



HAL
open science

Les déterminants de la décision médicale partagée en médecine générale et en consultation de contraception : point de vue des médecins généralistes

Laure Lobies

► To cite this version:

Laure Lobies. Les déterminants de la décision médicale partagée en médecine générale et en consultation de contraception : point de vue des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160229

HAL Id: dumas-01160229

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160229>

Submitted on 4 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

ANNEE 2014

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le :

Jeudi 2 Octobre 2014

Par

LOBIES Laure

Née le 27 Mai 1986, à Lyon (69)

**LES DETERMINANTS DE LA DECISION MEDICALE PARTAGEE EN MEDECINE
GENERALE ET EN CONSULTATION DE CONTRACEPTION**

POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON	Président
Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL	Assesseur
Monsieur le Docteur André GARY	Assesseur
Madame le Docteur Martine LANGLOIS	Directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DAR COURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth (50.04)	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)

Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
	(54.04)	
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
	(46.01)	

M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
	(54.04)	
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
	(46.01)	
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Merci pour votre engagement dans la formation des médecins généralistes.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL,

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse d'être membre de mon jury de thèse.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur André GARY

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Je vous remercie également pour votre enseignement. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de toute mon admiration.

A ma directrice de thèse, le Docteur Martine LANGLOIS

Je te remercie grandement de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail et de m'avoir soutenue.

Merci pour tes précieux conseils.

Sois assurée de ma sincère gratitude et de ma reconnaissance.

A Cédric : Je te remercie pour le soutien que tu m'as apporté et pour tout ce que tu fais pour moi au quotidien. Nos projets me donnent envie d'avancer toujours plus loin à tes côtés. A notre bel avenir ensemble !

A mes parents Philippe et Béatrice : Depuis toujours, vous m'avez écouté et supporté tout au long de ces études. C'est grâce à vous que je me trouve ici aujourd'hui. Avec votre aide précieuse dans l'élaboration de ce travail, vous m'avez prouvé une fois de plus que vous serez toujours là pour moi.

A ma sœur Sophie et mon frère Vincent : J'ai beaucoup de chance de vous avoir. Sophie, merci pour ton écoute et tes conseils. Vincent, heureusement que l'informatique est ta passion ! Je ne sais pas comment j'aurai fait. Merci pour tout !

A ma grand-mère Macline : Avec tes 90 ans fraîchement fêtés, tu es toujours la même. Ne change pas et continue de tous nous réunir comme tu le fais si bien.

A mon grand-père Papi : Une grande pensée à plusieurs centaines de kilomètres. Dommage que tu ne sois pas là aujourd'hui.

A la mémoire de Mamone : Cela fait quelques mois que tu nous as quitté. Je pense toujours très fort à toi.

A mon parrain Denis, Magéna et les filles : Que de souvenirs passés ensembles : de la Croatie à Fleury, nous avons passé de très beaux moments ensembles. Alors rendez-vous cet été pour un nouvel épisode !

A ma marraine Catherine et Jean Michel : Bien que vous ne soyez pas bien loin, nous ne nous sommes pas tellement vus entre sudistes. Alors vivement le 11 pour la cueillette des olives !

A ma cousine Eugénie : A ma « vieille » cousine ! Ca y est maintenant tu vas enfin pouvoir venir nous voir à Nice !

A Elodie : La plus brillante architecte et surtout la meilleure amie qui existe ! Je te remercie pour tout ce soutien durant toutes ces années. Courage à votre tour avec Jerem, vous tenez le bon bout. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à tous les deux.

A Lucie : Après m'avoir fait rêver au lycée, tu me fais voyager aux quatre coins du monde. Quand nous nous retrouvons, rien n'a changé ! Merci pour tout. Je te souhaite tout le bonheur et toute la réussite que tu mérites.

A Emma : Ca y est, après plusieurs années de travail acharné, nous voilà récompensées ! Je te souhaite une brillante carrière d'avocate et de Docteur aussi !

A Marie : Une grande pensée pour toi à Munich. Je te fais un grand clin d'œil aujourd'hui pour un moment que tu connais si bien et qui ne t'est pas si loin : ta soutenance !

A Mr le commissaire : Ca y est tu nous as rejoint et je suis très heureuse qu'on soit voisin ! Alors continuons à profiter de ces belles soirées et bien sûr de ces barbecues sur cette belle terrasse vue mer (on se demande qui l'a choisie... !).

A Aurélie : Depuis la P1, nous avons lié une relation d'amitié hors du commun. Des bancs de l'amphi, aux soirées de l'Ameuso, en passant par les révisions autour d'un chocolat chaud à l'ENS, nous en avons parcouru du chemin ensemble. Te voilà maman maintenant, et je te souhaite tout le bonheur du monde !

A Mumu : Depuis les lignes de la piscine de Sainte Foy, il s'en est passé des choses. La P1, nous l'avons vécue ensemble. Les compétitions de natation aussi. Vivement que l'on se revoie !

A Lauriane et Colombe : Depuis la P2, nous avons appris à nous connaître. Des footings le soir au parc de Lacroix Laval aux conférences le soir tard à la fac, sans oublier les virées shopping à nous ruiner ! Que de souvenirs !

A Gaby : Tu m'as formée toute jeune. Les gazométries, les prises de sang, tu ne m'as pas épargnée ! Merci pour tout !

A Aurélie : 25 ans que nous nous connaissons et te revoilà dans la même ville après toutes ces années. A nos retrouvailles ! Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Flo et Ruben.

A Christophe : Depuis le stage de cardiologie, nous nous sommes toujours soutenus. Merci pour cette amitié !

A Valentine : Ma co-interne de Fréjus ! Depuis nous avons construit une vraie relation d'amitié ! Alors avec ou sans club de golf, j'ai envie que cette amitié dure encore longtemps !

A Séverine : Depuis Fréjus, tu es devenue une véritable amie. Tu me supportes tous les jours en stage ! Au stilnox et au forlax ! Et surtout aux bons moments à venir encore !

A Juliette : Il s'en est passé des choses depuis notre petit déjeuner à la Brioche Dorée ! Tu as su te montrer un véritable petit guide de voyage aussi ! Que de souvenirs en tête et d'autres à venir je l'espère !

A Sarah : Merci pour ta gentillesse. Depuis Amsterdam, nous ne nous sommes plus quittées. Je te souhaite plein de bonheur avec Sid et Elise.

