



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Éditorial

## Quelle place pour la décision médicale partagée en médecine interne ?

### *What place for shared decision making in internal medicine practice?*

I. Durieu<sup>a,\*,b</sup>, Q. Reynaud<sup>a,b</sup>, N. Moumjid<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine interne, centre Hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite, France

<sup>b</sup> Équipe d'Accueil Health Services and Performance Research (HESPER) 7425, université de Lyon, 69003 Lyon, France

<sup>c</sup> Centre Léon Bérard, 69003 Lyon, France

#### INFO ARTICLE

Mots clés :

Médecine interne  
Décision médicale

#### INFO ARTICLE

Keywords:

Internal medicine  
Decision making

L'évolution sociétale récente permet aux individus d'accéder à une information médicale abondante grâce à une large diffusion et un accès facile à ces données. Ces changements bousculent les modèles traditionnels de la relation médecin malade, et en particulier le modèle paternaliste « historique » du médecin décideur qui, après avoir transféré l'information minimale requise, prend la décision qu'il juge être la plus adaptée pour le patient sur la base de son expérience et de ses connaissances. Cependant, la capacité à accéder à l'information, à la comprendre, à l'évaluer de manière à améliorer sa santé qui définit le niveau de littératie en santé, est très variable entre les patients. Il est globalement faible en France [1] alors que son impact favorable sur la santé est démontré.

Or, la décision médicale met en réalité en jeu deux acteurs : le patient, qui ne connaît généralement pas les options thérapeutiques et leurs résultats, et le clinicien qui ne connaît pas toujours le contexte de vie du patient, ses valeurs et ses préférences. Il faut par conséquent définir les composantes de la décision médicale comme devant prendre en compte l'expérience clinique et la connaissance scientifique transmise par le clinicien et les valeurs, représentations, croyances et préférences exprimées par le patient. C'est bien

la définition des promoteurs de l'Evidence Based Medicine (EBM) ou médecine fondée sur les preuves « La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décision concernant les soins à prodiguer à chaque patient » [2,3] alors que trop souvent dans l'esprit des cliniciens, l'EBM est assimilée aux seules recommandations issues des essais thérapeutiques randomisés, des méta-analyses ou des recommandations d'experts.

La France, malgré un arsenal législatif tout à fait adapté, n'est guère à l'avant-garde sur l'implication des patients dans les décisions médicales et globalement de santé. Les raisons sont sans doute complexes : le modèle de soins français a probablement été plus souvent et plus longtemps un modèle « paternaliste » du médecin décideur. Ensuite, la valorisation et l'enseignement d'une médecine scientifique, réduisant « le malade à sa maladie » et fondée sur une définition incomplète de l'EBM n'incluant que les données de la science et les recommandations d'experts ont laissé peu de place au choix du patient « profane » qui serait associé à une prise de risque. D'autres facteurs, comme le temps souvent trop court consacré à la consultation peuvent être un frein au développement de la prise de décision partagée, bien que la littérature montre que la prise de décision partagée utilisant le support d'outils d'aide à la décision n'augmente pas la durée de la consultation [4]. Les associations de patients (initialement celles engagées dans la lutte contre le VIH et contre le cancer), ont contribué à défendre la participation active du patient aux décisions qui le concernent. Cette demande sociétale a été accompagnée progressivement par le législateur définissant les droits des patients à l'information médicale mais aussi au respect de l'autonomie sans pour autant l'abandonner dans sa décision [5].

Le concept de prise de décision partagée ou « processus partagé de décision » est apparu dans les années 1990 d'abord dans les pays Anglo-saxons [6] sous le terme de « shared decision making » puis en France sous l'influence des travaux de Jean Michel Chabot sur la décision médicale et la relation médecin malade [7] et de Nora Moumjid Ferdjaoui sur la prise en compte de la préférence des patients dans la décision thérapeutique [8]. Ce concept est un processus au cours duquel le médecin et le patient, partagent l'information sur les options de prise en charge incluant les preuves

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [isabelle.durieu@chu-lyon.fr](mailto:isabelle.durieu@chu-lyon.fr) (I. Durieu).

scientifiques et où le patient exprime ses valeurs et préférences en regard de ces différentes options possibles et en prenant en compte son contexte de vie. Après cet échange de connaissances et de préférences bilatérales, ils prennent ensemble sur la base d'un accord commun la décision la plus adaptée. À ce titre le terme de « prise de décision partagée » semble plus juste que celui de « décision médicale partagée » qui peut suggérer que la décision, d'abord prise par le médecin, est ensuite partagée par le malade. C'est d'ailleurs l'interprétation de beaucoup de médecins qui pensent « appliquer de la décision partagée » lorsqu'ils parviennent à rallier le patient à la proposition qui a leur propre préférence.

Ce modèle de la prise de décision partagée est adapté à toutes les situations médicales aiguës (non urgentes) ou chroniques, aux stratégies de diagnostic ou de dépistage, étant donné qu'il existe toujours plusieurs options possibles, à minima faire ou ne pas faire. Grâce à l'impulsion des autorités de santé et de professionnels engagés, des études et des mises en pratique au quotidien se sont développées [9,10].

