

PUBLICATION DU RESO #03 - NOVEMBRE 2017

# LA DÉCISION PARTAGÉE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
RESO / IRSS / UCL

REVUE RÉALISÉE PAR

Ségolène Malengreaux & Catherine Grenier

AVEC LA CONTRIBUTION DE

Brice Lepière

&

L'ASBL Promo Santé et Médecine Générale



SOUS LA DIRECTION DE

Isabelle Aujoulat & William D'Hoore

AVEC LE SOUTIEN DE



UCL  
Université  
catholique  
de Louvain





**UNE PUBLICATION DU RESO - SERVICE DE PROMOTION DE LA  
SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

**UCL**  
Université  
catholique  
de Louvain



**AUTEURES :**

MALENGREAUX Ségolène & GRENIER Catherine

**AVEC LA COLLABORATION DE :**

LEPIECE Brice - Psychologue et  
Docteur en santé publique UCL-IRSS  
&  
L'ASBL Promo Santé et Médecine Générale

**SOUS LA DIRECTION DE :**

AUJOULAT Isabelle & D'HOORE William

**MISE EN PAGE :**

VANSTIPPEN Philippe

**EDITEUR RESPONSABLE :**

AUJOULAT Isabelle

**CONTACT :**

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.14,  
B-1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique  
Tél. +32(0)2 764 32 82 – [resodoc@uclouvain.be](mailto:resodoc@uclouvain.be)

**RETROUVEZ LES AUTRES PUBLICATIONS  
DU RESO A L'ADRESSE :**

[WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO](http://WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO)

**POUR CITER CE DOCUMENT :**

MALENGREAUX Ségolène & GRENIER Catherine, *La décision  
partagée en consultation de médecine générale*, Woluwe-Saint-  
Lambert : RESO, 2017.

**AVEC LE SOUTIEN DE :**





# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b>	<b>6</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1 : DE QUOI PARLE-T-ON ?</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Quelques précisions conceptuelles</b>	<b>11</b>
1. 1. 1. La médecine générale, ses caractéristiques et son contexte	11
1. 1. 2. Vers une médecine basée sur les preuves ...	12
1. 1. 3. ... et une décision partagée entre le médecin et le patient	13
<b>1.2. Les enjeux de la décision médicale partagée</b>	<b>15</b>
1. 2. 1. La participation du patient aux décisions qui le concernent	16
1. 2. 2. La diminution du recours inapproprié aux soins	16
1. 2. 3. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	16
1. 2. 4. La réduction des inégalités sociales de santé	18
<b>1.3. Les facilitateurs et les barrières de la décision médicale partagée</b>	<b>18</b>
1. 3. 1. Les barrières et les facilitateurs de la DMP au niveau du prestataire :	19
1. 3. 2. Les barrières et les facilitateurs de la DMP au niveau du patient :	20
1. 3. 3. Les déterminants organisationnels impliqués dans la mise en place effective de la DMP :	21
<b>CHAPITRE 2 : PRATIQUER LA DÉCISION MÉDICALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Pour quelles spécificités de la consultation de médecine générale la décision médicale partagée est-elle considérée dans les articles sélectionnés ?</b>	<b>24</b>
<b>2.2. Quelles sont les pratiques identifiées dans les articles sélectionnés susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la décision médicale partagée ?</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>46</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Figure 1** La triade EBM
- Figure 2** Illustration du processus de DMP
- Figure 3** Interdépendance de l'EBM et de la DMP pour des soins de santé de qualité
- Figure 4** Modèle logique de l'utilisation de la boîte de décision pour le clinicien et le patient.  
Phase pré-consultation
- Figure 5** Modèle logique de l'utilisation de la boîte de décision pour le clinicien et le patient.  
Phase consultation
- Figure 6** Modèle logique de l'utilisation de la boîte de décision pour le clinicien et le patient.  
Phase post-consultation
- Figure 7** Processus de la recherche dans la littérature grise
- Figure 8** Processus de recherche et sélection dans les bases de données scientifiques
- 
- Tableau 1** Modèle de la DMP de Charles *et al*
- Tableau 2** Compétences des médecins et des patients identifiées pour la pratique de la  
DMP
- Tableau 3** Test SURE©

## ABRÉVIATIONS

<b>DMP</b>	Décision Médicale Partagée
<b>EBM</b>	Médecine basée sur les preuves (Evidence-Based Medicine)
<b>MG</b>	Médecine Générale
<b>PSMG</b>	Promotion Santé et Médecine Générale
<b>RESO-UCL/IRSS</b>	Service universitaire de Promotion de la Santé de l'UCL

## AVANT-PROPOS

Cette synthèse des connaissances répond à une demande de l'asbl *Promo Santé & Médecine Générale (PSMG)*. Cette association est issue d'un partenariat entre la *Société Scientifique de Médecine Générale* et la *Fédération des maisons médicales*. Elle diffuse la prévention dans une approche de promotion de la santé en médecine générale, par des formations, des sensibilisations, des publications et la mise à disposition d'outils (pour le médecin et pour le patient).

Ce travail s'inscrit dans les missions du *Service universitaire de Promotion de la Santé de l'Université catholique de Louvain (RESO-UCL/IRSS)*<sup>[1]</sup>. Sa principale mission est de favoriser le transfert des connaissances pour améliorer la qualité des interventions en promotion de la santé et pour soutenir la prise de décision politique. Pour ce faire, elle dispose d'un centre de documentation spécialisé en promotion de la santé, le RESOdoc, et d'une équipe de recherche qui assure le traitement, la synthèse et la diffusion de l'information scientifique récente et pertinente.

En vue de l'organisation d'une journée d'étude sur la conciliation entre la vie/l'avis du patient et la démarche de soins scientifiques, l'asbl PSMG a fait appel au RESO pour synthétiser les connaissances disponibles en matière d'implémentation de décisions médicales partagées dans un contexte de médecine générale. Ensemble, l'asbl PSMG et le RESO ont précisé la recherche pour que le travail constitue un support pour les participants de la journée d'étude.

Cette synthèse n'a pas la prétention de couvrir l'entièreté des aspects du modèle de décision médicale partagée, ni ne propose un outil « clé sur porte » pour les praticiens. Elle a pour objectif d'apporter un éclairage sur ce qu'est la décision médicale partagée et sur les pratiques susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la décision médicale partagée. Elle offre des éléments d'études et de réflexions et présente des outils existants à adapter et à nourrir dans le contexte de chaque praticien.

---

[1] <https://uclouvain.be/reso>



## INTRODUCTION

Impliquer les patients dans la prise de décision clinique est devenu le modèle de pratique clinique contemporain visant à donner aux patients davantage de contrôle sur les décisions qui concernent leur propre santé.

Le monde médical a longtemps été dominé par un modèle paternaliste où le médecin, qui maîtrise l'*art de guérir*, est expert de la maladie et de son traitement parce qu'il a l'information nécessaire pour comprendre et donc pour prendre des décisions. D'une certaine manière, le médecin est expert de la santé, entendue au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>[2]</sup>. On attend de lui qu'il sache ce qui est bon et ce qui ne l'est pas pour notre santé. Cette connaissance dans le chef des médecins est issue de leur formation (basée sur les résultats de la recherche scientifique) et de leur expérience professionnelle.

Depuis plusieurs dizaines d'années, on observe cependant une démocratisation de cette connaissance. Avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, de nombreuses informations circulent, accessibles à un public non professionnel (1).

Face à la demande croissante des patients pour plus de prise en compte de leurs valeurs, préférences, et émotions, un mouvement d'autonomisation est en marche depuis les années 1980-90 (2-4). Les professionnels de la santé ont soutenu et accompagné le développement de ce mouvement. Présent avant tout dans le monde occidental, il s'étend aujourd'hui tout autour du globe. Les lois de protection des droits des patients, comme la *loi relative aux droits des patients* du 22 août 2002 en Belgique, sont des illustrations de cette transition qui implique un changement dans la relation soignant-patient. D'une perspective biomédicale et orientée vers le clinicien, on se dirige vers une perspective bio-psycho-sociale orientée vers le patient (1). Ainsi, des concepts comme le partenariat, l'approche centrée sur le patient, la prise de décision partagée émergent. On observe donc une transformation éthique dans le domaine médical.<sup>[3]</sup>

Par ailleurs, l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et l'enjeu qui en découle pour la prévention et la promotion de la santé changent la prise en charge médicale. Cela implique un traitement plus complexe et à plus long terme ainsi que l'adaptation du mode de vie du patient vis-à-vis de sa maladie. D'où l'importance d'inclure le patient dans le processus de décision pour prendre en compte ses valeurs et préférences.

---

[2] « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

[3] Les sociologues objecteront qu'il s'agit d'une transformation plus profonde qu'« éthique : selon Hartmut Rosa, il s'agit d'une lame de fond, d'une transformation sociologique, liée à la modernité « tardive », caractérisée par l'individualisation-autonomisation (autodétermination), la disparition des repères traditionnels des structures sociales (institutions, religions), le développement du pluralisme, une incertitude quant à l'avenir, associée à un désenchantement à l'égard du progrès et de la démocratie, et surtout un relativisme idéologique, y compris éthique (« à chacun sa vérité »), qui va d'ailleurs actuellement jusqu'à la post-vérité. Les repères moraux se sont atténués au profit d'une éthique personnelle. Pour plus de détails, se référer à Rosa H. *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La découverte. 2012. Pages 13-14, 54-55, 63-64, 106-111, 137-139.

Dans ce dossier, nous nous intéressons à la relation patient – médecin généraliste lors d’une consultation qui aboutit à une décision de traitement ou à des recommandations visant à améliorer la santé (et donc aussi le bien-être) du patient. La décision médicale partagée, que nous noterons DMP, est au cœur de ce travail.

Notre travail se divise en deux parties. La première partie présente les concepts-clés : médecine générale, médecine basée sur les preuves et prise de décision partagée. Nous éclairons l’interrelation entre les deux derniers éléments. Nous mettons en évidence les enjeux de la prise de DMP pour la médecine générale ainsi que les facilitateurs et les barrières à sa mise en œuvre.

La deuxième partie apporte, au travers de l’analyse systématique d’une série d’articles issus de la littérature scientifique et de la littérature grise, des éléments de réponses à la question suivante : quelles sont les pratiques améliorant la capacité des médecins généralistes à appliquer la DMP ?

A la fin de chaque partie, nous reprenons les faits saillants.

# CHAPITRE 1 : DE QUOI PARLE-T-ON ?

## 1.1. Quelques précisions conceptuelles

### 1.1.1. La médecine générale, ses caractéristiques et son contexte

L'*Organisation Mondiale des Médecins de Famille* (WONCA) définit la médecine générale (appelée aussi médecine de famille) comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » (5)

La médecine générale agit en première ligne, de manière ouverte et indifférenciée. Elle concerne différents aspects de promotion de la santé, de prévention, de traitement et d'éducation pour la santé. Elle approche les différentes dimensions physique, psychologique, sociale et communautaire de la santé et a un rôle de coordination avec le reste du système de santé (cf. [annexe 1](#)). (5)

Murray *et al.* (6) mettent cinq aspects particuliers du contexte de la médecine générale en avant. Premièrement, les médecins généralistes ont une patientèle **d'âges très variables**. Ils suivent leurs patients d'un très jeune âge, jusqu'au décès parfois. Ils peuvent également soigner la famille entière.

Deuxièmement, le patient arrive souvent avec des **symptômes indifférenciés et des problèmes multiples**. Des comorbidités sont souvent observées, mais aussi des combinaisons d'aspects biomédicaux et d'éléments sociaux. La médecine générale appréhende le patient dans sa globalité, en prenant en compte son vécu et ses représentations.

Troisièmement, une caractéristique importante de la médecine générale est l'alliance thérapeutique qui émerge d'une **relation de longue durée entre le patient et son médecin**. Les auteurs soulignent que cette relation est même souvent présente avant que le patient ne soit malade grâce au suivi de longue durée.

Quatrièmement, Murray *et al.* décrivent **la diversité des tâches liée au rôle du médecin**. Le médecin doit à la fois prendre en compte la plainte et demande du patient, mais également considérer tous les éléments connexes. Il doit entretenir la relation thérapeutique et saisir les opportunités de promotion de la santé. Le métier du médecin généraliste évolue vers une prise en charge des pathologies aiguës et des maladies chroniques incluant le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Et cinquièmement, on pourrait ajouter un autre élément qui est celui de la responsabilité qu'ont les médecins de s'occuper de **la santé de toute une population**. Ils doivent certes s'occuper de la prise en charge de chaque patient mais aussi considérer les opportunités de faire du soin préventif et de la promotion de la santé à l'échelle de leur patientèle, voire du quartier ou de la commune dans laquelle ils travaillent. On retrouve ici à la fois les éléments d'approche globale et communautaire décrits par la

WONCA (5). Ces différents éléments sont à considérer pour notre compréhension de la DMP en médecine générale.

### 1. 1. 2. Vers une médecine basée sur les preuves ...

Au début des années 90, il y eut un changement de modèle dans le monde médical. Jusque-là, les pratiques médicales étaient basées autant sur les expérimentations cliniques que sur des principes physiologiques et biochimiques. Après quoi, le monde médical fut secoué par la publication des premiers articles « basés sur les données probantes » (*Evidence Based Medicine - EBM*).

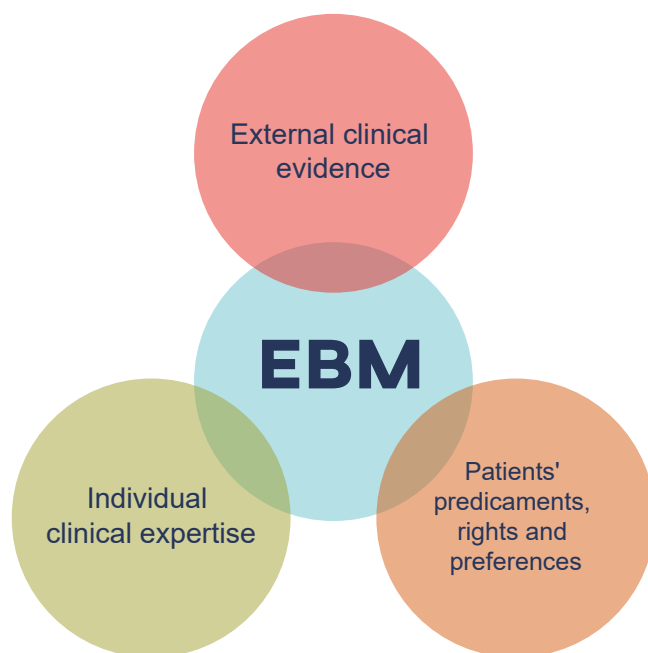
L'EBM impliquait alors que l'on se concentre sur des tests empiriques, effectués sur des sujets humains *in vivo*, qui évaluent l'efficacité d'un traitement plutôt que sur des théories biologiques qui expliquent en quoi le traitement fonctionne ou devrait fonctionner. L'EBM est donc née d'une nécessité d'évaluation rigoureuse des pratiques cliniques. (7)

Sackett *et al.* (8) définissent, en 1996, l'EBM comme « the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients » (p. 71). C'est devenu un paradigme de référence pour l'enseignement et la pratique de la médecine, que ce soit dans le domaine de la clinique mais aussi de la santé publique. Rapidement, le concept sera élargi et reconnaîtra l'importance des valeurs et des préférences du patient.