A l'équipe de Cimiez C0 : J'ai passé de très bons moments avec vous. Vous avez su m'entourer et me soutenir. Merci pour votre gentillesse et votre professionnalisme.

A mes ex co-internes de Cimiez : Merci à l'équipe de « Cimièze land » pour ces pauses café et déjeuners toujours animés !

A l'équipe de Vallauris : Des cafés à l'internat aux sorties canyoning, 6 mois vont être bien trop courts !

A Christine et Alexandre : Ce stage avec vous aura été magique. Que de fous rires, un entraînement intensif pour les abdos, et surtout une bonne crème anti UV ! Que de souvenirs ! A très vite pour un nouveau tour avec le champion du monde de cocktails !

Au reste de la famille, aux autres copains lyonnais et niçois.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	11
INTRODUCTION.....	13
I. LA DECISION PARTAGEE : UN CONCEPT.....	17
1) Modèle paternaliste	17
2) Modèle informatif.....	18
3) La décision médicale partagée	19
II. MATERIEL ET METHODE.....	21
1) Définition de la question.....	21
2) Objectifs de l'étude	21
3) Choix de la méthode	21
4) Elaboration du questionnaire	22
5) Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion	22
6) Entretiens réalisés.....	24
7) Transcription des entretiens.....	24
8) Analyse des entretiens	24
III. RESULTATS	25
1) Résultats quantitatifs	25
1.1. Nombre de médecins recrutés	25
1.2. Caractéristiques de l'échantillon.....	25
1.3. Durée des entretiens.....	25
2) Résultats qualitatifs	26
2.1. La Décision Médicale Partagée en médecine générale	26
2.2. La Décision Médicale Partagée en contraception	30
IV. DISCUSSION	35
1) Limites méthodologiques	35
2) Forces de l'étude	37
3) Résultats comparés avec la littérature.....	38
4) Propositions d'actions d'amélioration	41
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES.....	48
Annexe I : Les modèles de décisions médicales d'après Charles	48
Annexe II : Caractéristiques de l'échantillon	49

Annexe III : Guide d'entretien initial	50
Annexe IV : Guide d'entretien	54
MOTS CLES.....	56
RESUME	57
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	58

INTRODUCTION

Traduit de l'anglais « shared decision making », la Décision Médicale Partagée (DMP) apparue dans les années 1990 grâce au travail d'une équipe anglophone est un concept d'actualité.

Elle définit la relation médecin-malade comme un échange d'informations et de délibération entre les deux acteurs en vue d'une décision commune, aussi bien en exercice libéral qu'hospitalier.

La loi du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fait évoluer l'utilisateur du système de santé d'un objet de soins au sujet de soins, véritable acteur de sa propre santé et de la santé publique et insiste sur « le droit de chacun à être traité dans le système de soins en citoyen libre, adulte et responsable » [1].

Cette loi affirme le droit de l'utilisateur à l'accès à toutes ses données de santé, à l'information puis à l'éducation. L'obligation est faite aux professionnels de recevoir le consentement libre et éclairé du patient.

La DMP prend tout son intérêt devant des choix de traitement dont le ratio bénéfice – risque est connu pour le patient mais aussi la collectivité.

Le code de la Santé Publique, selon l'article L.1111-4 insiste sur l'importance de centrer le patient dans sa prise en charge. « Toute personne prend, avec le professionnel de santé [...] les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » [2].

Les droits et les choix des patients sont mis en avant de nos jours.

A ce titre, la DMP se trouve en lien étroit avec un autre concept d'actualité, l'Evidence Based Medicine (EBM), qui consiste à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, en tenant compte des préférences des patients [3].

La notion de patient expert, avec une volonté de la part du patient de s'impliquer dans les soins, et être expert de sa propre prise en charge, insiste quant à elle sur l'importance de la place du patient dans les soins qui lui sont procurés [4].

L'éducation thérapeutique du patient, régie par l'article L1161 de la loi HPST, promue par la HAS, a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits afin d'améliorer sa qualité de vie. Elle s'inscrit aussi dans cette dynamique de centrer le patient dans sa prise en charge [5].

L'entretien motivationnel centré sur le patient, se déroulant dans une atmosphère empathique et favorisant afin d'augmenter l'efficacité thérapeutique, confirme une fois de plus la place primordiale du patient dans sa prise en charge et l'intérêt de l'inclure en consultation. [6]

Toutes ces notions ont contribué fortement à l'évolution de la relation médecin-usager du système de santé.

Comment la DMP peut-elle s'exercer au quotidien d'une pratique libérale ? Comment peut-elle s'inscrire dans un contexte de ressources professionnelles devenant rares, d'une offre de soins devenant offre de santé, d'un modèle économique contraignant pour le médecin, de temps disponible limité pour le médecin et le patient ?

Comment le médecin et le patient peuvent-ils échanger autour de cette même information médicale ? D'un côté, le patient avec ses craintes, ses représentations, ses préférences en fonction de ses besoins, de l'autre le médecin et son savoir, son expérience, ses préjugés, sa capacité à s'adapter au patient et à lui donner une information médicale claire, précise et compréhensible dans la mesure du possible.

Que connaissons-nous actuellement sur le sujet ?

L'étude *Entred* de 2007 réalisée auprès de patients diabétiques et de leur médecin insiste sur l'importance de la DMP dans la relation médecin-malade [7].

Une revue de la littérature réalisée en 2007 montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle est souhaitée par le patient, améliore sa satisfaction et sa santé [8].

La HAS en 2014 définit la DMP comme le fait de décider ensemble et insiste sur son importance [9].

Depuis peu, nous assistons à la pratique de la DMP dans les consultations de contraception, afin de permettre une adhésion des patientes à un mode librement choisi, espoir d'une meilleure efficacité de cette contraception et d'une meilleure prévention des grossesses non désirées.

A la suite de la récente polémique sur les effets thromboemboliques des contraceptifs oraux de troisième génération, les médecins généralistes ont été confrontés à la réévaluation de leurs prescriptions en instauration de contraception ou en renouvellement. Ils l'ont été pour réévaluer le bénéfice-risque de leur prescription, conscients de leurs responsabilités, mais également dans un contexte de promotion collective du droit des usagers à « choisir la méthode qui leur va le mieux ». Ils ont été souvent interpellés par leurs patientes et se sont trouvés de fait en situation de « démarche médicale partagée ».

Devant ces sujets d'actualité, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt de la décision médicale partagée dans le domaine de la prescription ou du renouvellement d'une contraception.