Il peut avoir toute sa place dans le cas des pathologies chroniques familiales de l'interniste où des choix thérapeutiques complexes ou assez équivalents dans les résultats observés, sont souvent à discuter. Ils peuvent l'être en staff de service ou « réunion de concertation multidisciplinaire », ils peuvent aussi l'être avec le malade lui-même pour autant qu'il dispose des éléments de décision. Chez certains patients toutefois, la perspective d'une participation à la prise de décision est source d'anxiété, ceux-ci préférant déléguer la décision au médecin et cette position doit évidemment être respectée.

Un enjeu principal de la prise de décision partagée est de promouvoir la participation du patient à ses soins et plus globalement à sa santé. En cela, elle est souvent rapprochée des démarches d'éducation thérapeutique qui visent à l'amélioration de la participation des patients à leurs soins par une meilleure connaissance de la pathologie. Or, si l'éducation thérapeutique implique le plus souvent une décision partagée, de nombreuses situations médicales peuvent relever d'une décision partagée sans avoir à recourir ou proposer de démarche d'éducation thérapeutique.

Pour que le professionnel de santé puisse transmettre au patient une information qui lui permette réellement de participer à la décision de santé qui le concerne, il est nécessaire qu'il puisse disposer d'une information scientifique accessible à sa compréhension. La pratique de la prise de décision partagée en consultation, suppose le plus souvent l'utilisation d'outils d'aide à la décision qui n'ont pas vocation à remplacer la consultation, mais à servir de support à la discussion et à l'échange d'information, entre le médecin et le patient ainsi que ses proches. Ces outils présentent de façon claire et explicite les différentes options de prise en charge possible, leurs avantages et leurs contraintes ou inconvénients autant que possible quantifiés. Ils aident le patient à expliciter ses préférences au regard de ses activités, afin d'estimer l'impact de chaque option sur la poursuite de celle-ci, d'exprimer ses inquiétudes, et enfin de clarifier le rôle qu'il souhaite avoir dans la prise de décision finale [10]. Des outils ont été développés pour de nombreuses pathologies de médecine générale, en diabétologie, cancérologie, dans la polyarthrite rhumatoïde... dont beaucoup sont accessibles sur le site de l'Ottawa Health Research Institute (OHRI – decision aids) [11,12] ainsi que sur le site de la Cochrane Library [13]. En France, l'HAS

a récemment publié une fiche méthodologique pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision [14].

De nombreuses études et revue de la littérature ont mesuré l'impact de la prise de décision partagée sur différents paramètres. Les bénéfices observés ont été : une amélioration des connaissances acquises par le patient, un effet positif sur la communication entre professionnel et patient, une diminution de l'anxiété liée aux soins, une réduction des événements indésirables. Les effets sur l'amélioration de l'observance et sur la réduction des coûts sont variables selon les situations cliniques. Certains auteurs ont démontré l'intérêt de la prise de décision partagée dans la réduction d'un recours inapproprié aux soins ou dans la non-pertinence d'une prescription antibiotique [4,15]. L'amélioration de la pertinence des prescriptions, actes et examens étant un des axes de la stratégie nationale de santé 2018–2022, il pourrait être fort utile d'y associer les patients, par la dissémination plus grande d'outils d'aide à la décision.

À l'heure où des informations multiples et de qualité inégale sont accessibles aux malades sur la plupart des pathologies et des traitements, il est indispensable que le médecin prenne lui-même l'initiative de cet échange d'information avec le malade pour un partage de décision concerté sur la base de documents de qualité validés et d'une écoute mutuelle.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Références

- [1] OCDE. L'importance des compétences : nouveaux résultats de l'évaluation des compétences des adultes. In: Études de l'OCDE sur les compétences. Paris: Éditions OCDE; 2016.
- [2] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71–2.
- [3] Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002;324:1350.
- [4] Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD01431.
- [5] Loi n 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). *JORF* du 5 mars 2002 page 4118.
- [6] Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;18:780–2.
- [7] Chabot J-M. Décision médicale partagée. *Rev Prat* 2006;56:1243–4.
- [8] Ferdjaoui N, Carrere MO, Charavel M, Bremond A, Fervers B, Grataudour AC, et al. La prise de décision thérapeutique en cancérologie : développement d'un tableau de décision. *J Economie Med* 1999;17:327–42.
- [9] Special Issue/Schwerpunkt: International Accomplishments in Shared Decision Making German Journal for Evidence and Quality in Healthcare, *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. Edited by Martin Härter, Nora Moumjid, Jacques Cornuz, Glyn Elwyn, Trudy van der Weijden. 2017; 123-124: 1-108.
- [10] HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». HAS; 2013.
- [11] Guide personnel d'aide à la décision pour deux (Ottawa) Stacey, O'connor Jacobson. Canada: Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa; 2015 <https://decisionaid.ohri.ca/francais/docs/gpdo.pdf>.
- [12] Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO). Répertoire de A à Z des outils d'aide à la décision <https://decisionaid.ohri.ca/francais/repertoire.html>.
- [13] Cochrane Musculoskeletal. Decision Aids <https://musculoskeletal.cochrane.org/decision-aids>.
- [14] HAS. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé. HAS; 2018.
- [15] Stacey D, Légaré F, Lewis KB. Patient decision aids to engage adults in treatment or screening decisions. *JAMA* 2017;15:657–8.