Comme l'illustre la [figure 1](#), la pratique de l'EBM implique d'intégrer l'expertise clinique du praticien (*individual clinical expertise*), les meilleures preuves cliniques disponibles (*external clinical evidence*) et les valeurs, préférences et droits du patient (*patients' predicaments, rights and preferences*). (8) Ainsi, l'EBM se définit comme l'intégration de ces trois dimensions interagissant pour aboutir à une prise de décision.

Malgré l'existence d'une dimension spécifique aux préférences et caractéristiques du patient, il est fréquent de ne considérer que les 2 dimensions en lien avec les aspects biomédicaux. Cette tendance est, cependant, de plus en plus critiquée. (9)

Figure 1 : La triade EBM



Source 1 : Adapté de Sackett et al. 1996

### 1. 1. 3. ... et une décision partagée entre le médecin et le patient

Après l'EBM, le deuxième grand changement de modèle en médecine a consisté en l'évolution d'un patient « passif » à un patient acteur de sa santé. De ce changement vont naître différents modèles de soins dont la DMP, en anglais « shared decision making ». Il s'agit d'un concept en développement depuis les années 90 pour lequel il y a un intérêt grandissant. (10) On observe en effet une augmentation exponentielle du nombre de publications sur la DMP dans les revues médicales depuis 1996. (11) En France (2013), la *Haute Autorité de Santé* (HAS) a réalisé un état des lieux relatif à la DMP. Voici la définition qu'elle en donne :

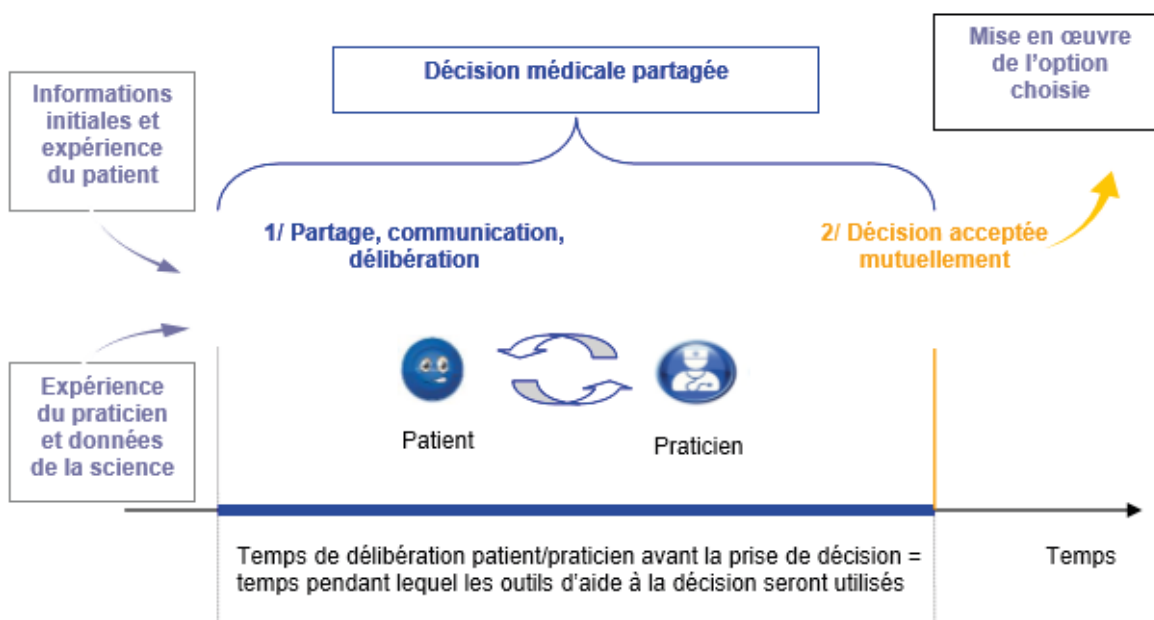
*« Ce concept décrit le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée. » (10)*

La HAS ajoute qu'il s'agit « d'un modèle de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un médecin ou, plus largement entre un professionnel de santé et un patient, que sont **l'échange de l'information** et la **délibération** en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient ». (10) Ces différents éléments se retrouvent dans la [figure 2](#) qui présente la prise de décision partagée comme un processus étalé dans le temps. Tout d'abord, la décision partagée implique que deux personnes soient actrices, à savoir le patient et son

médecin (ou autre professionnel de santé). Chacun apporte dans le processus une part **d'informations** : sur le vécu de la maladie par le patient (valeurs, préférences, etc.), sur l'expérience médicale de la maladie (risques, options de traitements, etc.) par le médecin. Cette information sera traitée dans la phase de **délibération**. Cette dernière nécessite une communication appropriée pour que les informations apportées par les deux acteurs soient traitées au mieux. C'est une étape qui prend du temps et peut s'étaler sur plusieurs consultations. Elle aboutira enfin à la phase de décision, où le patient et le médecin parviennent à un consensus sur la méthode de traitement à appliquer. Elle sera alors mise en œuvre dans la phase de traitement (ou de non traitement si le choix est de ne rien faire). (10)

Ces deux phases (transmettre l'information et soutenir les patients à examiner les options) constituent donc les deux éléments centraux de la DMP. (12)

Figure 2 : Illustration du processus de DMP.

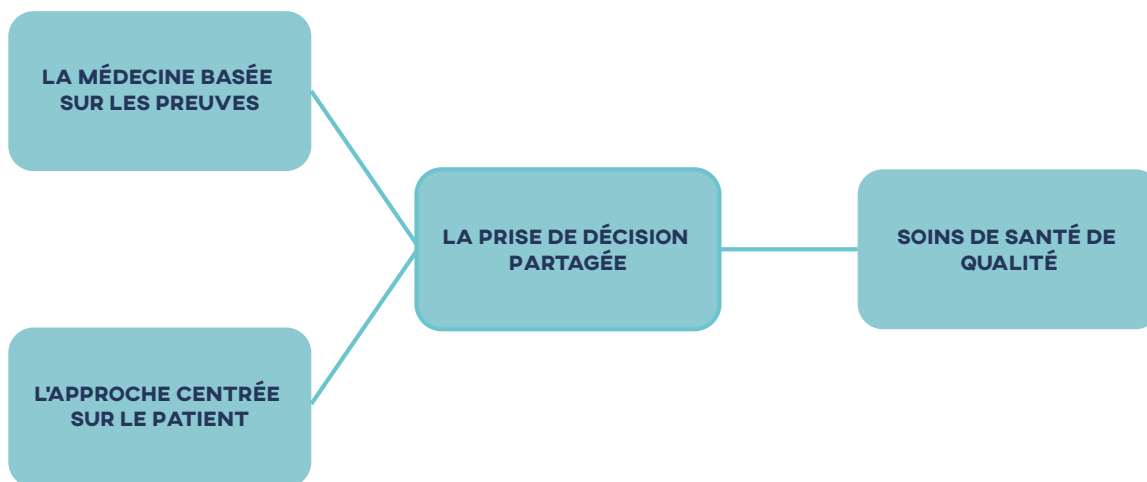


*Nous remercions la Haute Autorité de santé de nous avoir autorisés à reproduire ce schéma. Le rapport intégral est consultable sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) - rubrique Évaluation & recommandation*

La DMP est à l'intersection de l'EBM et des compétences en communication centrée sur le patient qui, ensemble, sont des approches essentielles pour des soins de santé de qualité, comme illustré dans la figure 3. Pour Hoffmann et al., la médecine basée sur les preuves et la DMP contribuent toutes les deux à des soins de santé de qualité et sont, en ce sens, interdépendantes. Elles constituent le noyau de la consultation médicale. (13)

La communication centrée sur le patient fait partie de l'approche centrée sur le patient qui met l'accent sur l'expérience du patient de sa maladie et prend en compte les aspects bio-psycho-sociaux de la pathologie. Elle a de nombreux avantages comme une adhésion plus élevée au traitement et des résultats de santé améliorés (14).

Figure 3 : Interdépendance de l'EBM et de la DMP pour des soins de santé de qualité



Source 3 : Adapté de Hoffmann et al. 2014

On retrouve de nombreuses similitudes entre les principes inhérents à la DMP et ceux inhérents à la promotion de la santé. Cette dernière « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (15) Cette visée émancipatrice concorde avec l'enjeu principal de la DMP qui est d'améliorer la participation du patient aux décisions qui le concernent. Les deux approches visent donc à donner aux personnes les moyens de s'impliquer dans les décisions qui les concernent. Outre l'*empowerment*, elles partagent également une conception commune de la santé comme n'étant pas que physique mais comportant aussi une dimension mentale, sociale et spirituelle. En tenant compte des préférences et des valeurs du patient, le professionnel de santé reconnaît l'existence de ces éléments et leur importance pour la personne en face de lui : la santé va donc au-delà de l'absence de maladie. Autre similitude, leurs connexions avec des approches telles que l'éducation thérapeutique du patient et l'approche centrée sur le patient. Ces dernières sont des composantes centrales de la promotion de la santé et de la DMP. Enfin, la DMP est une réponse à un enjeu prioritaire de la promotion de la santé : la réduction des inégalités sociales de santé.

## 1.2. Les enjeux de la décision médicale partagée

L'état des lieux de la HAS présente 3 enjeux de la DMP : la participation du patient autour de sa santé, la diminution du recours inapproprié aux soins et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (10) Nous souhaitons ajouter un enjeu, peu abordé par la HAS qui nous semble néanmoins pertinent dans le contexte actuel : la réduction des inégalités sociales de santé.

### **1. 2. 1. La participation du patient aux décisions qui le concernent**

La DMP ouvre la possibilité aux patients de participer à la prise de décision et donc plus largement à leur donner plus de contrôle sur leur santé.

On observe une demande croissante de la part des patients pour participer activement à leur santé d'après une revue systématique publiée en 2012. (16) Cette revue met en évidence que les patients préfèrent partager la décision avec leur médecin dans 63% des études prises en compte. Cette tendance semble augmenter au cours du temps.

De plus, la participation du patient dans les décisions concernant sa santé s'inscrit dans une démarche éthique qui veut promouvoir l'autonomie de ce patient (17). Comme dit précédemment, la DMP s'inscrit dans la démarche de soins centrée sur le patient, d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé. Toutes trois visent à donner les clés au patient pour qu'il puisse participer à son processus de soin. Cette participation lui permettra donc de développer son *empowerment*, c'est-à-dire sa capacité à mobiliser des ressources pour subvenir à ses besoins et gérer les situations liées à sa santé. (10,18)

### **1. 2. 2. La diminution du recours inapproprié aux soins**

D'après certains auteurs, la DMP limiterait le recours inapproprié aux soins. Par recours inapproprié, nous entendons une sous- ou sur-utilisation des soins bénéfiques pour l'état de santé de la population ou encore un mésusage des soins. L'enjeu est donc d'améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins. (10)

Notons cependant, que d'après des experts de la HAS, il n'existe pas encore (en 2013) de preuves d'un impact positif de la DMP sur la réduction des coûts en matière de santé (10).

### **1. 2. 3. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins**

Un autre enjeu est l'effet bénéfique de la DMP sur la qualité et la sécurité des soins. Dans cette perspective, la DMP contribue à limiter les événements indésirables au cours d'une hospitalisation ou d'une prise en charge par une meilleure participation du patient et une meilleure observance des traitements. Elle permet également d'offrir un cadre conceptuel lorsqu'il y a nécessité d'individualiser les décisions thérapeutiques. (10)

En effet, les recommandations de bonne pratique ou *medical guidelines* visent à aider le médecin et le patient « à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (10). Seulement, elles sont parfois décriées car elles défendraient une médecine centrée sur la maladie plutôt que sur le patient et seraient perçues comme un moyen de contrôle des médecins du fait de leur forme normative facilement utilisable dans l'interaction avec le patient. Les *guidelines* représenteraient alors une « injonction privant les médecins et les patients de la liberté de choix ».

Ce qui nous amène à penser que les processus qui sous-tendent la DMP ne sont pas, à l'heure actuelle, suffisamment pris en compte dans les *guidelines* alors même que ces



*guidelines* sont au cœur de l'EBM. Il semblerait intéressant de considérer les valeurs et préférences du patient en corrélation avec ces *guidelines*. C'est une approche défendue notamment par van der Weiden *et al.* (19) Ils la justifient par le respect de l'autonomie du patient, par le fait que ses préférences vont guider son observance de la prise en charge et par le fait que les données scientifiques ne sont pas toujours suffisantes pour assurer les résultats d'un traitement par rapport à un autre co-existant. Certains auteurs verraient par exemple le développement des outils d'aide à la décision comme une rencontre entre les recommandations médicales et le respect du choix de l'individu (10).

La DMP produit une séquence d'effets favorables pour la santé du patient. Selon les recherches empiriques, le principal effet se jouerait au niveau de la dimension relationnelle et communicationnelle de la consultation médicale (17). Ainsi, la DMP mettrait en place, chez le patient, les conditions cognitives et affectives nécessaires pour permettre à ce dernier une compréhension suffisante des enjeux médicaux, le développement de la confiance, du sentiment d'auto-efficacité, du sentiment de considération et enfin la satisfaction quant au déroulement de la consultation. De manière subséquente, la DMP est susceptible d'influencer les comportements de santé (meilleure adhésion aux décisions médicales et respect des recommandations) ainsi que sur les résultats de santé (diminution de la symptomatologie, qualité de vie).