Nous nous sommes interrogés également sur la réalité de la pratique de la décision partagée en contraception, en 2014, en tant qu'exemple d'une offre de santé : les médecins généralistes ont-ils tous adopté cette posture nouvelle ? Sinon pourquoi ?

Quels sont les déterminants de la décision médicale partagée lors d'une consultation en médecine générale concernant une demande ou un renouvellement de contraception ?

Pour avancer sur cette question très vaste eu égard aux moyens d'une thèse en médecine générale, nous avons élaboré une étude qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes et le Var.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de décrire les représentations de chaque acteur - médecin, patient(e) -, les forces et les freins de la décision médicale partagée en consultation de médecine générale et en contraception du point de vue des médecins généralistes.

I. LA DECISION PARTAGEE : UN CONCEPT

1) Modèle paternaliste

En 1951, le sociologue Parsons introduit ce concept dans une relation à la fois asymétrique et consensuelle dans laquelle seul le médecin peut résoudre le problème sur la base de ses compétences et lui seul sait ce qui est le mieux pour son patient [10].

Relation consensuelle car le malade reconnaît les connaissances et les capacités du médecin et lui fait entièrement confiance. Le médecin est actif et le patient est passif. Ainsi, chaque acteur a son propre rôle, bien défini et complémentaire.

Le modèle paternaliste autrement appelé « modèle parental » (Burke, 1980), ou « autoritaire » (Broke, 1991) a été le premier modèle de relation médecin – malade à être décrit dans la littérature [11].

Broke définissait en 1991 le médecin comme « ayant un rôle d'expert, qui lui permet de déterminer le meilleur traitement pour son patient » et donc de décider. Le patient quant à lui se contente d'obéir et de suivre les ordres du médecin.

Emanuel, Emanuel en 1992 décrit dans une forme extrême que le médecin peut se montrer autoritaire en informant directement le patient sur le déroulement de la prise en charge [12].

Ce modèle de relation met peu en avant le patient qui voit son implication à minima dans la relation avec son médecin (Charles and coll, 1997) [13].

En revanche, le médecin a l'obligation de placer l'intérêt du patient avant le sien et détermine ce qu'il pense être le mieux pour son patient.

Le médecin décide donc dans ce modèle paternaliste de l'intérêt du patient. La relation est unilatérale (va du médecin au patient et non l'inverse, Charles and coll 1999, ANNEXE 1). Il informe plus ou moins le patient, qui doit accepter la prise en charge. Il n'y a pas de délibération dans ce modèle de relation.

2) Modèle informatif

Le modèle informatif (Emanuel, Emanuel, 1992), autrement dénommé modèle du patient décideur, a essentiellement pour objectif de permettre au patient de prendre une décision face à une information qu'il a reçue. Le médecin informe le patient sur les « faits ». Ils correspondent aux connaissances du médecin que celui-ci décrit au patient, indépendamment de tout affect [12].

Ainsi l'information médicale est objective, centrée sur des faits : état de la maladie, nature du diagnostic, thérapeutique possible. Le médecin se doit de donner l'information la moins biaisée possible au patient, la plus exhaustive, la plus complète et la plus compréhensible.

Les valeurs du médecin ne sont pas supposées entrer en ligne de compte. Cette information est libre de tout affect. Le médecin joue le rôle d'expert technique et son rôle est très appauvri (Emanuel, Emanuel, 1992) [12].

Le modèle informatif se définit donc comme un modèle unilatéral d'échange d'information, du médecin vers le patient, et l'absence de délibération entre le médecin et le patient.

Le patient est seul décideur (Charles and coll, 1999) [13], [14].

Deux études récentes réalisées en oncologie mettent en évidence ce modèle de patient décideur toujours présent dans notre pratique de médecine actuelle. « Environ 10 à 15 % des patientes souhaitent décider pour elles-mêmes » [14], [15].

Deux éléments sont donc nécessaires à la prise de décision : les faits et les valeurs.

Les faits sont les informations médicales (sur la maladie et les traitements) révélés par le médecin. Les valeurs sont quant à elles connues du patient qui sélectionne et choisit la prise en charge qui lui convient le mieux (Emanuel, Emanuel, 1992) [12].

3) La décision médicale partagée

Ce concept traduit de l'anglais "shared decision-making" est apparu dans les années 1990.

Devant l'augmentation des technologies, la notion de droit du malade, l'augmentation croissante à l'accès d'information médicale, la loi du 4 Mars 2002, l'information médicale et le consentement du malade pour toute prise en charge médicale est une nécessité» [5].

Charles a décrit quatre caractéristiques du modèle de décision partagée :

- implication d'au moins deux personnes (le patient et le médecin),
- partage mutuel de l'information entre les deux acteurs,
- participation du médecin et du patient au processus de décision,
- prise de décision commune avec consensus sur l'option choisie [13] [14].

La DMP se définit par son interactivité entre les acteurs. Le patient et le médecin sont sensés partager toutes les étapes du processus d'élaboration de la décision : l'échange d'information, l'expression des préférences et la prise de décision commune.

Ce type de modèle est essentiel dans certaines situations pour lesquelles plusieurs options de prise en charge existent avec chacune des bénéfices et des risques propres, sans situation optimale, telles que les situations de maladies sérieuses comme l'évoque Charles et coll. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise solution.

C'est le cas en cancérologie où la prise de décision va aboutir sur des thérapeutiques pouvant avoir une toxicité et est susceptible d'entraîner des effets sur la qualité de vie du patient.

Pour Coulter, ce modèle de décision médicale partagée ne peut s'appliquer aux situations d'urgence ou autres situations où une seule option existe [17].

La décision médicale partagée est donc bien plus que le simple partage de la décision : elle est le partage de tout le processus de décision avec un échange d'informations entre le médecin et

le patient. Le médecin donne une information la plus complète possible, afin qu'avec le patient, ils choisissent ensemble la meilleure solution.

La DMP est un modèle de relation idéal dans la médecine de nos jours où le patient demande une plus grande participation aux décisions qui le concernent dans le domaine de la santé. Ce d'autant plus que ce concept s'intègre dans d'autres modèles de prise en charge médicale, tels que l'EBM, la notion de patient expert, l'éducation thérapeutique qui placent le patient au centre de sa prise en charge [3], [4], [5].

Le comité Consultatif National d'Ethique insiste également sur le fait que « la Décision médicale partagée est « la forme de décision la plus souhaitable » [19].

