Avicenne, et EA 3412, CRNH-Idf,
Université Paris 13, Bobigny.

Le malade, son médecin, et le « *disease manager* »

Résumé

Au moment où des expériences de disease management semblent s'organiser en France sur le modèle américain, le but de cet article est de présenter une critique de la pertinence de cette approche qui vise à améliorer l'efficacité de la prise en charge des maladies chroniques. Il s'agit de faire intervenir des call centers dans lesquels des infirmières formées à cet effet (disease managers) interviennent par téléphone auprès de patients recrutés sur des listes, en dehors de la participation de leurs médecins : si cette méthode de coaching n'apparaît pas comme un complément d'une éducation thérapeutique structurée et si elle n'est pas proposée au patient par l'équipe soignante qui en a la responsabilité, va-t-elle représenter une réponse appropriée et sans danger aux deux difficultés que rencontre la médecine des maladies chroniques, la non-observance des patients aux recommandations médicales et « l'inertie clinique » des soignants qui ont du mal à appliquer les recommandations des autorités de santé ? Est-ce vraiment le moyen de faire en sorte que les patients, mais aussi les médecins, deviennent acteurs dans l'amélioration du processus de soin ?

Mots-clés

- Disease management
- Observance
- Inertie clinique
- Coaching
- Maladies chroniques
- Éducation thérapeutique
- Éthique

Correspondance :**Gérard Reach**

Service d'endocrinologie,
diabétologie et maladies métaboliques
Hôpital Avicenne
125, route de Stalingrad
93000 Bobigny
gerard.reach@avc.aphp.fr

Un article publié au printemps 2007 analysant la nécessité pour notre pays de « répondre à un enjeu majeur, celui des maladies chroniques », constatant « que notre système de santé et les conditions de travail des médecins ne sont pas bien adaptés à la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques », a suggéré « que des programmes spécifiques de *disease management* inspirés de ceux existant aux États-Unis devraient être expérimentés » [1]. On entend par là « des programmes conduits parallèlement à la prise en charge "traditionnelle" des médecins, étant destinés à compléter celle-ci, et non à s'y substituer. Ils sont mis en œuvre essentiellement via des centrales téléphoniques et consistent à apporter des informations aux patients, à contribuer à leur éducation thérapeutique, à accompagner et à stimuler les patients, ainsi qu'à contribuer à l'organisation de leur prise en charge » [1]. Dans un autre

article publié par le même groupe, il est précisé que « les *disease managers* sont pour l'essentiel (90 %) des infirmières. Leur métier suppose une maîtrise des connaissances cliniques relatives aux pathologies prises en charge mais aussi des capacités d'écoute et de dialogue, et une aptitude à développer des relations d'empathie avec leurs patients. Leurs interventions s'appuient sur les recommandations de bonne pratique relatives à la pathologie considérée. Les entreprises [de *disease management*] mettent à leur disposition des logiciels ergonomiques qui, à partir de ces recommandations et des données recueillies à propos des patients, les aident à organiser l'entretien (points à traiter, définitions des priorités d'action...). La supervision des programmes est le plus souvent assurée par un médecin (*medical director*) » [2]. Un appel téléphonique type (voir encadré) dure en général une vingtaine de minutes [2]. Quelques mois après ces publications, une expérimentation de « *disease management* » va effectivement être mise en place en France : le but de ce texte est de réfléchir sur cette solution proposée pour répondre au défi de la prise en charge des maladies chroniques, en se demandant si elle constitue une réponse appropriée et sans danger à la question posée.

La question posée

On ne peut qu'adhérer au constat qui a été à l'origine du désir d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2. Comment ne pas être préoccupé par le décalage qui existe entre la situation réelle et les objectifs qui ont été fixés depuis des années, par exemple