Une revue systématique de 2015 (17) tente d'associer trois catégories d'effets bénéfiques pour le patient à la pratique de la DMP et en fonction du type de mesure de ces effets (rapportés par le patient, par un observateur tiers ou par le praticien de soins). Ces trois catégories avec leurs indicateurs sont les suivantes :

- Les effets affectifs-cognitifs : satisfaction, confiance et compréhension.
- Les effets comportementaux : adhérence, comportements de santé et décision de traitement.
- Les effets sur la santé : qualité de vie, réduction des symptômes et mesures physiologiques.

La revue systématique considérée a évalué le lien statistique entre la DMP et 97 effets sur la santé des patients (*patient outcomes*). Pour 43% des 97 *patient outcomes* évalués, il y a une relation positive et significative entre la DMP et ces effets (tous types de mesures et d'effets considérés). Cette part de relation positive et significative augmente si l'on ne prend en compte que les *patient outcomes* évalués par des mesures rapportées par les patients (52%). De plus, les effets affectifs-cognitifs seraient les plus régulièrement associés positivement à la DMP, tous types de mesures confondus (54%), par rapport aux effets comportementaux (37%) et aux effets sur la santé (25%) (17). Il apparaît donc que les effets de la DMP pour le patient seraient un enjeu principalement en ce qui concerne sa satisfaction par rapport au processus de soins.

Pour conclure, la DMP s'apparente à un modèle visant à mettre en place les conditions nécessaires pour offrir des soins de qualité et adaptés au patient.

## 1. 2. 4. La réduction des inégalités sociales de santé

Selon Hurst, la vulnérabilité nous concerne tous, elle est une condition de notre finitude humaine (21). Si nous avons chacun une capacité plus ou moins développée à nous défendre de ce qui nous fait du tort, cette aptitude peut s'altérer temporairement, voire définitivement. Nous aurons alors besoin de la protection d'autrui pour faire face à ce qui pourrait nous affecter.

La vulnérabilité renvoie à la fragilité. En effet, certains groupes de la population sont davantage exposés aux facteurs de risque de santé. En outre, certains individus ont parfois peu ou pas la capacité de défendre leurs intérêts. Dans ce cas, ces derniers n'ont pas les moyens, ni les ressources nécessaires pour agir sur ce qui leur cause du tort.

Enfin, la vulnérabilité renvoie à l'idée que pour certains individus, il existe des barrières qui limitent leur accès aux soins de santé. Cela diminue leurs chances d'être en bonne santé.

Dans la pratique, les groupes identifiés comme vulnérables sont ceux qui présentent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : occuper une position socio-économique défavorable et vivre dans la pauvreté ; avoir un faible niveau d'instruction ; éprouver un isolement social et familial ; vivre dans une région géographique isolée et mal desservie en termes de services médicaux ; souffrir de certaines catégories de pathologies notamment les pathologies mentales sévères et chroniques ; enfin le fait d'appartenir à une minorité ethnique ou d'avoir un statut de migrant. Ces caractéristiques sont parfois cumulées chez certains individus ce qui accroît leur vulnérabilité.

Dans la littérature, il existe un discours qui promeut la DMP entre le médecin et le patient car cette pratique est identifiée comme un moyen efficace permettant d'améliorer l'état de santé des patients, en particulier ceux issus de groupes vulnérables et ainsi de réduire les inégalités de santé observées auprès de ces derniers (22).

Pourtant, paradoxalement, ces derniers sont ceux qui bénéficieraient le moins de la DMP (23,24). Ce constat a été établi en particulier avec les patients issus d'une minorité ethnique (25–27). Par exemple, en ce qui concerne les maladies chroniques telles que l'hypertension, l'hyperlipidémie ou le diabète, il a été observé que les patients Afro-Américains, malgré qu'ils souhaitent être impliqués dans le processus décisionnel, reçoivent moins d'informations quant à leur maladie et sont moins impliqués par le médecin dans les décisions en comparaison avec les patients qui n'appartiennent pas à un groupe ethnique (26,28). Ces différences au niveau de la communication et de l'implication du patient dans le soin peuvent participer au renforcement des inégalités de santé pour les individus issus de groupes vulnérables. En effet, nous savons que dans le cadre de maladie chronique telle que le diabète, la DMP permet d'augmenter le sentiment d'efficacité du patient quant à la gestion de sa maladie, cela permet également une meilleure adhésion au plan de soins, et abouti *in fine* à un meilleur contrôle de la maladie et donc un meilleur état de santé (29).

La DMP est un moyen efficace pour améliorer la participation, la confiance, le partenariat, le sentiment d'auto-efficacité des patients vulnérables et ainsi réduire les inégalités de santé, si et seulement si, le médecin et son patient parviennent à

s'accorder continuellement sur le degré de partage de leur savoir et de leur pouvoir durant le trajet de soin.

### 1.3. Les facilitateurs et les barrières de la décision médicale partagée

En nous appuyant sur l'argument que la DMP permet des soins de qualité, adaptés et bénéfiques pour les patients, nous allons à présent mettre en évidence les principales conditions qui facilitent ou au contraire freinent la mise en place de la DMP.

Dans la littérature, il est considéré que la raison pour laquelle certains patients ne bénéficient pas de la DMP tient davantage au fait que **ces derniers sont empêchés par l'existence de barrières plutôt qu'ils n'y seraient réfractaires** (23). Ainsi, les barrières empêchant la DMP se situeraient principalement à trois niveaux d'analyse (prestataire ; patient ; organisation) et seraient pour la plupart modifiables (23).

#### 1.3.1. Les barrières et les facilitateurs de la DMP au niveau du prestataire :

Pour les médecins les barrières les plus souvent rapportées comme limitant la mise en place de la DMP sont :

- Les contraintes temporelles ;
- La situation clinique<sup>[4]</sup> ainsi que
- La **perception** d'un manque d'applicabilité de la DMP due aux caractéristiques du patient (30).

Quelles sont, selon le médecin, les caractéristiques du patient qui limitent la DMP? Si le médecin perçoit son patient comme : cognitivement inapte ; peu adhérent ; non collaboratif ; ayant une compréhension limitée de son état de santé ou ayant un faible statut éducatif alors il s'engagera moins dans la DMP (31). Mis à part certaines caractéristiques objectives telles que par exemple un état de déficience cognitive (démence, état confusionnel), il est intéressant de souligner que ce qui limite la mise en place de la DMP tient dans la plupart des cas à une perception subjective, par le médecin, des caractéristiques de son patient.

Or la littérature sur les relations médicales interethniques a montré que ces consultations spécifiques peuvent être sujettes à des biais ethniques implicites<sup>[5]</sup>. Ces biais engendrent une perception tronquée du patient, qui est alors perçu au travers d'un « filtre » plutôt qu'au travers de ses caractéristiques propres et objectives (32). Par exemple, une étude a montré qu'au plus les médecins entretiennent des biais ethniques implicites à l'égard d'un patient, au moins ils lui témoignent d'affects positifs, ce qui impacte le processus communicationnel et l'implication du patient dans le processus décisionnel (33). Les

[4] Les situations médicales urgentes, aiguës ou bien les situations où il existe moins de latitude dans le choix de traitement ne favorisent pas la DMP contrairement aux maladies chroniques et/ou sévères, les situations de fin de vie, les situations où les options de traitement impactent le style de vie qui quant à elles favorisent la DMP.

[5] Biais ethnique implicite : attitude négative implicite (inconsciente) à l'encontre d'un groupe ethnique. Ces biais sont susceptibles d'orienter négativement les décisions médicales ainsi que le cours de l'interaction médecin-patient.

interactions médecin-patient avec des patients issus d'une minorité ethnique sont susceptibles d'activer, souvent inconsciemment, des affects négatifs (p. ex. l'hostilité, la méfiance) mais aussi des stéréotypes ; cela contribue à la dégradation du « climat » de l'interaction, à une mauvaise communication et augmente significativement le risque d'erreur médicale (34–38).

Certaines caractéristiques du patient telles que son origine ethnique, son niveau d'instruction ou son âge ne sont pas modifiables. Cependant l'influence de ces caractéristiques sur les interactions médecin-patient et sur l'implication du patient dans le processus décisionnel, sont quant à elles modifiables notamment en opérant un changement au niveau des attitudes du médecin et/ou du contexte organisationnel dans lequel l'interaction médicale s'inscrit.

Les variables présentées ci-dessous sont renseignées comme les principaux facilitateurs de la mise en place de la DMP :

- La motivation du médecin à faire de la DMP ;
- La conception selon laquelle la DMP aura un impact positif sur le processus clinique et le suivi médical ou sur les résultats de santé à long terme (30).

### **1. 3. 2. Les barrières et les facilitateurs de la DMP au niveau du patient :**

Joseph-Williams *et al.* ont mis en évidence les principales barrières et facilitateurs de la DMP, selon le point de vue des patients (23). Nous présentons ci-dessous certains éléments de cette revue de la littérature<sup>[6]</sup>.

Du point de vue des patients, les barrières de la DMP identifiées dans la littérature sont les suivantes :

- Être en mauvaise santé
- L'âge (le DMP s'applique différemment avec les enfants ou les personnes âgées)
- Faible niveau d'instruction
- Faible littératie en santé
- Souffrir d'une maladie stigmatisante
- Souffrir de déficience physique (p.ex. handicap)
- Recevoir des informations anxiogènes durant la consultation (p.ex. diagnostic menaçant)
- L'existence d'une forte asymétrie entre le médecin et le patient
- Avoir des présuppositions sur son rôle en tant que patient :
  - ◆ Considérer que c'est le rôle du médecin de décider

[6] Nous renvoyons le lecteur au document original pour un aperçu exhaustif des variables qui influencent la participation du patient à la DMP (cf. [annexe 2](#)).

- ◆ Croire qu'un « bon patient » est un patient qui laisse le médecin décider
- Percevoir le médecin comme ayant un style autoritaire
- Percevoir le médecin comme ayant de faibles aptitudes relationnelles et communicationnelles
- Ne pas se sentir écouté, entendu dans ses plaintes/demandes/préférences

Les facilitateurs de la DMP, toujours selon le point de vue des patients, sont :

- Être en bonne santé
- Avoir une expérience de la maladie (avoir déjà été exposé dans le passé à cette maladie et avoir eu des décisions importantes à prendre)
- Avoir du temps pour assimiler le diagnostic et envisager les différentes alternatives de traitement
- Accepter la responsabilité d'être impliqué dans une décision
- Percevoir une ouverture du médecin à nos questions en tant que patient
- Avoir la permission explicite du médecin pour participer aux décisions
- Se sentir reconnu dans son expérience et son expertise de la maladie
- Bénéficier d'une relation égalitaire avec le médecin
- Se sentir écouté, entendu dans ses demandes, ses préférences
- Avoir une relation de qualité, avoir confiance

### 1. 3. 3. Les déterminants organisationnels impliqués dans la mise en place effective de la DMP :

Selon DeMeester, le contexte organisationnel dans lequel la rencontre médecin-patient se déroule est susceptible d'influencer la possibilité pour le médecin et son patient de s'engager dans la DMP. L'idée centrale est que le contexte organisationnel agit comme un puissant levier permettant d'améliorer l'établissement de la DMP entre le médecin et son patient. En effet, pour que la DMP soit optimale les organisations de soins doivent modifier certains déterminants du contexte organisationnel, ceci influencera la mise en place effective de la DMP (24).

Les principaux facteurs organisationnels identifiés sont les suivants :

- Le flux de travail (flux de patients, organisation et partage des tâches, ...) ;
- La disponibilité d'outils et de technologies de partage de l'information (faciliter l'échange d'informations à propos du patient) ;
- La culture organisationnelle (la DMP est-elle souhaitée, priorisée, valorisée par l'organisation ?) ;
- Les ressources matérielles (disponibilité d'un service d'interprétariat, médiation interculturelle) ;

- La formation et la sensibilisation à la pratique de la DMP ;
- La présence d'incitants à la pratique de la DMP (incitant financier, attente normative, injonctions).

Les facteurs identifiés ci-dessus vont opérer sur un nombre limité de mécanismes, à savoir :

- La coordination et la continuité des soins pour le patient (le partage d'une décision se fait souvent au terme d'un processus d'échange continu et complexe entre le patient et différents professionnels de la santé qu'il est amené à rencontrer dans le cadre du suivi médical) ;
- La facilitation de la pratique de la DMP (l'initiation de la DMP est facilitée si cette pratique fait partie des attentes organisationnelles et des routines) ;
- Le développement d'un savoir et de compétences spécifiques à la mise en place de la DMP (communication, compétence culturelle, approche holistique et centrée sur le patient) ;
- Les attitudes et les croyances tant chez les médecins que chez les patients, ceux-ci doivent voir un intérêt dans la pratique de la DMP. Une relation de confiance et une dynamique horizontale entre le médecin et son patient facilitent la communication et le partage de décisions.

Ces mécanismes, influencés par les facteurs organisationnels, sont des conditions nécessaires permettant l'éclosion et le maintien à long terme d'une relation médicale fondée sur la confiance, le partenariat, le partage de l'information et des décisions médicales (cf. [annexe 3](#)).

Nous comprenons que pour participer pleinement à la DMP, un patient doit disposer conjointement de deux ressources essentielles : d'une part avoir un certain savoir à propos de la maladie et d'autre part avoir un certain pouvoir<sup>[7]</sup> d'influence sur la décision médicale (23). Or la relation médecin-patient est justement caractérisée par une asymétrie en termes de savoir et de pouvoir. Cette asymétrie de pouvoir et de savoir est, de plus, particulièrement marquée avec les patients issus de groupes vulnérables. En effet, sur le plan du savoir, nous savons qu'un faible niveau de littératie<sup>[8]</sup> en santé agit comme un frein à la mise en place de DMP (39,40). Sur le plan du pouvoir, il a été observé qu'avec les patients issus d'une minorité ethnique par exemple les médecins sont susceptibles d'adopter un style communicationnel plus dominant (relation asymétrique), d'être moins collaboratifs et de moins explorer la dimension psychosociale que pour les patients autochtones (41,42). Ces éléments diminuent la capacité du patient à donner son point de vue et donc à participer à la décision médicale.

[7] Le pouvoir renvoie ici à la représentation que se fait le patient de sa capacité à pouvoir influencer le processus décisionnel, les décisions du médecin.

