

Les patients désirent-ils partager la décision en médecine générale?

L'accès du patient à l'information fait l'objet d'un projet de loi qui sera présenté incessamment devant le parlement. Le partage de la décision en est une des retombées, souvent revendiqué parallèlement. Passer du paternalisme au partenariat avec les patients est une des orientations actuelles de la médecine.¹ Cependant on connaît mal les attentes réelles des patients dans ce domaine. Nous avons déjà analysé une étude concernant les préférences des patients au sujet des décisions de réanimation. 70% des patients ne désiraient pas participer à la décision, même à l'avance.² Il y a peu de données concernant les patients de médecine générale. Deux études récentes nous apportent des informations.^{3,4}

La 1^{ère} étude³, hollandaise, a été réalisée auprès de patients d'une consultation hospitalière. Elle a concerné 55 patients suivis après cancer et 53 accompagnants, 53 patients consultant pour affection non cancéreuse et 36 accompagnants. Il leur était demandé leur opinion sur l'information et la prise de décision en général, et leur avis sur 4 situations cliniques qui leur étaient exposées.

L'information sur bénéfices et risques était souhaitée par 82% des patients, sans différence entre les groupes. Ce taux baissait à 76% chez les plus de 65 ans; il s'élevait à 93% chez ceux de plus haut niveau d'éducation.

Les types de partage de la décision étaient répartis entre passifs (la décision appartient au médecin), collaboratifs (la décision doit être partagée), actifs (la décision appartient au patient). Les accompagnants étaient plus souvent pour une attitude active que les patients (30% vs 18%). Sont plus en faveur d'un rôle passif: les plus de 65 ans (70% vs 50% pour les jeunes), les hommes (63% vs 40% pour les femmes). Le niveau d'éducation ne paraissait pas jouer. Les patients cancéreux étaient plus souvent pour un rôle passif (différence non significative).

La 2^{ème} étude⁴, britannique, a été réalisée auprès de 410 patients consultant dans 5 cabinets de médecine générale. Ils étaient interrogés sur leur place souhaitée dans la décision. Cinq situations cliniques étaient présentées, avec deux versions, l'une où le médecin fait participer le malade à la décision, l'autre où le médecin avait une attitude directive; ils devaient dire laquelle de ces attitudes leur paraissait le plus souhaitable. Les situations décrivaient un problème aigu sérieux (hémorragie) ou mineur (entorse), un problème chronique (polyarthrite résistante), une dépression, un conseil sur le tabac.

Globalement le partage était plus souvent choisi par les moins de 60 ans (43% vs 27%), les patients de classe sociale élevée (50% vs 35%), les fumeurs (54% vs 34%). En général les patients choisissaient la version correspondant au style de comportement de leur médecin tel qu'ils le percevaient.

Les patients privilégiaient l'attitude directive pour les 3 situations somatiques, mais l'attitude participative l'emportait pour la dépression (58% vs 42%), les deux étant à égalité pour l'avis sur le tabac.

Ces données confirment ce que l'on pense: le souhait du partage de la décision est encore minoritaire; mais son taux chez les jeunes et son taux en fonction du niveau social font penser que cette demande va aller en croissant. Face à cela, le rôle du médecin est alors de répondre à l'attente de son patient: l'informer, toujours, le faire participer, parfois. Se posent alors quelques questions. Evoquons en quelques unes.

- Le partage de la décision, au-delà de son aspect sociologique, est-il bénéfique en termes de santé? Des études ont montré des retombées positives sur la satisfaction du patient, la qualité de vie, l'observance.⁵

- Sommes-nous assez formés pour informer nos patients, comprendre leur attente? Plusieurs études ont montré que la perception par le médecin des attentes de ses patients était souvent loin de la réalité.^{5,6}

- Le système de santé, le temps et le mode de rémunération du médecin incitent-ils à ce partage?

- Sommes nous formés pour partager la décision? Savons nous même négocier dans un esprit de partenariat? Ce passage du paternalisme au partenariat est largement analysé et prôné dans les pays anglo-saxons¹. Cela pose cependant des problèmes d'éthique: il s'agit de concilier principe d'autonomie de la personne, devoir de bienfaisance du médecin et principe de justice en référence à la collectivité solidaire à laquelle nous appartenons.⁷ Cela pose aussi des problèmes difficiles de responsabilité.

Mais cette demande de la population ne peut que croître; nous devons nous préparer à y répondre.

1 - Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ. 1999;319:719-20

2 - Collectif. Décisions médicales de fin de vie. Préférence de patients. Bibliomed.

3 - Stiggelbout AM, Kiebert GM. A role for the sick role. Patients preferences regarding information and participation in clinical decision-making. Can Med Ass J. 1997;157:383-9

4 - McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? BMJ 2000;321:867-71

5 - Coulter A et al. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999;318:318-322

6 - Richards T. Patients' priorities. Need to be assessed properly and taken account. BMJ 1999;318:277

7 - Rameix S. Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients, Laennec 1997;46:10-15

Mots-clé: décision, partage, information du patient, préférence du patient, responsabilité médicale

Numéro 200 du 9 novembre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>