en termes de niveau d'HbA1c considéré comme souhaitable pour éviter les complications de la maladie ? Ces résultats insuffisants peuvent avoir schématiquement trois explications : 1) les traitements sont insuffisamment efficaces ; 2) les traitements prescrits ne sont pas correctement suivis par les patients, ce que l'on peut décrire sous le terme générique de non-observance thérapeutique. Ainsi, améliorer l'observance thérapeutique, non seulement rendrait plus efficace la thérapeutique mais, de plus, diminuerait son coût tout simplement en évitant le gaspillage ; 3) les traitements sont insuffisamment prescrits par les médecins : cette troisième explication, reconnue plus récemment, a été décrite sous le terme *d'inertie clinique* [3]. Elle concerne non seulement les prescriptions de médicaments ou les recommandations concernant les mesures hygiéno-diététiques, mais aussi la prescription des examens de surveillance trimestriels et annuels. C'est visiblement aux deux dernières explications des échecs relatifs des traitements des maladies chroniques, citées plus haut, que s'adresse la démarche conduisant à mettre en œuvre en France le « *disease management* ».

Deux difficultés éthiques du « *disease management* »

Il est intéressant de noter que le concept d'observance est apparu dans la réflexion médicale au milieu des années 1970. Or, au même moment, on a vu l'émergence d'un autre concept, celui de l'autonomie du patient qui, en France, a pris force de loi, avec la Loi du 4 mars 2002, reconnaissant au patient *le droit* de ne pas être observant et de refuser un acte ou un traitement. La non-observance peut donc être considérée comme l'expression d'un conflit entre un principe de *bienfaisance* qui dicte au médecin de tout faire pour le bien de son patient, et un autre principe qui lui demande de respecter son autonomie [4]. Dans ce contexte, la mise en place du « *disease management* » pourrait présenter deux problèmes éthiques qui sont bien analysés dans les deux textes cités [1, 2].

Des modalités de recrutement et de recueil de consentement

Il faut d'abord considérer le mode de recrutement et de recueil du consentement des patients. Que nous dit le rapport [2] ? « Bien évidemment, il serait possible de soutenir que le *disease management* n'est pas assimilable à un "acte ou un traitement". Il s'en rapproche suffisamment, toutefois, pour que l'on s'interroge sur les modalités du consentement » [2]. La modalité utilisée en Allemagne, passant par le médecin qui recueille un consentement présumé éclairé, ne paraît pas souhaitable parce qu'une « modalité de recrutement qui fait dépendre la mise en œuvre des programmes du bon vouloir des médecins risque de peser sur son efficacité » [2]. Il semblerait donc préférable, selon l'expérience américaine, de favoriser la démarche de « *disease management* » qui recrute les patients sur un mode qui « semble le plus efficace, reposant sur la constitution de fichiers nominatifs d'assurés atteints d'une pathologie, assurés qui seront ensuite inclus dans le programme à partir d'un consentement présumé » [2]. Pour les auteurs, un texte législatif est donc ici nécessaire, en particulier pour « préciser les garanties que les organismes de *disease management* doivent présenter vis-à-vis des bénéficiaires de leur intervention, non seulement lors du recrutement mais également tout au long du déroulement du programme » [2].

De la liberté du patient

Dans le même article, les auteurs discutent une deuxième difficulté éthique : « même s'il est "bienveillant", ou d'ailleurs parce qu'il est "bienveillant", et peut s'autoriser de cette "bienveillance", l'intervenant peut être conduit à imposer ce qu'il considère être l'attitude correcte vis-à-vis de la maladie et à priver le patient d'une réelle capacité de décision » [2].

Le « *Disease Management* » saura-t-il se prémunir contre ce danger ? De fait, comme le soulignent à juste titre les auteurs, « changer le comportement des patients est une tâche ardue, nécessitant du savoir-faire et une attention particulière » [1], et c'est tout l'art de l'éducation thérapeutique que d'éviter ce piège : d'abord, on indique au patient les faits

(phase d'information) ; ensuite on l'aide, si nécessaire, à préciser ses préférences (phase d'interprétation) ; *seulement alors*, le soignant lui indique ses propres préférences (phase de délibération). L'éducation thérapeutique peut ainsi être vue comme un cheminement permettant de conseiller au mieux le patient tout en évitant le piège du paternalisme, caractérisé par l'absence d'explication des choix médicaux. Grâce à l'éducation thérapeutique, le patient devient acteur de son traitement.