[8] Selon l'Agence de la Santé Publique du Canada, la littératie en santé est un concept qui renvoie à la « *capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie* ». La littératie se distingue de la maîtrise de la langue. C'est une variable du patient mais qui dépend également d'éléments contextuels et liés à l'organisation du système de soins de santé (capacité du système à présenter des informations assimilables et compréhensibles pour le patient, dans sa langue, en tenant compte des spécificités culturelles).

## CE QU'IL FAUT RETENIR

Le **médecin généraliste** est un acteur de première ligne dont les compétences portent sur des aspects de diagnostics, thérapeutiques, d'éducation pour la santé, de prévention, et de promotion de la santé.

La médecine générale se construit autour d'un modèle appelé **Evidence Based Medicine** (EBM). L'EBM se définit comme la prise de décision clinique basée sur trois pôles : des preuves rigoureuses et systématiques émanant de la recherche clinique, l'expertise du clinicien et les valeurs et préférences des patients.

Au cœur de ces 3 pôles se développe notamment un modèle centré sur le patient : **la décision médicale partagée** (DMP). La DMP vise à donner aux patients davantage de contrôle sur les décisions qui le concernent. Il s'agit d'un processus au cours duquel praticien et patient partagent des informations médicales et où le patient va exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles afin de faire un choix éclairé et d'un commun accord.

Quatre **enjeux** de la DMP ont été identifiés dans la littérature : la participation du patient aux décisions qui le concernent ; la réduction du recours inapproprié aux soins ; l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; la réduction des inégalités sociales de santé.

Les barrières et les facilitateurs de la DMP se situent sur trois niveaux : prestataire, patient et organisation. Au niveau du **prestataire**, nous identifions les barrières suivantes : les contraintes temporelles, la situation clinique (les situations urgentes ou aiguës ne favorisent pas la DMP) et la perception d'un manque d'applicabilité de la DMP due aux caractéristiques du patient. Les facilitateurs à la pratique de la DMP identifiés pour les médecins sont la motivation du médecin à faire de la DMP et concevoir que la DMP aura un impact positif sur le processus clinique et le suivi à long terme.

Au niveau du **patient**, nous citons des barrières telles que l'âge, un faible niveau de littératie en santé, souffrir d'une maladie stigmatisante, percevoir le médecin comme ayant un style autoritaire, avoir des présuppositions sur son rôle en tant que patient, etc. Les facilitateurs sont, par exemple : accepter la responsabilité d'être impliqué dans une décision, se sentir reconnu dans son expérience et son expertise sur la maladie, bénéficier d'une relation égalitaire avec le médecin, etc.

Le contexte **organisationnel** agit également comme un puissant levier permettant d'améliorer l'établissement de la DMP entre le médecin et son patient. Les facteurs suivants auront un impact sur la mise en place effective de la DMP : le flux de travail, la culture organisationnelle, la présence d'incitants à la pratique de la DMP, les ressources matérielles et outils à disposition des médecins, etc.

## CHAPITRE 2 : PRATIQUER LA DÉCISION MÉDICALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Informar les médecins de l'intérêt et de l'importance de la DMP ne suffit pas. L'écart entre « connaître », autrement dit savoir ce qu'est la DMP et ce qu'elle apporte, et « appliquer », c'est-à-dire intégrer la démarche de la DMP dans sa pratique, n'est pas évident à rétrécir comme le font remarquer Tsulukidze *et al.* (43)

Nous nous sommes donc demandé quelles étaient les pratiques améliorant la capacité des médecins généralistes à appliquer la DMP. Pour répondre à cette question, nous avons interrogé la littérature scientifique et la littérature grise. Nous présentons d'abord succinctement la méthode de recherche.

La première étape de la recherche a été d'établir des critères de sélection des articles. Nous avons fait le choix de sélectionner des articles qui traitaient de l'implémentation de la DMP. Par implémentation, nous entendons des techniques, des pratiques, des recommandations pour appliquer la DMP. Nous avons également décidé de nous limiter aux articles qui portaient sur l'implémentation de la DMP en médecine générale. Nous avons cependant inclus les articles qui portaient non exclusivement sur la médecine générale.

Les recherches documentaires ont été réalisées à partir de deux sources d'informations en matière de santé. Les bases de données scientifiques suivantes ont été consultées, d'une part : Cochrane, PubMed et Science Direct®. Une recherche dans la littérature grise, rassemblant les productions des grands organismes de référence en santé et les ressources du centre de documentation RESOdoc a été effectuée d'autre part.

Au terme de nos recherches, nous avons identifié 21 articles répondant aux critères ci-dessus. Une référence provient de la littérature grise, tandis que les autres proviennent des bases de données scientifiques. Notons que nous ne prétendons pas à l'exhaustivité.

L'étape suivante a été l'analyse de ces articles. Elle s'est organisée autour de deux grandes questions qui guideront la lecture des pages suivantes :

*Pour quelles spécificités de la consultation de médecine générale la DMP est-elle considérée dans les articles sélectionnés ?*

*Quelles sont les pratiques identifiées dans les articles sélectionnés susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la DMP ?*

### 2.1. Pour quelles spécificités de la consultation de médecine générale la décision médicale partagée est-elle considérée dans les articles sélectionnés ?

Comme nous l'avons énoncé plus haut, la médecine générale est particulière de par l'hétérogénéité des problèmes de santé que l'on y rencontre. Nous nous sommes donc posé la question du contexte dans lequel les articles sélectionnés ont implémenté la



DMP. Dans le cadre de ce travail, le contexte de la consultation fait référence aux problèmes de santé visés par la pratique de la DMP en médecine générale, et aux objectifs de la consultation, à savoir, la promotion de la santé, la prévention et le dépistage, le traitement et le suivi.

Il apparaît dans la littérature que les consultations lors desquelles il y a ce qu'on appelle un contexte d'« *equipoise* » (équivalence, symétrie, incertitude sur le bénéfice de l'un par rapport à l'autre) sont particulièrement favorables à la DMP.

Ce concept d'*equipoise* est amené par *Elwyn et al.* (44) mais reprenons l'explication qu'en donne un autre article : « *states that there is more than one way to deal with the identified problem* » (43). Ce concept fait donc référence à une situation, clinique ou non, où le problème de santé d'un patient peut être soigné de plusieurs façons différentes. Il y a donc un choix à faire. La prise en compte des valeurs et des préférences des patients permet de pondérer les options en fonction de l'importance que le patient porte aux bénéfices et risques des différentes options.

D'une part, les problèmes de santé pour lesquelles la DMP semble être implémentée le plus souvent dans notre sélection d'articles, sont en majorité des maladies chroniques, c'est-à-dire des « affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement » (45) comme :

- Cancer (2,43,46–48)
- Diabète (49–51)
- Maladies cardiovasculaires (47,49,51), hypertension (49,52), fibrillation auriculaire (43)
- Gastroentérologie (46), maladie de Crohn (43), hypercholestérolémie (43,49), obésité (53)
- Virus d'Immunodéficience Humaine (46)
- Maladies mentales (51,54)
- Maladies dégénératives : Alzheimer (47), ostéoporose (47), ostéoarthrose (43)
- Douleurs chroniques (55)

Les maladies chroniques, qui dominent le fardeau de morbidité depuis la transition épidémiologique, sont un phénomène que la médecine a encore du mal à affronter. Une incertitude quant au traitement à mettre en place demeure dans certains cas. Mais des questions se posent aussi largement et surtout par rapport à la prise en charge de ces maladies qui s'étend dans le temps et qui aura de nombreuses implications pour le patient. D'où l'intérêt de faire participer le patient pour qu'il puisse poser des priorités et des valeurs différentes aux options de prise en charge.

Certains articles mettent par ailleurs en évidence que la décision à prendre peut aussi être des éléments périphériques à la pathologie, mais ayant également leur influence sur la santé. Citons les comportements de santé (53,54), les facteurs de risques (43,49,52,56), des problèmes psychosociaux (6), ou encore les soins primaires (46).

Enfin, quelques études font référence à des problèmes de santé non chroniques comme les infections respiratoires (57) et à des aspects de prévention comme le dépistage prénatal (2,47).

D'autre part, l'implémentation de la DMP peut avoir différentes visées. Dans les recherches sélectionnées, de nombreux articles implémentent la DMP pour choisir un traitement (6,43,47–53,56–60). La considération de la prévention (47,51,56) (dont le dépistage (2,47,48,56)) et du suivi (6,53,56) fait également l'objet de quelques articles.

Ainsi, il semblerait que la pratique de la DMP soit particulièrement justifiée dans les situations où il existe une alternative concernant le choix du traitement d'une maladie chronique. Elle paraît également d'application dans d'autres cas très variés (prévention, soins primaires, dépistage, suivi, etc.). Elle se rapporte donc très bien à la médecine générale qui, par sa définition explicitée dans la première partie de cette revue, a un champ d'application très large.

## **2.2. Quelles sont les pratiques identifiées dans les articles sélectionnés susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la décision médicale partagée ?**

L'analyse des articles sélectionnés fait ressortir 3 grands types de pratiques susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la DMP : des modèles et des recommandations (6,44,58,59) ; des outils d'aide à la décision (43,47–51,53,56,60,61) ; des formations (2,3,46,52,54,55,59).

### **Modèles et recommandations**

Dans la première tranche d'articles considérés (2000-2006), la conceptualisation de la DMP est encore à ses débuts et fait alors débat. Des modèles sont présentés et étudiés. Nous relevons celui de Charles *et al.*, adapté à la médecine générale (6). Dans ce modèle, la DMP est mise en perspective par rapport à deux autres types de prise de décision médicale : la décision paternaliste et la décision informée. Comme il est possible de le voir dans le tableau 1, la DMP se trouve au milieu d'un continuum entre ces deux types de prise de décision. En lien avec cette position centrale impliquant une collaboration entre le médecin généraliste et le patient, les auteurs émettent des recommandations pour appliquer la DMP :

- Mettre au point un agenda commun (qui peut s'étendre sur plusieurs consultations selon la nécessité des situations)
- Permettre et inciter le patient à se renseigner par lui-même et à poser des questions
- Offrir un cadre pour échanger ensuite les informations médicales mais aussi personnelles (valeurs et préférences).

Tableau 1 : Modèle de la DMP de Charles et al.

	Décision paternaliste	Décision partagée	Décision informée
<b>Transfert d'informations</b>	Un sens : du docteur au patient, minimum nécessaire pour un consentement éclairé	Deux sens : médecin donne l'info médication nécessaire et le patient l'info à propos de ses préférences	Un sens, docteur à patient, toute info médicale nécessaire
<b>Délibération</b>	Médecin seul ou avec d'autres médecins	Médecin et patient	Patient (et autres significatifs)
<b>Décision pour l'implémentation du traitement</b>	Médecin	Les deux	Patient

Source 4 : Adapté de Murray et al. 2006 (5)

Outre cet intérêt pour la conceptualisation de la DMP, les articles étudiés décrivent également des compétences à développer de la part du médecin pour appliquer la DMP dans sa pratique (44,59,61) et relèvent des recommandations pour la pratique de la DMP (44,58).

Plusieurs auteurs (44,59,61) citent le travail de Towle *et al.* (62) qui, fin des années 90, définissent sur base de la littérature, d'interviews et de *focus groups*, une série de compétences facilitant la pratique de la DMP. Ils identifient des compétences pour le médecin et pour le patient comme le montre le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Compétences des médecins et des patients identifiées pour la pratique de la DMP

Compétences du médecin	Compétences du patient
Develop a partnership with the patient	Define (for oneself) the preferred doctor-patient relationship
Establish or review the patient's preferences for information (such as amount or format)	Find a physician and establish, develop, and adapt a partnership
Establish or review the patient's preferences for role in decision making (such as risk taking and degree of involvement of self and others) and the existence and nature of any uncertainty about the course of action to take	Articulate (for oneself) health problems, feelings, beliefs, and expectations in an objective and systematic manner
Ascertain and respond to patient's ideas, concerns, and expectations (such as about disease management options)	Communicate with the physician in order to understand and share relevant information (such as from competency 3) clearly and at the appropriate time in the medical interview
Identify choices (including ideas and information that the patient may have) and evaluate the research evidence in relation to the individual patient	Access information
Present (or direct patient to) evidence, taking into account competencies 2 and 3, framing effects (how presentation of the information may influence decision making), etc. Help patient to reflect on and assess the impact of alternative decisions with regard to his or her values and lifestyle	Evaluate information
Make or negotiate a decision in partnership with the patient and resolve conflict	Negotiate decisions, give feedback, resolve conflict, agree on an action plan
Agree an action plan and complete arrangements for follow up	
Informed shared decision making may also involve a team of health professionals, involve others (family, partners) and differ across cultural, social, and age groups.	

Source 5 : Towle et al. 1999

On remarque que le partenariat est un élément central dans les compétences identifiées dans le tableau 2. Il implique des responsabilités mutuelles entre le médecin et le patient et requiert de discuter explicitement de la relation. Le partenariat est dynamique, il s'adapte aux changements de circonstances aussi bien du côté du patient que du côté du médecin. Il peut être initié à n'importe quel moment mais prend du temps pour se développer bien que les rencontres entre patient et médecins soient des opportunités pour construire ce partenariat.

Autre élément central, le caractère explicite des échanges entre professionnel et patient. Certaines décisions sont empreintes d'incertitudes et les préférences des

patients évoluent dans le temps. Il est donc primordial de discuter de ces incertitudes et de questionner régulièrement les préférences du patient.

Enfin, relevons que, d'après Towle *et al.* le processus de prise de décision partagée devrait se conclure par un plan d'actions qui peut prendre la forme d'un accord verbal ou d'un contrat formel écrit.

Le mémoire de Blanc (56) intitulé « comment pratiquer la prise de décision partagée en médecine générale » décrit également certaines compétences et recommandations favorisant l'implémentation de la DMP en termes de communication des risques et de prise en compte des valeurs du patient.

Pour aider le patient à comprendre sa maladie, la communication des risques est une étape importante. Il s'agit d'expliquer au patient ce que la maladie ou un traitement risque d'impliquer pour sa qualité de vie, ce qu'il risque s'il fait ou non un dépistage, s'il accepte ou non de suivre le traitement, etc. La bonne compréhension des bénéfices et risques liés à plusieurs traitements permet aussi de les comparer pour faire un choix. Ainsi, dans le cadre de la DMP, il est important que le patient comprenne bien ces risques et ce qu'ils impliquent.