« La compétence du médecin et la responsabilité du médecin associé à l'information complète du patient sur les différentes options qui lui sont offertes par l'état des connaissances pour prendre en charge de façon optimale la maladie de celui – ci », CCNE, [19].

En pratique, la DMP est-elle vraiment mise en œuvre? A quelle fréquence ? Quels en sont ses obstacles et ses avantages ? Qu'en est-il dans le domaine de la gynécologie et plus particulièrement du choix contraceptif ?

En gynécologie en contraception, la plupart du temps, la situation clinique expose l'absence de bonne ou de mauvaise option et donc l'absence de préférence claire du médecin à l'égard de ces options (Legaré 2003 [20], [21], Elwyn 2000 [22]).

Alors que l'INPES évoque et promeut « la contraception la meilleure est celle que l'on choisit » [23].

Comment cela se passe-t-il réellement en pratique ?

II. MATERIEL ET METHODE

1) Définition de la question

L'augmentation des droits des patients, l'Evidence Based Medecine dans les soins, l'augmentation de la « technicisation » de la médecine, la définition de la Haute Autorité de Santé et sa loi du 4 mars 2002 augmentant le droit des patients et la nécessité d'avoir leur point de vue sur leur prise en charge médicale nous a confirmé l'importance de la démarche partagée en matière de soins [1], [5].

Au vue de la polémique récente sur les effets thromboemboliques des pilules oestroprogestatives de troisième génération, ainsi qu'au nombre d'IVG croissant malgré de nombreux moyens de contraception proposés et l'augmentation des campagnes, il était intéressant de se pencher sur la place du médecin généraliste dans la prescription et la difficulté éventuelle à la prescription d'une contraception. La question de notre recherche a été : *Quels sont les déterminants de la décision médicale partagée lors d'une consultation de demande de contraception en médecine générale ?*

2) Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail de thèse était de décrire les représentations de chaque acteur - médecin, patient(e) -, les forces et les freins de la décision médicale partagée en consultation de médecine générale et en contraception, du point de vue des médecins généralistes.

3) Choix de la méthode

L'approche utilisée a été la méthode qualitative car elle est la méthode de référence pour analyser des phénomènes et des situations complexes telles que l'analyse d'une décision.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés individuels en raison d'une longue période d'entretien étalée sur plusieurs mois et d'une plus grande facilité à interroger des médecins en tête à tête, sur leur lieu de travail.

4) Elaboration du questionnaire

D'après la revue de la littérature et le travail de Towle [24], nous avons essayé de dégager les grandes étapes de la décision médicale partagée : d'une part l'information du patient ou de la patiente faite par le médecin sur sa pathologie et les différents moyens de contraception, d'autre part les représentations des patients, de la patiente concernant le choix et ce qu'elle évoque au médecin.

Nous avons d'abord cherché à savoir si les médecins généralistes appliquaient la décision médicale partagée lors de toute consultation de médecine générale, puis en consultation de contraception.

Etant donné qu'un partage de la décision nécessite un partage de l'information, nous leur avons demandé comment ils partageaient l'information médicale avec leur patient.

Les questions posées restaient les plus ouvertes possibles. Nous avons également cherché des indices sur la personnalité et l'appétence du médecin à l'échange (Annexe III).

Cependant, certaines questions ont été redirigées ensuite, car les médecins ne savaient que répondre, faute de précision dans la question. Ainsi avec certaines questions plus dirigées, la réponse était évidente, et les médecins développaient et argumentaient alors leur réponse.

A l'issue de trois entretiens, nous avons précisé notre guide d'entretien (Annexe IV).

5) Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'évaluer les forces et les freins d'une démarche de santé partagée en médecine générale et plus particulièrement en contraception, nous avons réalisé des entretiens auprès de médecins généralistes.

Par ailleurs, notre travail ne s'appliquant pas uniquement à la contraception mais aussi à toute démarche de santé, il paraissait intéressant de réaliser cette enquête auprès de professionnels de santé et non de patients consultant pour un seul type de consultation.

Au départ, nous nous étions posé la question de réaliser l'enquête uniquement auprès de médecins généralistes maîtres de stage. Après réflexion, nous en avons conclu qu'il existait un risque de biais plus élevé en se restreignant à une population de médecins généralistes maîtres de stage, en relation permanente avec la faculté et les nouveaux concepts.

Ainsi, notre enquête a porté sur des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes maîtres de stage ou non, aux caractéristiques différentes, à savoir homme et femme, jeune ou plus âgé, effectuant un exercice important ou modéré de gynécologie en cabinet, exerçant en zone urbaine ou rurale, en cabinet de groupe ou seul, dans le Var et les Alpes Maritimes. (Annexe II).

Après avis pris auprès du Docteur GONFRIER Sébastien, Docteur en médecine spécialisée en santé publique, et du Docteur TOUBOUL Pia, également Docteur en médecine en santé publique spécialisée en études qualitatives, nous avons constitué notre échantillon afin d'obtenir un reflet le plus large possible de type de médecins dans le but de recueillir des réponses les plus variées possibles.

Les médecins ont été choisis au hasard, en fonction de leur localisation. Les caractéristiques de chacun étant les plus variées possibles (âge, sexe, activité de gynécologie, zone d'activité, type de cabinet, diplôme obtenu). Ont été prises en compte aussi, leur motivation et leur degré de volontariat pour participer à l'étude.

La prise de contact a été réalisée entre les mois d'Octobre 2013 et Avril 2014, par téléphone. Les médecins généralistes acceptaient ou non de me recevoir et nous convenions par conséquent d'un rendez-vous. Ils étaient alors informés du sujet de la thèse, de la méthodologie de ce travail, et de la réalisation d'entretiens semi-directifs individuels, d'une durée de 30 minutes, enregistrés, anonymes, et que leur propos seraient retranscrits littéralement.

L'échantillon fut constitué par ordre d'appel téléphonique en fonction des disponibilités du médecin.

Deux médecins ont refusé au téléphone de s'entretenir par manque de temps.

6) Entretiens réalisés

Le nombre d'entretien a été défini de manière théorique en début de travail (entre 15 et 30 entretiens) puis atteint au moment du point de saturation, en l'absence de nouvelles idées. (Blanchet et Gotman [25]).

7) Transcription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur le logiciel WORD d'Octobre 2013 à Avril 2014.

8) Analyse des entretiens

Les différentes idées exprimées dans chaque entretien retranscrit ont été regroupées par thèmes puis sous thèmes.