Par conséquent, pour y échapper, les intervenants des « *call centers* » devront réussir, dans ces appels téléphoniques censés durer une vingtaine de minutes, un tour de force consistant à donner de réelles explications, en passant par ce cheminement éthique. On ne peut qu'espérer aussi qu'ils auront une formation qui ne porte pas que sur la forme, la technique de l'entretien, mais bien sûr le fond, l'intégration des explications dans un véritable raisonnement médical, et qu'ils réussiront à donner des arguments qui s'intègrent, de manière profonde et pas seulement superficielle, dans les arguments des patients (ce qui pourra être difficile puisqu'ils ne les auront *jamais vus* - nous reviendrons sur cette difficulté), enfin qu'ils veilleront à vérifier que ces arguments ont été bien compris. Le danger, sinon, serait que certains de ces suivis téléphoniques ne se résument qu'à des semblants de discussion, sans doute sympathiques. L'assistance à l'observance qu'ils étaient censés assurer risquerait de conduire au retour d'un paternalisme dont l'effacement avait représenté une évolution médicale majeure.

Analyse de cette difficulté éthique du « *disease management* »

Il est habituel de voir la non-observance thérapeutique comme un conflit entre le patient et son médecin. Ce conflit est exprimé dans la définition même de la non-observance thérapeutique, « l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales ». Or, le phénomène peut

être observé d'un autre point de vue : bien souvent, le patient *lui-même* sait qu'il devrait se soigner, il ne se soigne pas, et d'ailleurs il regrette ce qu'il qualifie parfois de faiblesse de sa volonté : que voulez-vous, c'est plus fort que moi [5] !

D'une manière générale, nos actions sont causées par des états mentaux parmi lesquels on peut distinguer des connaissances, des compétences, des croyances, des émotions, des désirs, ainsi que des sensations comme par exemple une douleur, ou une sensation de plaisir. Certains philosophes, dans les années 1970-1980, au moment même où émergeaient les concepts d'observance, d'éducation thérapeutique et d'autonomie, ont proposé qu'il existe de plus une hiérarchie dans nos états mentaux : nous avons des désirs dits de second ordre, des désirs concernant nos désirs, ce qui sous-entend l'existence d'une activité réflexive de l'esprit. Celle-ci est à la base des notions de personne et d'autonomie : ainsi, pour Harry Frankfurt, c'est l'existence d'une telle activité réflexive de l'esprit qui permet de définir le concept même de *personne* [6] ; pour Gerald Dworkin, le concept d'activité réflexive de l'esprit définit l'*autonomie* : la personne est *autonome* si elle a, et si elle met en pratique, une capacité mentale de second ordre, qui consiste à évaluer de manière critique ses préférences et ses désirs de premier ordre. De plus, cette capacité implique le fait d'accepter ou d'essayer de changer ses préférences, ses désirs et ses souhaits, en accord avec ses préférences et ses valeurs d'ordre supérieur [7]. En quelque sorte, l'autonomie ne s'oppose pas à l'éducation thérapeutique : au contraire, *c'est parce que la personne est autonome que l'éducation thérapeutique est possible.*

Il pourrait donc être critiquable d'un point de vue éthique, pour ne pas dire philosophique, de décider de manière universelle d'améliorer l'observance sans se pencher au préalable sur les *raisons* du patient, dont l'existence fait qu'il est une *personne autonome*. Si la mise en œuvre d'une technique de «*disease management*» n'est pas précédée par une analyse du mécanisme de la non-observance ou de la non-persistance *de ce patient-là*, de cette *personne*, selon la définition qui a été esquissée ci-dessus, on peut craindre qu'une technique universelle et impersonnelle (des appels téléphoniques), soit sera appliquée à des gens qui n'en ont pas besoin, soit risquera d'être inefficace chez les autres, ou même, chez certains patients qui ne demandent rien, d'avoir un effet contre-productif (pensons à ces appels exaspérants que nous recevons chez nous, en général le samedi soir, pour nous proposer de prendre un abonnement à tel ou tel *bouquet* de chaînes de télévision).