Pour ce faire, l'auteur (56) émet les recommandations suivantes :

- Privilégier les fréquences naturelles (1 personne sur 10) ou le risque absolu (%)
- Favoriser le risque absolu (%) pour une comparaison de chiffres entre groupes ou une évolution dans le temps,
- Être homogène dans la présentation : Face à un même patient, toujours utiliser le même type de présentation du risque (fréquences naturelles ou risque absolu). Cela lui permettra de comparer les différentes options.
- Être bien clair par rapport à la classe de référence/dénominateur (âge, sexe, % des personnes ou de fréquence de temps, etc.). Ex : le risque de cancer du sein est différent pour les femmes de 15-30 ans que pour les femmes de 45-60 ans. Il faut s'assurer que le patient rapporte bien les chiffres à la bonne catégorie.
- Utiliser des pictogrammes (surtout pour des probabilités conditionnelles) pour une meilleure représentation des risques (« un petit dessin vaut mieux qu'un long discours »),
- Contextualiser le risque : mettre en perspective le risque de la pathologie concernée par rapport à d'autres risques pour permettre au patient de se rendre compte de ce que cela représente.

D'autre part, Blanc (56) souligne l'importance d'explorer les valeurs du patient. Il fait référence à plusieurs outils et pratiques pour ce faire :

- Utiliser des questions ouvertes et reformuler les propos du patient. Les questions ouvertes laissent plus de place au patient pour s'exprimer et la reformulation consiste à paraphraser les propos du patient pour s'assurer que tout le monde est sur la même longueur d'onde.

- Pratiquer l'entretien motivationnel de Miller & Rollnick qui permet d'analyser la motivation du patient face au changement et de travailler avec lui ses résistances.
- Utiliser le Test SURE© pour évaluer le conflit décisionnel (tableau 3). Le conflit décisionnel décrit l'incertitude d'un patient lorsqu'il est confronté à un choix qui implique des risques, des regrets, un conflit avec ses valeurs, etc. Pour établir si le patient vit un conflit décisionnel et l'aider alors à y faire face, Légaré *et al.* ont mis au point le test SURE©.<sup>[9]</sup>

Tableau 3 : Test SURE©

<b>Sûr (Certitude)</b>	Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous ?
<b>Utilité de l'information (Compréhension de l'information)</b>	Est-ce que vous connaissez les bénéfices et les risques de chacune des options ?
<b>Risques-bénéfices à balancer (Importance bénéfices et risques)</b>	Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour vous à l'égard des risques et bénéfices ?
<b>Encouragement (Soutien)</b>	Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix ?

Source 6 : Adapté de Légaré *et al.* 2010, cité par Blanc 2015 (31)

## Outils d'aide à la décision

Deuxièmement, un intérêt croissant semble se développer pour les outils d'aide à la décision. Ceux-ci, plus ou moins spécifiques, ont fait l'objet d'évaluations qualitatives lors de *focus groups* et échanges divers avec des médecins et/ou des patients par exemple (48,50,60) et quantitatives par le calcul de leurs effets sur des résultats précis (43,47,48,51,53).

Citons en particulier les *Option Grid*© et les *decision boxes* mis au point pour des pathologies et situations particulières, ou encore le *Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa* comme outil générique. Nous les détaillons ci-dessous.

Le **premier outil**, l'*Option Grid*© vise à résumer l'information des différentes options de traitement ou de prise en charge. Il est donc spécifique à une pathologie. Il se présente sous la forme d'un tableau à deux entrées contenu sur une page. Un exemple est donné en [annexe 4](#) et porte sur des options de traitement dans le cas de problèmes de comportement complexes chez les enfants et adolescents (64). Les colonnes représentent les options et les lignes font référence aux préoccupations principales des patients sous le format des « questions les plus fréquemment posées » (FAQs), telles que « Quelles sont les effets secondaires ? », « Quand puis-je sortir de l'hôpital ? », etc. (60).

[9] Pour plus de détails sur sa validité en contexte de médecine générale, se référer à Légaré *et al.* 2010 (63)

L'information contenue dans l'*Option Grid*® est volontairement limitée dans un objectif de clarté. Dès lors, l'outil se limite normalement à 2-3 options de prise en charge et à 6-8 questions pour chacune. De plus, les réponses aux questions sont aussi réduites à l'essentiel. Pour ce faire, la conception de ces tableaux doit inclure deux étapes :

1. La sélection des informations en fonction de leur pertinence pour les patients
2. L'édition méticuleuse de l'outil en usant d'un format lisible et d'un langage concis, accessible et clair.

De cette manière, il peut se lire rapidement, est plus facile à utiliser en consultation et est accessible à des personnes de différents âges et niveaux d'éducation (60).

Elwyn *et al.* (60) ont identifié grâce à des échanges entre médecins, les étapes-clés pour utiliser un *Option Grid*® :

1. **Décrire** : initier la conversation à propos des options, expliquer que l'outil cherche à comparer des options en fonction des questions d'autres patients
2. **Vérifier** : si le patient veut lire par lui-même ou que le tableau soit lu à voix haute par le clinicien. Il est également important de s'assurer que le patient accepte d'utiliser l'outil.
3. **Remettre** : donner l'outil au patient et lui fournir le matériel pour qu'il puisse prendre des notes → Cette action particulière a des effets d'expression de respect du praticien pour le patient et transfère le pouvoir du praticien vers le patient.
4. **Créer un espace** : laisser du temps au patient pour explorer l'outil et lui proposer de faire autre chose pour qu'il ne se sente pas observé.
5. **Demander** : encourager les questions et la discussion
6. **Donner** : encourager le patient à reprendre l'*Option Grid*® avec lui comme aide-mémoire et pour demander l'avis de son entourage, et l'encourager à chercher d'autres sources d'information.

Une étude incluant des médecins généralistes et spécialisés a permis de mettre en évidence la difficulté éprouvée par les médecins à prendre en compte et à identifier les préférences des patients dans le processus décisionnel. L'utilisation de l'*Option Grid*® offre, certes, des opportunités pour prendre en compte les préférences des patients mais pour ce faire, le soignant semble nécessiter un temps de familiarisation et d'apprentissage de l'outil. (43,65) Les médecins interrogés recommandent donc de former et soutenir les soignants dans l'usage de l'*Option Grid*®, afin qu'ils y soient familiarisés et qu'ils sachent quand et comment l'utiliser pour ne pas submerger le patient par exemple (43).

En conclusion, les *Option Grid*® facilitent 2 étapes de la DMP : ils permettent de rendre les options visibles et aident à les comparer en tenant compte des préférences du patient. Ils ont donc plusieurs intérêts :

- Standardisation de l'information rendant la communication en consultation plus facile,

- Visualisation simplifiée des différentes options, rendant la comparaison plus claire,
- Opérationnalisation de la méthode à suivre pour informer le patient (aide-mémoire)
- Utilité de l'outil comme soutien pour le patient en dehors de la consultation (43,60).

Cependant, pour une utilisation optimale, un temps d'apprentissage et de familiarisation est nécessaire.

**Le second outil**, la **boîte à décision** (ou **decision box**) présente, sous la forme d'un court résumé, les bénéfices et risques d'une intervention médicale. Elle intègre les données scientifiques les plus récentes et les synthétise pour fournir l'information de manière claire. La réalisation de cet outil se fait dans le cadre de maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement unique, mais plusieurs options acceptables. (47)

Les boîtes à décision se veulent flexibles. Elles alternent des présentations graphiques, numériques et textuelles. Elles sont disponibles en ligne<sup>[10]</sup> et laissent au médecin la liberté de l'utilisation. Elles préparent le médecin à la consultation, et lui laissent la possibilité de l'utiliser à sa manière avec le patient et en fonction des caractéristiques de ce dernier (47). L'annexe 5 présente par exemple une boîte à décision visant à préparer le clinicien à discuter avec ses patients du dépistage du cancer colorectal.

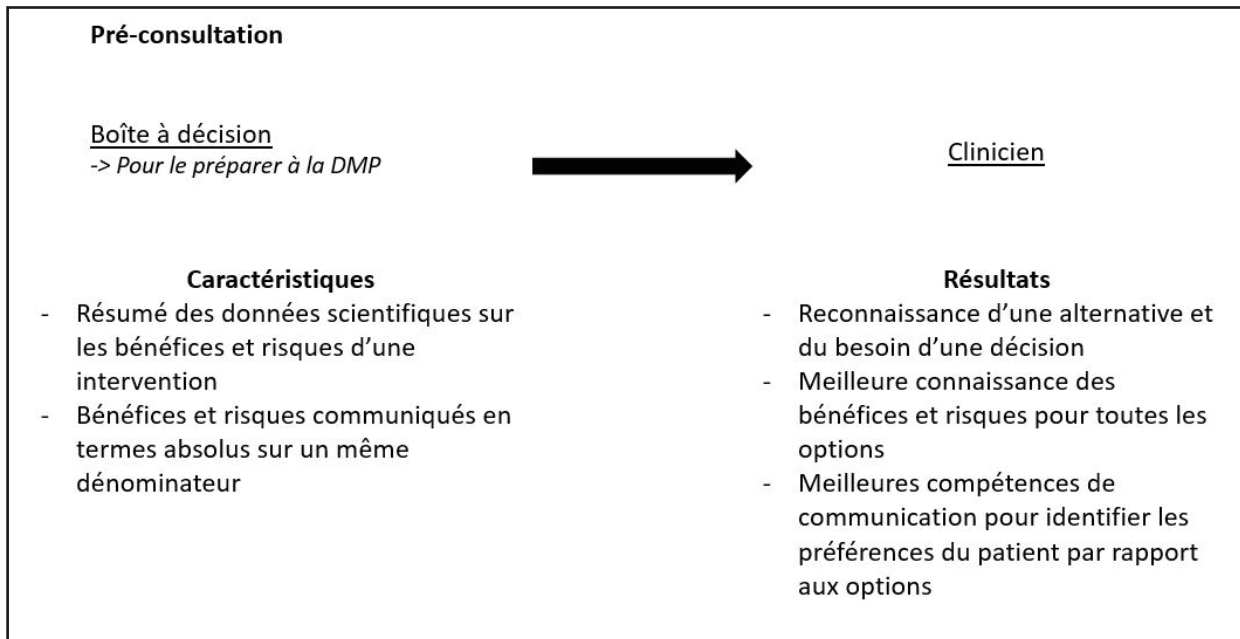
Giguere *et al.* (47) ont mis au point un modèle logique pour présenter cette flexibilité des boîtes à décision, en lien avec différents éléments de la prise de décision partagée. Dans l'étape précédant la consultation (cf. figure 4), le médecin va pouvoir s'informer au mieux des tenants et aboutissants de l'option présentée dans l'outil, prendre conscience de l'importance d'une décision dans un cas où il n'y a pas de « bonne » solution et améliorer sa communication avec le patient en identifiant les éléments importants.

---

[10] Des boîtes à décision sont disponibles en français sur le site de l'Université de Laval : <http://www.boitedecision.ulaval.ca/index.php?id=810&L=0>. Un tutoriel pour réaliser une boîte à décision est également disponible sur le site : <http://www.decisionbox.ulaval.ca/index.php?id=823&L=0>.



Figure 4 : Modèle logique de l'utilisation de la boîte de décision pour le clinicien et le patient.  
Phase Pré-consultation



Source 7: Adapté de Giguere et al. (2014) (28)

Au moment de la consultation (cf. figure 5), dans une perspective de décision partagée, cet outil permettra une transmission plus claire des informations par une présentation simplifiée. Il reste important de rester attentif aux valeurs et préférences du patient au cours de cette discussion. Les auteurs utilisent entre autres et pour ce faire, le test SURE© présenté précédemment.



**Le troisième outil** est quant à lui assez générique. Il s'agit du **Guide personnel d'aide à la décision d'Ottawa**<sup>[11]</sup>. L'**annexe 6** présente cet outil.

Cet outil permet à la personne d'identifier une décision difficile à prendre (en matière de santé ou pas – il est donc plus général), d'en planifier les étapes et d'en suivre l'évolution. Cette aide s'organise autour de quatre étapes :

1. Clarifier sa décision : Quelle est la décision à prendre et pourquoi ?
2. Explorer les options :
3. Hiérarchiser les options en fonction des bénéfices-risques et de leur valeur pour le patient
4. Identifier les personnes impliquées dans le choix et une pression possible
5. Clarifier le rôle que le patient voudrait avoir dans la prise de décision et déterminer les personnes ressources
6. Identifier ses besoins en vue de prendre une décision : Est-ce que le patient ressent un besoin d'aide complémentaire pour prendre la décision en fonction de ses connaissances, ses valeurs, son soutien et sa certitude (test SURE©)
7. Planifier les prochaines étapes selon ses besoins : dresser la liste des questions à poser, des personnes à rencontrer, des options à discuter, etc.

Le guide personnel vise à améliorer la qualité de la décision prise en s'assurant que le patient puisse tenir compte des tenants et aboutissants de la décision (56).

## Formations

Troisièmement, on observe une augmentation de l'intérêt, notamment par leur évolution, pour les formations à la DMP. On retrouve à la fois des formations pour les médecins (2,3,49,52,54,55,59) et pour les patients (46,49,54). Une étude internationale sur les pratiques de formations met également en évidence cette augmentation des formations à la DMP. Cette recherche décrit une large variété d'applications en DMP (participants, niveaux de soins, pathologies) et dans des contextes divers, une participation croissante des patients à la formation (à la fois en tant que cibles et comme formateurs), une récente prise en compte de la pluridisciplinarité. Les auteurs soulèvent cependant qu'il est difficile de déterminer l'efficacité de ces formations à cause du manque d'évaluation. (2)

Les apprentissages ciblés dans ces formations sont très variés :

- Concepts et processus de la DMP (3,49,52,55,59)
- Compétences nécessaires à la pratique de la DMP (3,59)
- Compétences plus spécifiques de communication générale (46,49,52,54), de communication des risques (52,56), d'entretien motivationnel (52)
- Utilisation d'aides à la décision (49,54,55)

[11] Notez qu'il existe également un guide familial d'aide à la décision par les mêmes auteurs, disponible en ligne sur <https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/GPDOx2.pdf>.

De la même manière, les techniques utilisées pour ces formations sont également très diverses :

- Enseignement ex cathedra (49,52,55,59)
- Coaching (46,54)
- Discussions de groupe (3,46,59)
- Jeux de rôles (3,49,55,59)
- Feedback des formateurs, des collègues, des patients (55,59)
- Vidéos, diaporamas, brochures, etc. (3,46,49,54,59)

Enfin, de manière globale, il ressort un certain attrait pour ces formations. De nombreux médecins soulignent l'importance de la DMP par l'apprentissage de compétences concrètes comme la communication et l'usage d'aides à la décision, mais aussi de connaissances concernant les tenants et aboutissants de la DMP (43,46,47,51,59).