La première partie des entretiens était réservée à la notion de décision médicale partagée et son application en médecine générale, toute consultation confondue.

Dans une seconde partie, la décision médicale partagée était appliquée à la prescription de contraception en cabinet de médecine générale.

L'analyse des entretiens a été réalisée de Mai 2014 à Juin 2014.

Les idées ont été classées par ordre de fréquence. Chaque idée exprimée a été illustrée par les verbatim ou citations considérés comme les plus pertinents.

III. RESULTATS

1) Résultats quantitatifs

1.1. Nombre de médecins recrutés

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes dans les Alpes Maritimes et le Var.

Dans cette étude, nous avons effectué 18 entretiens jusqu'à obtenir le point de saturation.

1.2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques sont répertoriées dans l'Annexe 2.

L'âge moyen a été calculé à 47,5 ans.

L'échantillon était composé de 8 hommes (44 %) et de 10 femmes (66%).

Le type d'exercice en rural était égal à 8 (44%), 1 en semi-rural (5%) et 9 en milieu urbain (50%).

Le taux d'activité en gynécologie était assez variable. 6 médecins interrogés avaient une activité importante de gynécologie (33%), 4 une activité modérée (22%) et 8 une faible activité (44%).

Il existait parmi l'échantillon 11 médecins généralistes maîtres de stage (61%) et 7 non maîtres de stage (39%).

1.3. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 2 secondes et 27 minutes et 55 secondes. Seulement trois entretiens ont duré moins de 14 minutes.

Pour le reste des entretiens, le temps d'interview était supérieur à 19 minutes et quatre entretiens ont duré plus de 26 minutes.

2) Résultats qualitatifs

2.1. La Décision Médicale Partagée en médecine générale

2.1.1. La DMP vue par les médecins

Dans un premier temps, notre entretien a exploré le champ de la DMP en consultation de médecine générale par la vision et la définition qu'en ont les médecins généralistes.

A la question « C'est quoi pour vous la DMP ? », la majorité des médecins interrogés ont précisé qu'il s'agissait d'un partage de l'information, de la décision et des connaissances avec une tierce personne en vue d'une délibération commune et qu'elle était ainsi le résultat d'une négociation et aboutissait à l'accord des intervenants. Dr ... (E9) « C'est un partage des connaissances avec une meilleure information des patients ».

La plupart des médecins interrogés ont précisé qu'elle nécessitait deux acteurs, le médecin et le patient. Dr...(E10) « Une consultation entre le patient qui vient pour une demande et la réponse du médecin ».

Pour quelques médecins, la décision médicale partagée impliquait plus que deux acteurs : le patient, la famille, d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Dr... (E2) « On décide à plusieurs, pluridisciplinaire. Partagée avec le patient, la famille du patient et le médecin, et les confrères. »

Enfin, pour quelques autres médecins, la décision médicale partagée ne leur évoquait rien et nous leur avons expliqué ce concept afin de poursuivre l'entretien.

2.1.2. Mise en pratique de la DMP en consultation

Nous nous sommes intéressés au mécanisme employé par le médecin pour permettre une DMP en consultation de médecine générale.

A la question « Comment cela se passe dans votre pratique lors d'une consultation en médecine générale ? », la plupart des médecins ont soutenu qu'ils souhaitaient l'implication et

l'adhésion du patient et qu'elles étaient primordiales pour permettre cette DMP. Dr ... (E3) « Si le patient ne participe pas au traitement, on se retrouve avec des patients qui n'ont pas compris et qui n'adhèrent pas au traitement et avec une inobservance thérapeutique ».

Pour quelques médecins interrogés, l'implication du patient était limitée dans la décision médicale partagée, de par son manque de recul face à la situation et son absence de connaissances théoriques sur le sujet. Dr ... (E1) « Je ne vois pas comment quelqu'un qui n'a aucune formation peut être amené à prendre la meilleure décision ».

Afin de les impliquer dans leur prise en charge médicale, les médecins ont insisté sur l'importance d'informer le patient. Les informations nécessaires ont été communiquées essentiellement par oral. Certains se sont servis de supports pour informer les patients, brochures, schémas, site internet... Dr... (E4) « J'utilise beaucoup internet. Des brochures quand on en a mais pas toujours ».

Les médecins dans leur majorité ont précisé que l'information du patient était aisée de nos jours avec la multiplicité des sources d'informations, notamment informatisées, à partir de sites sources référencés.

En ce qui concerne l'information du médecin par le patient sur ses représentations et ses désirs, elle s'est faite dans la majorité des cas par questionnement oral de la part du médecin. Dr... (E1) « Je leur parle et les questionne ».

2.1.3. Forces de la DMP du point de vue des médecins

A la question « Que pensez-vous des bénéfices de la DMP et son applicabilité en médecine ? », les médecins ont répondu dans la moitié des cas que la DMP permettait une meilleure alliance thérapeutique, une meilleure adhésion au projet de soins. Le patient montrait une meilleure compréhension, coopération et par conséquent une meilleure implication dans sa prise en charge. Ainsi, l'observance thérapeutique était améliorée et conditionnait une meilleure efficacité du traitement, ainsi qu'une meilleure prise en charge thérapeutique. Dr.... (E4) « Meilleure observance, meilleur suivi ». Dr (E1) « Le traitement sera beaucoup plus efficace ».

Un médecin interrogé a insisté sur une réduction des coûts de la santé et un certain nombre de consultations était donc épargné grâce à une meilleure compréhension et adhésion au projet de soin. Dr... (E2) « Ils savent ce qu'il se passe, ils comprennent mieux et ne reconsultent pas le lendemain ».

En somme, la plupart des médecins étaient favorables à la démarche partagée dans le processus décisionnel en consultation de médecine générale et exprimaient la pratiquer. Quelques médecins affirmaient être de caractère plutôt autoritaire avec leur patient et se montraient dans une démarche de type directive.

2.1.4. Freins à la DMP du point de vue des médecins

Concernant les obstacles possibles à la DMP, il nous est apparu intéressant de les classer en deux groupes : ceux liés au patient et ceux liés au médecin.

Les obstacles venant du patient par manque de recul par rapport à sa pathologie, aux effets secondaires, aux traitements, de par leur niveau intellectuel insuffisant, créant ainsi une mauvaise compréhension étaient rappelés par la moitié des médecins. Dr... (E14) « N'ayant pas les connaissances médicales, il peut ne pas prendre les bonnes décisions médicales ».