Au fond, si elle ne s'adressait pas *aux raisons* des gens (leurs états mentaux) mais visait simplement à améliorer leurs comportements dans un but normatif, une telle solution risquerait de ne représenter qu'une approche purement behavioriste (ne parle-t-on pas de «*stimuler*» les patients) confondant éducation thérapeutique et dressage. Il devient donc important de veiller à ce que le terme même de «*disease management*» n'implique pas sa propre condamnation éthique, s'il ne s'agissait que d'un concept visant au meilleur *management* des *diseases*, décrit dans des «*logiciels ergonomiques* mis à la disposition des intervenants», concept dans lequel, de manière paradoxale, les *personnes* malades auraient disparu du processus de soin.

«*Disease management*» et la notion de soin : qui soigne ?

On a vu que la mise en œuvre du «*disease management*» est réalisée par des paramédicaux, laissant aux médecins la gestion des situations aiguës : «*une organisation en équipe est nécessaire avec un clair partage du travail où le médecin intervient principalement dans les épisodes aigus et où les membres de l'équipe assurent le suivi du malade*» [1]. Ceci peut paraître surprenant si on pense que le modèle s'applique en principe à la gestion des maladies chroniques, dont le diabète est le parfait exemple : le problème n'est pas tant la gestion de problèmes aigus, mais de traiter suffisamment bien de manière chronique les patients pour éviter la survenue de complications aiguës ou chroniques. On peut donc se demander si on n'assiste pas alors à la genèse d'un deuxième paradoxe : non seulement les personnes-patients semblaient disparaître de ce modèle, mais les médecins n'y auraient pas non plus leur place.

On doit s'interroger ici sur la signification du mot *soin*, du verbe soigner, *to care* en anglais [8]. *To care*, c'est avoir le souci de quelque chose ou de quelqu'un. Or, pour le philosophe Harry Frankfurt, avoir le souci de quelque chose ou de quelqu'un, c'est lui accorder de l'importance, mais c'est aussi avoir le souci de son avenir [9]. En d'autres termes, contrairement à ce que semble prétendre le «*Chronic Care Model*» dont s'inspire le «*Disease Management*», qui confie au médecin surtout la gestion des événements aigus, le métier de médecin, ou, si l'on veut, sa responsabilité, implique l'accompagnement *chronique* du patient.

Et c'est aussi ici que, à nouveau, on peut voir le risque d'une dérive dans des approches qui reposeraient sur l'intervention de «*call centers*», si elle était faite de manière dissociée de l'action des soignants, voire «*en parallèle*» avec elle. Personne ne niera le professionnalisme des *personnels* (c'est délibérément que le terme de «*personnes*» n'est pas utilisé) qui seront impliqués. Mais ces personnels, *qui ne l'auront jamais vu*, pourront-ils avoir *réellement* le souci du patient, en tant que *personne* ? Et, en retour, le patient, *qui ne les aura non*

Un appel téléphonique type (tiré de la réf. 2)

Introduction, plaisanteries (2 minutes)

Discussion sur le statut clinique, passage en revue des différents éléments (3 minutes)

Discussion sur les médicaments (3 minutes)

Passage en revue d'une problématique propre à la personne (5 minutes)

Poser des objectifs de soins, éduquer (5 minutes)

Programmer un nouvel appel et saluer (2 minutes)

plus, jamais vus, pourra-t-il leur accorder sa confiance ? Nous avons montré ailleurs comment la confiance est la clé de voûte de l'observance [10]. En particulier, elle est essentielle lorsqu'il s'agit pour le patient d'acquiescer de nouvelles croyances qu'il puisse utiliser comme une *raison* d'être observant. Or, parmi les facteurs qui déterminent la confiance que le patient a en son médecin, on trouve l'appréciation de la compétence (le soin mis dans l'évaluation de la situation et la qualité des traitements prescrits), mais aussi la capacité de comprendre la singularité de l'expérience du patient, la clarté de la communication, la capacité de construire un véritable partenariat et de manifester du respect. Une étude a essayé de hiérarchiser l'importance des déterminants de la confiance : on y retrouve l'importance de la qualité de la communication, dans ses deux aspects, verbaux, *mais aussi non verbaux*. Comment ces derniers aspects seront-ils pris en compte dans un contact téléphonique ?

« Disease management » et/ou éducation thérapeutique : une occasion manquée ?