## CE QU'IL FAUT RETENIR

Il est rappelé que le rôle des médecins généralistes dépasse le champ curatif. Ils ont également un rôle à jouer en termes de prévention et de promotion de la santé. La DMP se rapporte à un **champ d'application** très large : prévention, soins primaires, suivi, etc. Elle est particulièrement pertinente dans un contexte d'*equipoise* c'est-à-dire une situation où le problème de santé d'un patient peut être soigné de plusieurs façons différentes.

Nous avons relevé 3 différentes pratiques susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la DMP : des outils d'aide à la décision, des compétences et des formations.

Les **aides à la décision** avaient de commun qu'il s'agissait d'outils visant à explorer les options se présentant au patient. Ces outils sont soit destinés directement au patient et sont alors utilisés et lus avec le professionnel de la santé, soit destinés au médecin en amont pour l'aider à se préparer à présenter les options au patient. Dans tous les cas, ces outils se veulent clairs, synthétiques et adaptables. Certains outils peuvent être utilisés tels quels mais l'idée étant aussi que le médecin puisse personnaliser l'outil selon les caractéristiques de son patient. Outre l'outil, il est important de rappeler à quel point le contexte (environnement, relation, etc.) dans lequel sont utilisés ces outils et un temps de familiarisation et d'apprentissage sont gages d'efficacité.

Parmi les éléments relevés dans les pages précédentes, nous retiendrons particulièrement les **compétences** identifiées par Towle *et al.* (Cf. tableau 2, p.25). Ils relèvent par exemple l'importance pour le médecin de pouvoir juger et questionner le rôle que le patient a envie de prendre dans le processus décisionnel ou encore de pouvoir présenter les preuves pour aider le patient à faire un choix éclairé sans influencer son choix mais en prenant en compte ses préférences et sa réalité de choix à faire. La communication des risques est également une compétence favorisant la DMP. Toujours selon ces auteurs, les patients doivent aussi pouvoir définir la relation patient-médecin attendue ou encore communiquer avec le médecin pour partager des informations pertinentes, claires et au moment opportun.

Le rôle des **formations** pour l'apprentissage de compétences concrètes est souvent mis en avant dans les articles. Précisons qu'il peut s'agir de formations pour les médecins comme pour les patients.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

« Comment pratiquer la DMP en médecine générale ? » : tel aurait pu être le titre de ce travail. Hélas, force est de constater que ce n'est pas si simple. Il serait erroné de croire qu'il existe une recette toute faite pour partager la décision médicale entre un patient et un médecin généraliste.

Tant de facteurs doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit de peser, à plusieurs, les pour et les contres d'une décision médicale. D'autant plus que la mise en place de la DMP ne dépend pas uniquement du médecin ou de son patient mais doit trouver dans l'environnement organisationnel plus large les conditions nécessaires à son développement.

Bien que ce travail ne soit pas exhaustif, notamment, en matière d'outils d'aide à la décision, il est clairement ressorti de nos recherches que le processus délibératif (échanger l'information, en faire un examen critique et arriver à une entente) qui sous-tend la DMP était encore peu étudié. Or, c'est une meilleure compréhension de ce processus qui permettra de développer des pratiques susceptibles d'aider les professionnels à pratiquer la DMP.

Nous avons présenté quelques outils d'aide à la décision et souligné l'importance des formations mais nous remarquons que ce sont également des sujets encore peu documentés dans la littérature scientifique et grise. Pourtant, de nombreux projets pilotes voient le jour un peu partout et des mouvements émergent ; le plus connu étant probablement le mouvement très répandu au Canada du patient partenaire ou *Montreal Model*.<sup>[12]</sup>

Parmi les perspectives futures que l'on peut dégager du travail, nous voudrions relever les prémisses d'éventuelles questions de recherche qui nous semblent pertinentes : Quelle décision est partagée ou à partager ? À partir de quand la décision est-elle « vraiment » partagée ? L'asymétrie d'information a-t-elle (peut-elle) totalement disparu (disparaître) de l'équation médecin-patient grâce à la DMP ? Quelles sont les sources de motivation et d'intérêt justifiant la mise en place de la DMP par le médecin généraliste ? À quel moment dans l'histoire patient médecin est-il possible de partager la décision ?

---

[12] Pour plus d'informations quant à ce modèle : Pomey Marie-Pascale, Flora Luigi, Karazivan Philippe et al., « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », Santé Publique, 2015/HS (S1), p. 41-50. DOI : 10.3917/spub.150.0041. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>



## BIBLIOGRAPHIE

1. Hauser K., Koerfer A., Kuhr K., *et al.* « Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making » *Dtsch Arztebl Int.* 2015 ; 112(40) : 665-71.
2. Diouf N.T., Menear M., Robitaille H., *et al.* « Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan » *Patient Educ Couns.* 2016 ; 99(11) : 1753-8.
3. Bieber C., Nicolai J., Hartmann M., *et al.* « Training physicians in shared decision-making—Who can be reached and what is achieved ? » *Patient Educ Couns.* 2009 ; 77(1) : 48-54.
4. Moumjid N., Carretier J., Marsico G., *et al.* « Moving towards shared decision making in the physician-patient encounter in France: State of the art and future prospects. » *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* 2017 ; 123(Supplement C) : 41-5.
5. World Family doctors. Caring for people (WONCA Europe). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 ; Consulté le 14/11/17: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
6. Murray E., Charles C., Gafni A. « Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice » *Patient Educ Couns.* 2006 ; 62(2) : 205-11.
7. Barratt A. « Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care » *Patient Educ Couns.* 2008 ; 73(3) : 407-12.
8. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., *et al.* « Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence » *BMJ.* 1996 ; 312(7023) : 71-2.
9. Siminoff L.A. « Incorporating patient and family preferences into evidence-based medicine » *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013 ; 13(Suppl 3) : S6.
10. Haute Autorité de Santé. « Etat des lieux - Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » » 2013. Consulté le 14/11/17 sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
11. Blanc X., Collet T-H., Auer R., *et al.* « Publication trends of shared decision making in 15 high impact medical journals: a full-text review with bibliometric analysis » *BMC Med Inform Decis Mak.* 2014 ; 14 : 71.
12. Elwyn G., Frosch D., Thomson R., *et al.* « Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice ». *J Gen Intern Med.* 2012 ; 27(10) : 1361-7.



13. Hoffmann T.C., Montori V.M., Mar C.D. « The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making ». *JAMA*. 2014 ; 312(13) : 1295-6.
14. Robinson J.H., Callister L.C., Berry J.A., *et al.* « Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes » *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2008 ; 20(12) : 600-607.
15. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève; 1986.
16. Chewing B., Bylund C., Shah B., *et al.* « Patient preferences for shared decisions: A systematic review ». *Patient Educ Couns*. 2012 ; 86(1) : 9-18.
17. Shay L.A., Lafata J.E. « Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes ». *Med Decis Mak Int J Soc*. 2015 ; 35(1) : 114-31.
18. Aujoulat I., Deccache A. « L'empowerment des patients atteints de maladie chronique: des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire ». UCL; 2007.
19. van der Weijden T., Légaré F., Boivin A., *et al.* « How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol ». *Implementation Sci IS*. 2010 ; 5 : 10.
20. Street R.L., Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M. « How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes ». *Patient Educ Couns*. 2009 ; 74(3) : 295-301.
21. Hurst S. « Protéger les personnes vulnérables : une exigence éthique à clarifier ». *Revue Médicale Suisse*. 2013 ; 9 : 1054-1057. Consulté le 14/11/17 sur <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-386/Proteger-les-personnes-vulnerables-une-exigence-ethique-a-clarifier>
22. Durand M-A., Carpenter L., Dolan H., *et al.* « Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review and Meta-Analysis ». Malaga G, éditeur. PLoS ONE. 2014 ; 9(4) : e94670.
23. Joseph-Williams N., Elwyn G., Edwards A. « Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making ». *Patient Educ Couns*. 2014 ; 94(3) : 291-309.
24. DeMeester R.H., Lopez F.Y., Moore J.E., *et al.* « A Model of Organizational Context and Shared Decision Making: Application to LGBT Racial and Ethnic Minority Patients ». *J Gen Intern Med*. 2016 ; 31(6) : 651-62.
25. Peek M.E., Odoms-Young A., Quinn M.T., *et al.* « Racism in healthcare: Its relationship to shared decision-making and health disparities: A response to Bradby ». *Soc Sci Med*. 2010 ; 71(1) : 13-7.

26. Peek M.E., Tang H., Cargill A., Chin M.H. « Are There Racial Differences in Patients' Shared Decision-Making Preferences and Behaviors among Patients with Diabetes? » *Med Decis Making*. 2011 ; 31(3) : 422-31.
27. Cooper-Patrick L., Gallo J.J., Gonzales J.J., *et al.* « Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship ». *JAMA*. 1999 ; 282(6) : 583-9.
28. Ratanawongsa N., Zikmund-Fisher B.J., Couper M.P., *et al.* « Race, Ethnicity, and Shared Decision Making for Hyperlipidemia and Hypertension Treatment: The DECISIONS Survey ». *Med Decis Making*. 2010 ; 30 (5-suppl) : 65-76.
29. Heisler M., Bouknight R.R., Hayward R.A., *et al.* « The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management ». *J Gen Intern Med*. 2002 ; 17(4) : 243-52.
30. Légaré F., Ratté S., Gravel K., Graham I.D. « Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions ». *Patient Educ Couns*. 2008 ; 73(3) : 526-35.
31. Pollard S., Bansback N., Bryan S. « Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review ». *Patient Educ Couns*. 2015 ; 98(9) : 1046-57.
32. Green A.R., Carney D.R., Pallin D.J., *et al.* « Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients ». *J Gen Intern Med*. 2007 ; 22(9) : 1231-8.
33. Cooper L.A., Roter D.L., Carson K.A., *et al.* « The Associations of Clinicians' Implicit Attitudes About Race With Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care ». *Am J Public Health*. 2012 ; 102(5) : 979-87.
34. Burgess D.J., Fu S.S., Ryn M. « Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? » *J Gen Intern Med*. 2004 ; 19(11) : 1154-9.
35. Dovidio J.F., Penner L.A., Albrecht T.L., *et al.* « Disparities and distrust: The implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. » *Soc Sci Med*. 2008 ; 67(3) : 478-86.
36. Abreu J.M. « Conscious and nonconscious African American stereotypes: Impact on first impression and diagnostic ratings by therapists ». *J Consult Clin Psychol*. 1999 ; 67(3) : 387-93.
37. Sabin J.A., Rivara F.P., Greenwald A.G. « Physician Implicit Attitudes and Stereotypes About Race and Quality of Medical Care ». *Med Care*. 2008 ; 46(7) : 678-85.
38. Moskowitz G.B., Stone J., Childs A. « Implicit Stereotyping and Medical Decisions: Unconscious Stereotype Activation in Practitioners' Thoughts About African Americans ». *Am J Public Health*. 2012 ; 102(5) : 996-1001.

39. Peek M.E., Wilson S.C., Gorawara-Bhat R., *et al.* « Barriers and Facilitators to Shared Decision-making Among African-Americans with Diabetes ». *J Gen Intern Med.* 2009 ; 24(10) : 1135-9.
40. Seo J., Goodman M.S., Politi M., *et al.* « Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients ». *Med Decis Making.* 2016 ; 36(4) : 550-6.
41. Roter DL. « Communication Patterns of Primary Care Physicians ». *JAMA J Am Med Assoc.* 1997 ; 277(4) : 350.
42. Johnson R.L., Roter D., Powe N.R., Cooper L.A. « Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits ». *Am J Public Health.* 2004 ; 94(12) : 2084-90.
43. Tsulukidze M., Grande S.W., Gionfriddo M.R. « Assessing Option Grid® practicability and feasibility for facilitating shared decision making: An exploratory study ». *Patient Educ Couns.* 2015 ; 98(7) : 871-7.
44. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. « Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices ». *Br J Gen Pract.* 2000 ; 50(460) : 892-9.
45. OMS | Maladies chroniques [Internet]. Consulté le 14/11/17 sur [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
46. D'Agostino T.A., Atkinson T.M., Latella L.E., *et al.* « Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review ». *Patient Educ Couns.* 2017 ; 100(7) : 1247-57.
47. Giguere A.M., Labrecque M., Haynes R.B., *et al.* « Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study ». *Implement Sci IS* ; 2014 ; 9 : 144.
48. Barry M.J. « Health Decision Aids To Facilitate Shared Decision Making in Office Practice ». *Ann Intern Med.* 2002 ; 136(2) : 127.
49. Holmes-Rovner M., Kelly-Blake K., Dwamena F., *et al.* « Shared Decision Making Guidance Reminders in Practice (SDM-GRIP) ». *Patient Educ Couns.* 2011 ; 85(2) : 219-24.
50. Tiedje K., Shippee N.D., Johnson A.M., *et al.* « 'They leave at least believing they had a part in the discussion': Understanding decision aid use and patient-clinician decision-making through qualitative research ». *Patient Educ Couns.* 2013 ; 93(1) : 86-94.
51. Hirsch O., Keller H., Kronen T., Donner-Banzhoff N. « Arriba-lib: association of an evidence-based electronic library of decision aids with communication and decision-making in patients and primary care physicians ». *Int J Evid Based Healthc.* 2012 ; 10(1) : 68-76.
52. Tinsel I., Buchholz A., Vach W., *et al.* « Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial ». *BMC Fam Pract.* 2013 ; 14 : 135.