Cependant certains médecins ont précisé que le niveau éducationnel et intellectuel n'était pas toujours un obstacle à l'application de la DMP et que le dialogue pouvait permettre de passer outre. Dr... (E3) « Mais si on explique aux gens avec des termes simples, souvent ils comprennent ».

Le manque de recul pouvait être lié à des troubles cognitifs, à la barrière linguistique, ou bien au caractère du patient et non à l'écoute du médecin. Dr... (E3) « Les patients qui ont des troubles cognitifs, c'est difficile de recueillir l'avis ou une adhésion quelconque ». Dr... (E8) : « Il y en a qui sont vraiment bornés et butés et qui comprennent rien ».

Les obstacles pouvaient aussi venir du médecin qui par manque de temps n'appliquait pas la DMP. Dr... (E16) « C'est un temps qui n'est pas rémunéré ».

Le médecin pouvait aussi fournir une explication incompréhensible, qui n'était pas à la portée du patient, l'empêchant d'être en possession des informations utiles pour choisir. Dr ... (E12) « c'est moi qui explique pas bien les choses ».

Le caractère du médecin et son état psychologique au moment de la consultation pouvaient empêcher la pratique de la DMP. Dr... (E15) « Et du côté des médecins, il y en a qui aiment bien qu'on discute et qu'on remette en cause ce qu'ils font et d'autres qui ne le supportent pas ».

2.1.5. Champ d'applicabilité de la DMP en médecine générale

Afin d'explorer le champ de l'applicabilité de la DMP en médecine générale, nous leur avons posé la question suivante : « Dans quel type de consultation cela vous paraît possible, impossible, difficile d'appliquer la DMP ? »

La moitié des médecins ont répondu le champ des maladies chroniques en médecine générale comme primordial pour appliquer la DMP. Dr ... (E2) « Pathologie chronique : diabète, asthme, BPCO. C'est là que c'est le plus intéressant ».

La majorité ont insisté sur le fait que la DMP s'appliquait pour tout type de consultation : des conseils de règle hygiéno-diététique aux consultations de pédiatrie, de gynécologie, pathologies aiguës, toute consultation de médecine générale nécessite une décision partagée. Dr... (E8) « Pour un diabétique, ne pas lui dire de faire de régime, on n'a pas le choix. Il faut qu'il accepte ». Dr... (E10) : « Ca concerne la prise en charge diagnostique, de prévention, d'examen, pas uniquement les traitements ».

Cependant, certains praticiens ont insisté sur la difficulté d'appliquer la DMP lors des consultations de prévention, quand les patients ne se sentent pas malades et donc peu concernés par les conseils médicaux. Dr... (E6) « L'APREMAS, si on leur explique pas les choses, ils jettent les documents car ils ne comprennent pas ».

En leur posant la question « Que pensez-vous du fait d'impliquer les patients dans la prise de décision ? », nous avons cherché à savoir si les médecins réalisaient de manière systématique la DMP en consultation. La plupart des médecins ont évoqué leur motivation à appliquer systématiquement cette DMP. Dr... (E16) « Dans toute relation médecin malade », « Maintenant je pense que difficilement on peut fonctionner sur le style paternaliste ».

Au contraire, quelques-uns ont insisté sur le fait de ne pas réaliser systématiquement la DMP en consultation de médecine générale. Dr... (E18) « Ca va un peu dépendre de mon humeur ce jour-là ».

2.1.6. La DMP en prévention d'une situation conflictuelle ?

La DMP préviendrait-elle le risque de situation conflictuelle en partageant les responsabilités? La réponse était très mitigée et les médecins interrogés se sont divisés en deux groupes.

Alors que la moitié des médecins ont insisté sur l'intérêt et l'importance de la décision médicale partagée comme moyen de prévention des risques médico-légaux, les autres ont répondu que la responsabilité de prise en charge et de prescription revenait au médecin qui devait assumer son rôle. Dr... (E7) « Ce qui diminue le risque de situation conflictuelle c'est le dialogue ». Dr... (E6) « Non. C'est une décision partagée, c'est une responsabilité unique : humaine, légale »

2.2. La Décision Médicale Partagée en contraception

2.2.1. Consultation de contraception

Certaines consultations de médecine générale ont été favorables à l'abord de la contraception chez la femme. Les consultations pour un certificat, une vaccination, d'information sur la sexualité, mais aussi toute consultation de médecine générale ont semblé être des moments privilégiés pour aborder le sujet. Dr... (E6) « J'essaie de lui en parler quand elle vient pour un certificat pour le sport, un temps où on peut aborder tous les aspects, ou quand elle vient pour un certificat pour travailler ou pour une vaccination ». Dr... (E4) « Leur parle contraception au moment de Gardasil, quand on approche de la majorité sexuelle ».

La consultation de gynécologie a été reconnue par certains médecins interrogés comme une consultation à part entière très chronophage. Dr ... (E12) « Elle est chronophage pour la contraception car il y a beaucoup de choses à vérifier en général et ce sont souvent des patientes qu'on ne connaît pas ».

A l'inverse, dans la majorité des cas, la consultation de gynécologie a été vécue comme toute autre consultation de médecine générale, avec le même type d'anamnèse, l'examen clinique et

la conclusion sur une thérapeutique. Dr... (E15) « Qu'on me parle de contraception ou qu'on me parle de diabète, pour moi c'est pareil ».

Le motif principal de consultation d'une demande de contraception s'appliquait majoritairement pour la primo prescription.

La moitié des médecins a confirmé qu'il s'agissait d'un moment où la patiente était en demande de renseignement, non seulement concernant son mode de contraception, mais aussi pour le suivi ultérieur (bilan biologique, frottis). Dr... (E11) « Pour les primo prescriptions ce sont souvent des patientes qui viennent pour une consultation dédiée. »

Au contraire, les demandes en fin de consultation pour un autre motif se sont plus souvent réalisées dans le cadre de renouvellement de contraception. Certains médecins ont trouvé que leurs patientes avaient tendance à demander leur ordonnance de renouvellement de contraception en fin de consultation. Ils ont insisté d'ailleurs sur la délivrance d'un vulgaire papier réclamé parfois dans le couloir par la patiente. L'acte de renouvellement était dénigré. Dr...(E10) « Les renouvellements, c'est en plus d'autre chose. Elles viennent plus pour un bout de papier ». Dr...(E1) « Le renouvellement se fait entre deux portes. »

2.2.2. Etape d'information de la patiente par le médecin

La décision médicale partagée en matière de contraception débutait au sein de la consultation par l'information de la patiente. Le médecin donnait des explications à la patiente, la conseillait, en des termes compréhensibles, et l'informait de manière itérative en la reconvoquant.