Comme l'ont bien montré André Grimaldi et Serge Halimi dans leur commentaire sur le « *disease management* » [11], le nœud du problème est en fait au niveau de la question « *disease management* et/ou éducation thérapeutique » (le « et/ou » étant important). Il faut rappeler ici le début de la définition de l'éducation thérapeutique qu'en a donnée l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Aider les patients à acquiescer ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer aussi bien que possible leur vie avec une maladie chronique. Il s'agit d'une partie intégrante et continue des soins ». *Partie intégrante des soins* : toute dissociation représenterait un pur non-sens.

En fait, il y a précisément ici, nous semble-t-il, le danger principal du « *disease management* ». Nous avons noté dans l'introduction de ce texte que l'échec relatif de notre prise en charge des maladies chroniques est lié en partie à deux

phénomènes : la non-observance des patients, l'inertie clinique des médecins. Or l'approche retenue, pour lutter contre la première, a recours à une solution externe, parallèle, semblant laisser de côté les médecins, et on peut se demander si cela ne revient pas à considérer que ces derniers sont irrécupérables, en somme incapables d'intervenir si besoin auprès de leurs patients pour essayer d'améliorer leur observance ; on ne leur confiera donc même pas le recrutement des patients pour participer à la solution du « *disease management* », car compter sur leur « bon vouloir » risquerait de peser sur l'efficacité du recrutement. Et concernant l'inertie clinique des médecins eux-mêmes, on espère lutter contre elle en passant par les patients, ce qui est clairement exprimé : « l'ambition des programmes de *disease management* est de modifier les comportements des patients et non celui des praticiens, sachant que les interventions auprès des patients peuvent avoir un effet en retour sur le comportement des praticiens confrontés à des patients mieux formés et plus compliants » [2].

Il nous semble que la technique du « *coaching* » prendrait au contraire toute sa place si elle était intégrée dans le projet de soin élaboré, pour un patient donné, par l'équipe soignante qui a la responsabilité de sa santé ; dans ce cadre, l'équipe soignante pourrait effectivement faire appel à des sociétés spécialisées dans ces techniques de communication, et proposerait ce service au patient dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il a établie avec lui. Le « *coaching* » pourrait alors devenir un levier remarquable pour poursuivre, maintenir, voire renforcer une éducation thérapeutique qui aura nécessairement eu lieu d'abord dans le cadre d'un face à face entre le soigné et le soignant, de manière individuelle ou en groupe. Le fait de mettre en place la technique du *coaching* « en parallèle » avec l'activité médicale ne représente-t-il pas une occasion manquée ?

Ne faudrait-il pas au contraire attaquer de front le problème de la prise en charge des maladies chroniques en essayant de lutter contre le phénomène d'inertie clinique ? On a montré que celle-ci n'est pas due à une méconnaissance des recommandations ou au manque

de temps des praticiens, peut-être trop souvent incriminé, mais bien plutôt au manque de formation des praticiens au principe de la titration des traitements et à l'éducation thérapeutique elle-même [3], notamment en ce qui concerne les recommandations sur les règles hygiéno-diététiques [12].

La promotion de l'éducation thérapeutique auprès des praticiens pourrait donc représenter une autre solution, *pédagogique*, au problème de la prise en charge des maladies chroniques. Et cela, le politique peut le faire d'abord en introduisant dans les études de médecine la notion que le futur médecin ne fera pas que traiter des maladies et soulager des symptômes (des « *diseases* » !), mais que la pratique médicale consiste d'abord en la rencontre avec une *personne* qui a une maladie [13]. Surtout, en valorisant l'acte d'éducation thérapeutique, par exemple en favorisant le développement du concept de forfaits de prise en charge des maladies chroniques incluant un accès à des systèmes d'éducation thérapeutique organisés par les professionnels de santé eux-mêmes, comme l'ont proposé dans leur commentaire André Grimaldi et Serge Halimi [11].

C'est dans cette double condition, de formation à la pratique d'une médecine globale et pas seulement biomédicale d'une part, et de valorisation de l'activité d'éducation thérapeutique intégrée dans la prise en charge des maladies chroniques d'autre part, que le médecin, et singulièrement le médecin généraliste, aura le temps de pratiquer cette *partie intégrante des soins* qu'est l'éducation thérapeutique. Il aura ainsi la possibilité de participer à la véritable révolution que vit actuellement la pratique médicale, au lieu d'en être finalement dépossédé.