53. Osunlana A.M., Asselin J., Anderson R., *et al.* « 5As Team obesity intervention in primary care: development and evaluation of shared decision-making weight management tools ». *Clin Obes.* 2015 ; 5(4) : 219-25.
54. Dillon E.C., Stults C.D., Wilson C., *et al.* « An evaluation of two interventions to enhance patient-physician communication using the observer OPTION measure of shared decision making ». *Patient Educ Couns.* 2017; 100(10) : 1910-1917.
55. Sanders A.R.J., Bensing J.M., Essed MALU, *et al.* « Does training general practitioners result in more shared decision making during consultations? » *Patient Educ Couns.* 2017 ; 100(3) : 563-74.
56. Blanc J-B. « Comment pratiquer la prise de décision partagée en médecine générale ? » [Mémoire]. [Rennes]: UNIVERSITÉ DE RENNES 1; 2015.
57. Coxeter P., Del Mar C.B., McGregor L., *et al.* « Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care ». *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015 : issue 11: Art. No.: CD010907.
58. Ford S., Schofield T., Hope T. « What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? : A qualitative study ». *Soc Sci Med.* 2003 ; 56(3) : 589-602.
59. Towle A., Godolphin W., Grams G., LaMarre A. « Putting informed and shared decision making into practice ». *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* 2006 ; 9(4) : 321-32.
60. Elwyn G., Lloyd A., Joseph-Williams N., *et al.* « Option Grids: Shared decision making made easier ». *Patient Educ Couns.* 2013 ; 90(2) : 207-12.
61. Thistlethwaite J., Evans R., Tie R.N., Heal C. « Shared decision making and decision aids - a literature review ». *Aust Fam Physician.* 2006 ; 35(7) : 537-40.
62. Towle A., Greenhalgh T., Gambrill J., Godolphin W. « Framework for teaching and learning informed shared decision makingCommentary : Competencies for informed shared decision makingCommentary: Proposals based on too many assumptions ». *BMJ.* 1999 ; 319(7212) : 766-71.
63. Légaré F., Kearing S., Clay K., *et al.* « Are you SURE ? ». *Can Fam Physician.* 2010 ; 56(8) : e308-14.
64. Barnett E.R., Boucher E.A., Daviss W.B., Elwyn G. « Supporting Shared Decision-making for Children's Complex Behavioral Problems : Development and User Testing of an Option Grid™ Decision Aid ». *Community Ment Health J.* 2017.



## ANNEXES

**Annexe 1** Caractéristiques de la médecine générale et compétences essentielles du médecin généraliste

**Annexe 2** Facteurs influençant la capacité à participer à la décision médicale partagée, selon le point de vue du patient.

**Annexe 3** Facteurs et mécanismes organisationnels permettant la mise en place de la DMP entre le médecin et son patient.

**Annexe 4** Option Grid© sur les options de traitement dans le cas de problèmes comportementaux complexes chez l'enfant

**Annexe 5** Boîte à décision pour préparer le médecin à discuter avec le patient du dépistage du cancer colorectal

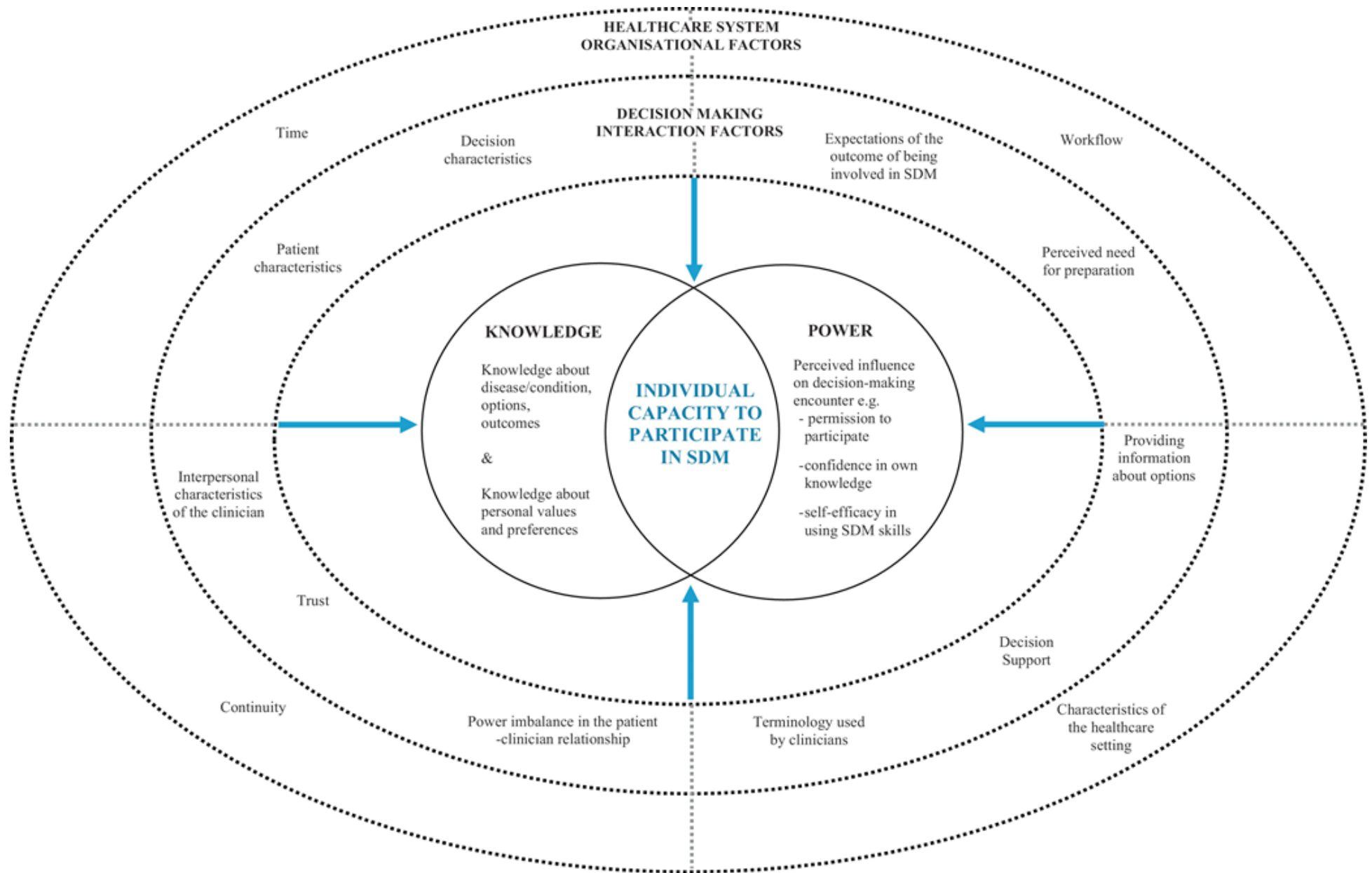
**Annexe 6** Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

*Annexe 1 : Caractéristiques de la médecine générale et compétences essentielles du médecin généraliste*

CARACTÉRISTIQUES	COMPÉTENCES
Elle est le premier contact de la personne avec les soins de santé et propose un accès à tous pour tous les problèmes de santé	⇒ La gestion des soins de santé primaires
Elle a un rôle de coordination des soins et de défenseur du patient	
Elle adopte une approche centrée sur la personne et son contexte	⇒ Les soins centrés sur la personne
Favorise l' <i>empowerment</i> du patient	
Elle vise la construction d'une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée	
Elle assure une continuité des soins	
Elle base ses décisions sur la prévalence et l'incidence des maladies	⇒ L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
Elle gère des problèmes de santé aigus et chroniques simultanément	
Elle intervient à des stades précoces et indifférenciés du développement de la maladie	⇒ L'approche globale
Elle encourage la promotion et l'éducation pour la santé par des interventions appropriées et efficaces	
Elle a une responsabilité en santé publique dans la communauté	⇒ L'orientation communautaire
Elle s'attèle à des problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.	⇒ L'adoption d'un modèle holistique

*Source 10 : Adapté de WONCA 2011*

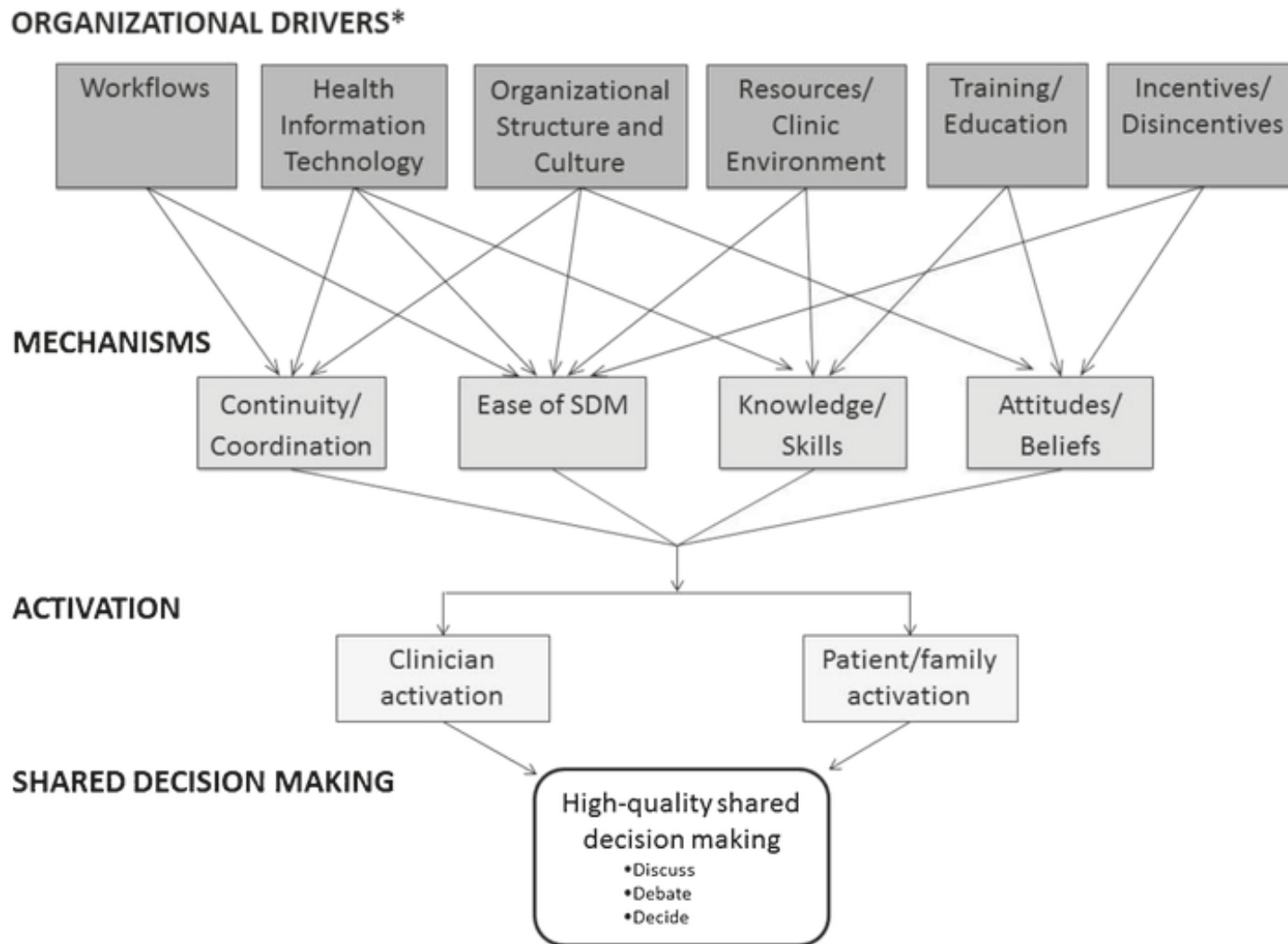
Annexe 2 : Facteurs influençant la capacité à participer à la décision médicale partagée, selon le point de vue du patient



Source 11 : Joseph-Williams et al. (2014)



Annexe 3 : Facteurs et mécanismes organisationnels permettant la mise en place de la DMP entre le médecin et son patient



\*Arrows depict how organizational drivers work through mechanisms to inspire patient and clinician activation (intermediate outcome) and ultimately high-quality shared decision making (outcome).

*Annexe 4 : Option Grid© sur les options de traitement dans le cas de problèmes comportementaux complexes chez l'enfant*

**Complex behavior problems in children and youth: treatment options**

Use this decision aid to help you and your healthcare professional talk about how to treat complex behavior problems in youth ages 5 to 18. These problems include being unable to control anger, aggression, or hyperactivity, and may be related to the following diagnoses: oppositional defiant disorder, disruptive behavioral disorder, disruptive mood dysregulation disorder, post-traumatic stress disorder (PTSD), attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), or depression.

It is best to use other treatments like behavioral therapy before trying medication. Not all medications listed have Food and Drug Administration (FDA) approval, so please check with your healthcare professional.

Frequently Asked Questions ↓	Behavioral therapy	Stimulant medication	Non-stimulant ADHD medication	Antidepressant medication	Atypical antipsychotic medication
<b>What does this treatment involve?</b>	Weekly, 1-hour visits for up to 6 months. Parents learn positive ways to manage child's behaviors.	30 to 90 minute evaluation and monthly visits. Child usually takes medication for 1 year.	30 to 90 minute evaluation and monthly visits. Child usually takes medication for 1 year.	30 to 90 minute evaluation and monthly visits. Child usually takes medication for 1 year.	30 to 90 minute evaluation and monthly visits. Child usually takes medication for 1 year. This medication is only used for extreme aggression.
<b>What options might be offered?</b>	Parent Child Interaction Therapy, Positive Parenting Program, Incredible Years, and others	Methylphenidate (Concerta, Ritalin) and amphetamines (Adderall)	Alpha-agonists, such as clonidine (Catapres) and guanfacine (Intuniv), and non-stimulant atomoxetine (Strattera)	Fluoxetine (Prozac), sertraline (Zoloft), escitalopram (Lexapro), and venlafaxine (Effexor)	Risperidone (Risperdal), quetiapine (Seroquel), and aripiprazole (Abilify)
<b>How well does this treatment work?</b>	About 60 out of every 100 children (60%) have fewer behavior problems in a few months.	Up to 90 out of every 100 children (90%) are less hyperactive and impulsive in a week or less.	Up to 80 out of every 100 children (80%) are less hyperactive, impulsive, and aggressive in a few weeks.	About 60 out of every 100 children (60%) are less moody and sad in a few weeks.	About 80 out of every 100 children (80%) are less moody and have fewer behavior problems in a few weeks.