Dr... (E6) « Je leur présente dans un premier temps tous les moyens de contraception, oraux, locaux, par dispositif intra utérin ou Nexplanon. Je leur donne toutes les possibilités qu'elles ont ». Dr.... (E8) « Il y a toute une éducation. Alors je les reconvoque ».

2.2.3. Représentations de la patiente du point de vue du médecin

Afin d'explorer les représentations et les envies de la patiente concernant son choix de contraception, les médecins généralistes interrogés ont décrit dans certains cas l'importance de cette étape. Si le médecin n'explorait pas ces représentations, la délibération commune n'était alors pas possible. L'exploration se faisait par la méthode de questionnement de la

patiente sur ses préférences. Dr... (E12) « C'est une étape très importante ». Dr ... (E16) « J'essaie de lui demander sa contraception idéale, ce qu'elle attend, comment elle voit sa contraception ».

Ensuite le médecin explorait à l'interrogatoire le mode de vie de la patiente, l'existence de contre-indications éventuelles, son mode de fonctionnement afin de lui proposer la méthode contraceptive adaptée. Dr ... (E5) « On voit comment elle vit, si elle a tendance à oublier ».

2.2.4. Etape de dialogue et d'échange

Il s'en suivait une étape de dialogue et d'échange où le médecin avait tendance à orienter et convaincre la patiente. Lui seul était porteur du savoir médical. Dr... (E1) « J'essaie de les orienter sur un mode de contraception et à moi de les convaincre pourquoi ce choix-là ».

Un médecin a nuancé ses propos en insistant bien sur le choix de la patiente qui primait. Dr... (E7) « Le prescripteur guide mais c'est la patiente qui choisit ».

Dans cette étape, le médecin a dû s'assurer que l'information délivrée était comprise (la majorité le soulignait mais ne le faisait pas systématiquement). Dr... (E8) « Je ne m'assure peut être pas toujours qu'ils ont compris, et il faudrait que je les fasse répéter, reformuler les choses, mais il faut le temps ».

2.2.5. Difficultés du médecin généraliste en prescription de contraception

A la question « Certaines demandes en contraception vous mettent-elles en difficulté ? », en présence d'un désaccord avec la patiente, certains médecins ont prescrit la contraception souhaitée, motivant leur rôle de guide et non de décideur. Dr...(E6) « Quand je ne suis pas d'accord, oui je finis par leur prescrire car sinon il y a un risque de grossesse non désirée »

Pour quelques-uns, l'importance du dialogue avec la patiente a permis de trouver une solution.

Un praticien a précisé qu'il avait suivi les recommandations pour contourner la difficulté. (E14) « « J'étais en difficulté et au final j'ai suivi les recommandations ».

Concernant la gestion des contre-indications, la plupart des médecins ont répondu qu'ils ne prescrivaient pas le moyen de contraception en présence de contre-indications. Dr... (E12) « Si réellement il y a une contre-indication, je leur dis que je ne peux pas les suivre ».

Certains ont répondu prescrire la contraception choisie par la patiente y compris en présence de contre-indications. Dr ... (E9) « Non on peut pas ne pas leur prescrire en cas de fort de tabagisme. Mais si on leur dit non, c'est non-assistance à grossesse en danger ».

Quelques médecins ont fait part de la gêne ressentie par certaines de leurs patientes, et de la délicatesse de leur place en tant que médecin de famille, proche des patientes, pour réaliser des consultations de gynécologie.

Certains médecins interrogés ont signalé l'état des connaissances faibles de la patiente en matière de gynécologie et surtout la présence d'informations erronées et non fiables à l'origine de croyances faussées, ne facilitant pas l'information du médecin envers la patiente. (4/18). Dr... (E17) « C'est par méconnaissance des autres options que les patientes se portent sur un mode précis de contraception ». Dr... (E5) « Les patientes se renseignent sur internet et arrivent avec des idées bien conçues et souvent erronées ».

2.2.6. Etape de prise de décision

Lors de l'étape de délibération et de prise de décision, pour la majorité des médecins, la patiente a décidé de sa contraception en l'absence de contre-indications. Dr... (E13) « Moi je ne suis pas là pour juger d'une contraception ou d'une autre. C'est la patiente qui décide de sa contraception ».

Pour quelques autres médecins, leur rôle était de décider pour la patiente de sa méthode contraceptive et de la convaincre afin qu'elle y adhère. Dr...(E17) « La DMP, ce n'est pas une démission du médecin, voilà je vous mets ça sur la table, les options et vous décidez. Ce n'est pas un menu. C'est une association à une démarche et la décision reste dans les mains du médecin ».

Nous nous sommes interrogés sur l'influence du médecin concernant le choix contraceptif.

La majorité des médecins interrogés ont estimé influencer le choix contraceptif de la patiente grâce aux informations délivrées lors de leur consultation. Dr... (E10) « Oui on a une influence, on informe des avantages et des inconvénients d'une contraception ».

Au contraire, une minorité de médecins n'a pas semblé éprouver une quelconque influence sur le choix de la patiente, la patiente étant déjà suffisamment renseignée et ayant son idée. Dr... (E11) « Normalement je ne suis pas sensé influencer le choix, mais elles viennent souvent avec des idées bien préconçues ».

La demande précise d'un moyen de contraception était importante. La majorité des médecins ont affirmé que la patiente avait une idée précise de la contraception qu'elle désirait, et ce d'autant plus que la patiente était d'âge mûr. Dr... (E14) « Souvent elles veulent la pilule. Elles viennent avec une idée précise ».

Les femmes jeunes avaient souvent entendu parler d'une pilule par l'entourage, mais ne connaissaient pas bien les autres moyens de contraception (5/18) et venaient souvent accompagner d'un proche. Dr... (E17) « Alors ça dépend de l'âge, on peut avoir des patientes jeunes, elles ne savent pas trop ». Dr...(E2) « On ne les voit pas seules, avec le père ou la mère... ».

IV. DISCUSSION

1) Limites méthodologiques

Parmi les biais potentiels de cette étude qualitative par entretien dirigé semi-directif, le manque de temps de certains médecins généralistes n'a pas permis à ces derniers de répondre à tous les critères étudiés. En effet, dans cette étude, deux médecins généralistes au bout de dix minutes n'avaient plus le temps de participer à l'étude. Cela met en avant la difficulté générale des études impliquant des professionnels de santé en exercice, sans qu'ils soient intéressés forcément par le sujet ni dédommagés pour cela. Ceci est en lien avec un modèle économique réaliste.