De même que, grâce à l'éducation thérapeutique, le patient devient acteur de son traitement, améliorant éventuellement son observance, le médecin serait acteur dans la lutte contre l'inertie clinique. C'est toute la différence entre *patient* et *agent*, que décrit Descartes dans les premières lignes de son traité « *Des passions de l'âme* » : le *patient* est celui à qui les événements arrivent, l'*agent* celui par qui les événements arrivent. Cette distinction s'applique tout aussi bien au médecin qu'au malade.

Conclusion

Le malade, son médecin, et le « disease manager »

Michael Balint, dans son célèbre livre, « *Le médecin, son malade et la maladie* », avait proposé de décrire la relation thérapeutique comme une « compagnie d'investissement mutuel » entre le malade et son médecin. Il semble que la compagnie va bientôt s'enrichir de nouveaux partenaires. Ceci conduit à la question posée en guise de conclusion de l'un des articles analysés : « l'introduction du *disease management* en France est-elle une réforme que l'on peut faire avec les médecins ? Ce sera d'autant plus délicat qu'elle exige des médecins qu'ils acceptent, tout en restant les maîtres de la stratégie thérapeutique, de partager la relation quasi-exclusive qu'ils entretiennent aujourd'hui avec leur malade » [2].

On pourrait objecter que les médecins ont depuis longtemps compris que le traitement du diabète est une affaire d'équipe impliquant avec les médecins généralistes, les spécialistes (diabétologues et autres spécialistes), des paramédicaux (infirmières, diététiciennes, psychologues, podologues, éducateurs), les associations de patients eux-mêmes, les pharmaciens, et que la relation médecin-malade n'est donc pas « quasi-exclusive » et qu'elle est déjà largement partagée. Et pourtant, une certaine exclusivité dans cette relation est peut-être justifiée. On aimerait rappeler ici l'éditorial fameux de Franz Ingelfinger [14], publié à titre posthume dans le *New England Journal Medicine* dont il avait été un éminent Editeur-en-chef. L'angoisse qu'il éprouvait alors qu'il ne savait que décider pour le traitement de son propre cancer a pris fin lors qu'un de ses amis lui a dit : « What you need is a doctor! ».

Références

[1] Duhamel G, Grass E. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles perspectives en France ? *Médecine des Maladies Métaboliques* 2007;1:88-92.

[2] Bras PL, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management. *Prat Organ Soins* 2006;37:341-56 et http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Disease_management1.pdf.

[3] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.

[4] Reach G. Editorial. La non-observance thérapeutique, révélatrice d'un conflit entre deux principes éthiques. *Sang, Thromboses, Vaisseaux* 2006;18:481-4.

[5] Reach G. Pourquoi se soigne-t-on, enquête sur la rationalité morale de l'observance. Préface de Pascal Engel. 2^{ème} édition. Collection « Clair & Net ». Paris:Latresne, Le Bord de l'Eau 2007.

[6] Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of a person. *J Philosophy* 1971;68:5-20.

[7] Dworkin G. The theory and practice of autonomy. Cambridge:Cambridge University Press 1988.

[8] Reach G. Soigner et se soigner. In: Hirsch E, éditeur. *Ethique, Médecine et Société, Concepts et enjeux pratiques*. Paris:Vuibert 2007.

[9] Frankfurt H. The importance of what we care about. Cambridge:Cambridge University Press 1988.

[10] Reach G. Clinique de l'observance, l'exemple des diabètes. Paris:John Libbey Eurotext 2006.

[11] Grimaldi A, Halimi S. Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : éducation thérapeutique et/ou « *Disease management* » ? *Médecine des Maladies Métaboliques* 2007;1:80-2.

[12] Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letoumy A. Ecart entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2. *Presse Med* 2007;36:764-70.

[13] Tauber AI. Patient autonomy and the ethics of responsibility, Cambridge, MA: The MIT Press 2005.

[14] Ingelfinger FJ. Arrogance. *New Engl J Med* 1980;303:1507-11.