

Décision médicale partagée en pratique clinique: quels obstacles?

CASSIAN MINGUET

Rev Med Suisse 2019; 15: 1997

DU CÔTÉ DES SOIGNANTS

Dans une revue systématique sur la perception par les professionnels de santé des barrières à l'implémentation de la décision médicale partagée (DMP) en pratique clinique, Légaré a montré que les trois obstacles les plus fréquemment rapportés sont les contraintes temporelles, le manque d'applicabilité due aux caractéristiques du patient et la situation clinique.¹ La même auteure a montré qu'un large éventail de préoccupations historiques, culturelles, financières et scientifiques sont à la base de croyances faisant obstacle à l'accroissement de l'application de la DMP. Elle les a présentées sous forme de douze mythes (tableau 1).²

Dans un article de 2016, Fried a indiqué un obstacle particulier à une bonne décision médicale partagée.³ Il part du constat que les médecins ont une tendance naturelle à donner une recommandation forte quand ils ont les données à disposition pour prédire le résultat d'une décision, et à laisser le patient décider si l'incertitude est grande. Cette façon de faire, ajoute-t-il, si elle semble logique est peut-être l'inverse de ce qu'il faudrait faire. En effet, les décisions les plus difficiles sont celles qui doivent être prises sans information claire sur les avantages et les inconvénients des différentes options de traitement et ce sont justement celles-là qui requièrent la plus grande contribution du clinicien. De l'autre côté, les recommandations fortes sont basées

sur des calculs d'évaluation bénéfice/risque qui ne prennent peut-être pas en compte toutes les préoccupations et valeurs du patient.³

DU CÔTÉ DES PATIENTS

Dans une revue systématique des obstacles, Joseph-Williams a montré que ces obstacles concernent l'organisation du système de santé lui-même: temps à disposition, continuité des soins, flux de travail, cadre des soins, contexte de l'interaction, et préparation en vue d'une DMP.⁴ Les caractéristiques du patient peuvent aussi être des obstacles, parmi lesquels: une mauvaise santé, la présence de troubles cognitifs, un âge avancé, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, la nature de la maladie et les différences entre les caractéristiques personnelles et celles du soignant. Les facteurs contextuels de l'interaction sont également importants: les présomptions du patient sur son rôle, le fait que les patients sous-évaluent leur expertise, les caractéristiques interpersonnelles du soignant (autoritaire, hautain) et la confiance. La préparation au processus lui-même est importante, ainsi que la fourniture d'informations sur les options possibles, la terminologie utilisée par le médecin et les outils à la décision (l'absence de support écrit, par exemple). L'auteure ajoute qu'un des obstacles les plus importants est la fourniture d'information inadéquate.⁴

LEVER LES OBSTACLES

Du côté des soignants, trois facilitateurs sont à mettre en exergue: la motivation du praticien, l'impact positif sur le processus clinique et les résultats pour le patient.¹

Du côté des patients, beaucoup de facteurs sont modifiables et peuvent être améliorés par des changements d'attitude du patient, de l'équipe de soins et de l'organisation.⁴ Le patient nécessite à la fois des connaissances et du pouvoir pour participer à la décision médicale partagée.⁴ Des actions telles que celle décrite dans un article récent pourraient aller dans ce sens: les auteurs y rapportent la faisabilité et l'efficacité d'une sensibilisation de patients à la DMP dans une bibliothèque publique.⁵

TABEAU 1 Douze mythes à propos de la décision médicale partagée (DMP)

- La DMP est une lubie, elle passera
- En DMP, les patients sont laissés seul pour décider
- Tout le monde ne souhaite pas prendre une décision médicale partagée
- Tout le monde n'est pas doué pour la DMP
- La prise de DMP n'est pas possible, car les patients me demandent toujours ce que je ferais
- La DMP prend trop de temps
- Nous faisons déjà de la DMP
- La DMP est facile ! Un outil la fera
- La DMP n'est pas compatible avec les recommandations de pratique clinique
- La DMP concerne uniquement les médecins et leurs patients
- La DMP coûtera de l'argent
- La DMP ne prend pas en compte les émotions

(Adapté de Legaré²).

1 Légaré F, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008;73:526-35.

2 Légaré, F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. Pat Educ 2014;96:281-5.

3 Fried TR. Shared decision making – finding the sweet spot. N Engl J Med 2016;374: 104-6.

4 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;357:291-309.

5 Adisso EL, et al. Can patients be trained to expect shared decision making in clinical consultations? Feasibility study of a public library program to raise patient awareness. PLoS One 2018;13: e0208449.

CASSIAN MINGUET

Centre académique de médecine générale,
Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique
cassian.minguet@uclouvain.be