<p><b>What are some problems with this treatment?</b></p>	<p>Behavior change may take a few months.</p> <p>Behavioral therapies may not be available in all areas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25 out of every 100 children (25%) are less hungry and have sleep problems.</li> <li>- 6 out of every 100 children (6%) have a higher heart rate.</li> <li>- 3 out of every 100 children (3%) have higher blood pressure.</li> <li>- Very rarely, children have heart problems that can cause death (3 out of every 100,000 children, 0.003%). Children should be screened for heart problems before being given medication.</li> </ul> <p>Long-term effects and side effects are not known.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alpha-agonists:</b> 30 out of every 100 children (30%) feel sleepy. 40 out of every 100 children (40%) feel dizzy.</li> <li>- <b>Atomoxetine (Strattera):</b> 15 out of every 100 children (15%) have problems falling asleep. 10 out of every 100 children (10%) have higher blood pressure. 10 out of every 100 children (10%) feel sleepy. Rarely, children think about self-harm or suicide (about 4 out of every 1,000 children, 0.4%) . Very rarely, serious liver problems occur.</li> </ul> <p>Long-term effects and side effects are not known.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 out of every 100 children (10%) have sleep problems, feel drowsy, or have trouble waking. - 4 out of every 100 children (4%) gain weight.</li> <li>- 4 out of every 100 children (4%) think about self-harm or suicide.</li> </ul> <p>Long-term effects and side effects are not known.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Most children gain weight, usually between 8 and 32 pounds per year.</li> <li>- 60 out of every 100 children (60%) feel sleepy.</li> <li>- 30 out of every 100 children (30%) have abnormal movements.</li> <li>- 20 out of every 100 children (20%) have higher cholesterol. - 3 out of every 100 children (3%) have higher blood sugar levels. - <b>Risperidone (Risperdal):</b> 40 out of every 100 children (40%) have higher levels of the hormone prolactin.</li> </ul> <p>Long-term effects and side effects are not known.</p>
---	--	---	--	---	---

**Editors:** Erin Barnett (Lead Editor), Elizabeth Boucher, William Daviss, Stacey Carloni, Maureen Kaplan, Scott Kessler, Emily Marsh, Manish Mishra, Glyn Elwyn Editors have declared no conflicts of interest.

**Publication date:** 2016-11-01 **Expiry date:** 2018-11-01 **ISBN:** 978-1-941487-21-1

This Option Grid™ decision aid does not constitute medical advice, diagnosis, or treatment. See [Terms of Use](#) and [Privacy Policy](#) at [www.optiongrid.org](http://www.optiongrid.org).

Source : <http://optiongrid.org/option-grids/grid-landing/66>

Annexe 5 : Boîte à décision pour préparer le médecin à discuter avec le patient du dépistage du cancer colorectal

Decision Box  
designed for  
**CLINICIANS**



[www.decisionbox.ulaval.ca](http://www.decisionbox.ulaval.ca)

The fecal occult blood test (FOBT) to screen for colorectal cancer

Probabilities of benefits and harms

Patient's values and preferences



This document prepares the clinician to discuss scientific data with the patient so they can make an informed decision together.

### Presenting the fecal occult blood test to patients

#### What is this test for?

▶ The **fecal occult blood test** estimates the risk of having colorectal cancer. If the test is positive, the physician usually offers a diagnostic test, such as colonoscopy, to verify that the individual has colorectal cancer.

#### How is the test performed?

▶ Stool samples are tested for the presence of occult blood every one to two years.

#### Who might consider being tested?

- ▶ Individuals at **average risk** for colorectal cancer, that is:
  - individuals **between 50 -75 years** of age.
  - Individuals **younger than 50** with first degree relatives who developed cancer before 50 years old, or with multiple affected first-degree relatives.

▶ **This test does not apply** to individuals at **greater than average risk** for colorectal cancer who should follow guidelines specific to their personal and family histories. Risk factors that put an individual at greater than average risk for colorectal cancer are: **inflammatory bowel disease** and certain inherited syndromes (**Lynch syndrome/hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC), Familial polyposis syndromes**)

#### Why do patient preferences matter when making this decision?

▶ There are pros and cons to this screening test:

⚖️ **PROS:** For each 1000 individuals screened every one or two years during 13 years, **1** death from colorectal cancer is prevented, but no death from all cause is prevented.<sup>2</sup>

**CONS:** Screening can be **inaccurate** and **cause harms**. For each 1000 individuals screened, **3** test negative with the FOBT but they will actually have a cancer, and **20** test positive but do not have colorectal cancer. Those who test positive will undergo **colonoscopy** to verify if they have colorectal cancer, and this can have **serious but uncommon side effects**.<sup>3</sup>

▶ **Both doing and not doing the test are acceptable options, so we propose that:**

- ① the clinician **shares this information** with the patient
- ② the decision takes into account the **patient's values and preferences**

#### ← Questions to identify the patient's decision making needs:

- ▶ Do you have any questions about the benefits and harms of each option?
- ▶ Which benefits and harms matter most to you?
- ▶ Do you feel sure about the best choice for you?
- ▶ Who will support and advise you in making a choice?



## State of knowledge - April 2013 Selection of the best available studies

### Benefits of screening

#### 1 Increased survival

- ▶ For each 1000 individuals screened every one or two years during 13 years, **1 death (0.1%)** from colorectal cancer is **prevented**.<sup>2</sup>
- ▶ **No death from all causes** is prevented by screening.<sup>2</sup>

#### 2 Reassurance

For each 1000 individuals screened, **974 (97.4%)** are identified as being at **low risk** of having colorectal cancer.<sup>3</sup> These individuals are **reassured**.

### Harms of screening

#### 3 False reassurance

Of the 974 individuals identified as low risk, **3** will actually have colorectal cancer.<sup>3</sup> These individuals were **falsely reassured**.

#### 4 False alarm

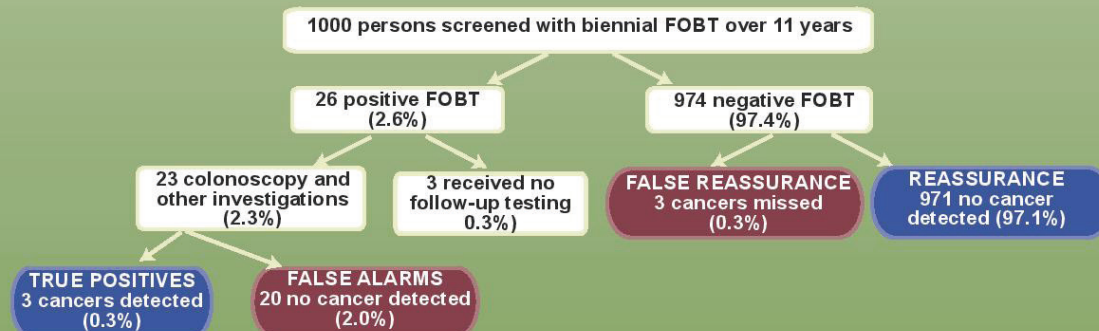
For each 1000 individuals screened every one or two years during 11 years, **26 receive a positive screening result**.<sup>3</sup>

**23** of these 26 individuals (**90%**) will undergo **further diagnostic testing** (colonoscopy and/or double contrast barium enema) and **20** will be found **not** to have colorectal cancer.

Diagnostic tests can cause **complications**:<sup>3</sup>

- ▶ **Less than 1%** will experience **bleeding** or a **perforation of the bowel**.

### Fecal occult blood test performance<sup>3</sup>



➔ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)

### How much confidence can we have in these results?

Survival (#1): **High** Data are based on a systematic review of 4 randomized controlled trials that shows consistent results across trials.<sup>2</sup>

Reassurance and False Alarms (#2-4): **Moderate** Data are based on results from the best available study that used a more accurate test (non-rehydrated samples) and followed-up all participants who originally met the inclusion criteria.<sup>3</sup> Results are consistent across trials but are imprecise (large confidence intervals) likely because of the different methods to analyse samples (rehydration or non-rehydration of Haemoccult slides).<sup>2</sup>

### Study descriptions and references:

1. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008, 149(9), 627-37.
2. Hewitson et al. Cochrane Database Syst Rev 2007(1), CD001216.  
Study design: Systematic review of 4 randomized controlled trials comparing screening for colorectal cancer using FOBT every 1-2 years to no screening. Participants: 327,043 participants from the US, UK, Denmark and Sweden, between 45-75 years old. Length of follow up: 8-18 years, screened at least annually.
3. Scholefield et al. Gut 2002, 50(6), 840-4.  
Study Design: Randomized controlled trial comparing individuals invited to FOBT screening every two years with individuals not invited to be screened. Participants: 152,850 individuals (48% men and 52% women) between the ages of 45-75. Length of follow-up: 11 years. Follow up to positive FOBT: colonoscopy and/or double contrast barium enema.

© Université Laval, 2013 all rights reserved

## Annexe 6 : Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

### Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

Pour les personnes faisant face à une décision à prendre en matière de santé ou d'ordre social



#### 1 Clarifiez la décision à prendre.

Quelle décision devez-vous prendre?

Pour quelles raisons devez-vous prendre cette décision?

Quand devez-vous faire ce choix?

Où en êtes-vous avec vos réflexions sur ce choix?

Pas encore réfléchi aux options

Sur le point de choisir

Réflexion en cours

Le choix est déjà fait

#### 2 Explorez vos options.



##### Connaissances

Indiquez les options et les bénéfices et risques que vous connaissez.



##### Valeurs

Utilisez des étoiles (★) pour indiquer l'importance que vous accordez à chaque bénéfice et risque.



##### Certitude

Sélectionnez l'option qui correspond aux bénéfices qui sont les plus importants pour vous. Évitez les options qui correspondent aux risques les plus importants pour vous.

	Raisons de choisir cette option Bénéfices / Avantages / Pour	Importance 0★ Pas du tout 5★ Énormément	Raisons d'éviter cette option Risques / Désavantages / Contre	Importance 0★ Pas du tout 5★ Énormément
Option #1				
Option #2				
Option #3				

Quelle option préférez-vous?

Option #1

Option #2

Option #3

Incertain(e)



##### Soutien

Quelle autres(s) personne(s) est(sont) impliquée(s)?

Quelle option préfère-t-il(s)/elle(s)?

Ressentez-vous une pression de leur part?

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Comment peuvent-il(s)/elle(s) vous soutenir pour prendre cette décision?

Quel rôle préférez-vous assumer pour prendre cette décision?





Partager cette décision avec...

Prendre cette décision moi-même après avoir considéré les opinions de...

Laisser quelqu'un d'autre prendre la décision...





### 3 Identifiez vos besoins concernant la décision à prendre.

Adapté de The SURE Test © 2008 O'Connor & Légaré.

	<b>Connaissances</b>	Est-ce que vous connaissez les bénéfices et risques de chaque option?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<b>Valeurs</b>	Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour vous à l'égard des bénéfices et risques?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<b>Soutien</b>	Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<b>Certitude</b>	Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous répondez « Non » à une question, vous pouvez revoir les étapes deux et quatre, en réfléchissant à nouveau à vos besoins. Les personnes qui répondent « Non » à une ou plusieurs questions ont tendance à reporter leur décision à plus tard, à changer d'avis, à éprouver du regret vis-à-vis de leur choix ou à blâmer les autres si le résultat qui découle de l'option choisie est mauvais.

### 4 Planifiez les prochaines étapes selon vos besoins.

Besoins en matière de prise de décision	✓ Approches suggérées
 <b>Connaissances</b> Si vous pensez ne PAS avoir assez d'information	<input type="checkbox"/> Renseignez-vous sur les options et les probabilités des bénéfices et des risques. <input type="checkbox"/> Dressez une liste de vos questions. <input type="checkbox"/> Notez où vous pouvez trouver les réponses à vos questions (p.ex. bibliothèque, professionnels de la santé, conseillers). <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
 <b>Valeurs</b> Si vous n'êtes PAS certain(e) des bénéfices et des risques qui sont les plus importants pour vous	<input type="checkbox"/> Révisez les étoiles à l'étape deux pour voir ce qui est le plus important pour vous. <input type="checkbox"/> Trouvez des personnes qui ont de l'expérience avec les bénéfices et les risques. <input type="checkbox"/> Parlez à d'autres personnes qui ont pris cette décision. <input type="checkbox"/> Renseignez-vous sur ce qui fut le plus important pour d'autres personnes. <input type="checkbox"/> Discutez avec d'autres personnes de ce qui est le plus important pour vous.
 <b>Soutien</b> Si vous sentez ne PAS avoir assez de soutien  Si vous ressentez une PRESSION de la part des autres concernant un choix spécifique	<input type="checkbox"/> Discutez de vos options avec une personne en qui vous avez confiance (p.ex. un professionnel de la santé, un conseiller, un membre de votre famille, un ami). <input type="checkbox"/> Trouvez de l'aide pour vous soutenir dans votre choix (p.ex. financement, transport, garde d'enfants).  <input type="checkbox"/> Concentrez-vous sur les opinions des personnes les plus importantes pour vous. <input type="checkbox"/> Partagez ce guide avec d'autres personnes. <input type="checkbox"/> Demandez à une autre personne impliquée dans cette décision de remplir ce guide. (Voyez où vous êtes en accord. Si vous n'êtes pas d'accord sur certaines données, obtenez plus d'informations. Si vous n'êtes pas d'accord sur ce qui est le plus important pour vous, considérez l'opinion de l'autre personne. Chacun à votre tour, identifiez ce qui est de plus important pour l'autre.) <input type="checkbox"/> Trouvez une autre personne pour aider tous ceux et celles impliqués dans cette décision.
 <b>Certitude</b> Si vous êtes incertain(s) du meilleur choix pour vous	<input type="checkbox"/> Révisez les étapes deux et quatre, en réfléchissant à nouveau à vos besoins.
Autres facteurs rendant la décision DIFFICILE <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	Énumérez d'autres approches pour faciliter la prise de décision : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>

Source : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/GPDO.pdf>











PUBLICATION DU RESO #03 - NOVEMBRE 2017

## LA DÉCISION PARTAGÉE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Une consultation médicale aboutit régulièrement à une prise de décision. Selon le modèle largement répandu de l'Evidence Based Medicine, une décision médicale se base sur des preuves rigoureuses émanant de la recherche clinique et sur l'expertise du médecin en cohérence avec les préférences et valeurs du patient. Différents modèles de décision médicale existent pour guider les médecins dans cette voie. Le modèle qui nous intéresse dans ce dossier est celui de la « décision médicale partagée ».

A travers des recherches bibliographiques dans les bases de données scientifiques et grises, nous nous sommes attelés à répondre à un double objectif. Dans une première partie, nous apportons un éclairage sur ce qu'est la décision médicale partagée (les enjeux, barrières et facilitateurs). Dans une deuxième partie, nous questionnons les pratiques susceptibles d'améliorer la capacité des médecins généralistes à appliquer la décision médicale partagée.

[WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO](http://WWW.UCLOUVAIN.BE/RESO)