La durée des entretiens a été variable de 10 minutes à 27 minutes. Les entretiens ont pourtant été réalisés en fin de demi-journée en l'absence de patient en attente. Seul un entretien a été réalisé le matin, avant les consultations. En fonction de leur degré d'activité de gynécologie, la durée des entretiens a varié. Pour les médecins pratiquant très peu de gynécologie, les entretiens ont en moyenne été plus courts, même s'ils prônaient pour l'applicabilité de la DMP dans leurs consultations. La majorité des médecins interrogés semblaient intéressés par le sujet de la DMP.

Le second biais provient de l'échantillon de notre étude, qui est quelque peu différent de la représentativité des médecins généralistes en France. Alors que ces derniers sont en majorité des hommes (57%), notre échantillon recrute 66% de femmes. Par ailleurs, l'âge moyen de notre échantillon (47,5 ans) est inférieur à la moyenne nationale qui est de 51 ans.

Le troisième biais relatif à l'étude qualitative telle qu'elle l'est dans notre travail peut être la superficialité des réponses entraînant un biais de déclaration. Le médecin interrogé répond ce qu'il veut et ses réponses ne sont pas forcément le reflet de la réalité. Il peut se sentir jugé par l'enquêteur, même si nous l'avons prévenu que les entretiens étaient anonymes lors de la retranscription. Ainsi, certaines réponses sont peut-être éloignées de la réalité, d'autant plus sur un sujet qui interroge le médecin sur son savoir être, ce qu'il n'est pas forcément habitué à faire. Certains médecins à l'issue de la première question semblaient inquiets de ne pas avoir

répondu juste. Nous leur avons expliqué que toute réponse était intéressante et qu'il n'y avait pas de bonne ou mauvaise réponse.

Enfin, un autre biais est le choix limité à un seul acteur et parlant d'une attitude généralement adoptée. Nous sommes dans les représentations de la pratique du médecin et non dans l'évaluation réelle de sa pratique, avec ou non utilisation de la méthodologie « Démarche partagée ». La réalité de la réalisation d'une démarche médicale partagée est éminemment subjective : concernant la contraception, les patientes elles-mêmes souhaitent-elles cette démarche médicale partagée ? En ont-elles le temps, la disponibilité ? Nous pouvons imaginer que certaines patientes se considèrent suffisamment informées et souhaiteraient un modèle informatif pur.

Les conditions d'entretien au cabinet peuvent altérer la qualité des réponses. Certains entretiens ont été interrompus par le téléphone ou par une tierce personne. La concentration du médecin généraliste dans sa réponse peut en dépendre.

L'enquêteur peut ne pas être toujours objectif, et la façon dont il pose les questions peut parfois orienter et biaiser les réponses. Le guide d'entretien au fur et à mesure est mieux maîtrisé et la qualité des réponses probablement meilleure.

L'analyse des résultats d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés est aussi dépendante de l'enquêteur. Il peut manquer d'objectivité lors du classement des idées ou de leurs codifications. La qualité de l'analyse dépend de l'expérience de l'enquêteur. Une triangulation des données avec participation d'un autre enquêteur aurait permis d'éviter ce biais.

L'analyse des réponses a été réalisée après saturation des données, c'est-à-dire en l'absence d'émergence de nouvelles idées, survenue plutôt rapidement dans notre étude (18 entretiens).

La principale limite de l'étude qualitative est la tendance à la généralisation des résultats à partir d'un échantillon très faible. Les résultats n'ont aucune valeur statistique, les idées exprimées ne peuvent être quantifiées.

Concernant la prescription de contraception, l'information des médecins suite aux polémiques récentes sur les effets thromboemboliques des pilules oestro-progestatives a pu biaiser les

résultats. La majorité des médecins interrogés ont témoigné de l'importance de la décision médicale partagée afin d'éviter les risques médico-légaux en cas de problème thrombotique suite à la prescription. Ils ont été sensibilisés pendant la polémique.

Aussi, le thème même de la contraception peut induire une attitude différente des médecins. C'est un thème qui n'est pas neutre et peut renvoyer le médecin, voire la patiente à d'autres problématiques de vie biaisant la qualité de la relation médecin-usagère du système de santé.

2) Forces de l'étude

La méthode qualitative s'est révélée être la méthode de choix pour l'étude de notre objectif : décrire les représentations de chaque acteur, les forces et les freins de la DMP en consultation. Il s'agissait donc d'étudier des phénomènes complexes tels que l'analyse d'une décision.

Les entretiens ont été réalisés grâce à un guide d'entretien élaboré en fonction de notre objectif de recherche. Ce guide d'entretien constitué de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses riches en information, variées, reflétant le point de vue du médecin généraliste en matière de DMP.

Les différentes catégories d'âge sont représentées (allant de jeunes médecins âgés 30 ans à des médecins en fin de carrière de 65 ans et plus expérimentés), de même que le sexe, le type d'activité : beaucoup (33%) ou peu de gynécologie (44%), cabinet de groupe ou non, en zone rurale (44%) ou urbaine (50%).

Certains participent à l'enseignement universitaire (maîtres de stage, 61%).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans l'applicabilité de la DMP au sein de la pratique des médecins maîtres de stage ou non.

En revanche, concernant la DMP en contraception dans le sous-groupe « activité de gynécologie », nous retrouvons une similitude dans la pratique des médecins faisant très peu d'activité de gynécologie. Ils prescrivent la contraception demandée par la patiente sans effectuer de DMP.

3) Résultats comparés avec la littérature

Nous avons montré dans cette étude que l'étape d'information des patientes par le médecin est primordiale dans la DMP, et que d'elle découlent le dialogue et la décision. Cette étape est d'autant plus importante que certains médecins ont insisté sur le manque d'éducation de certaines patientes et sur l'abondance de sources d'informations erronées (sites internet, médias, entourage). Un médecin (E5) précise que « l'évolution des mentalités n'est pas si importante de nos jours».

Le manque d'information des patientes est confirmé dans un travail de thèse effectué par une enquête transversale auprès de femmes au sein d'une maternité. Il en ressort un manque d'information sur la contraception. Une information éclairée influence directement leur choix et permet une meilleure adhésion à leur contraception. Ce défaut d'information viendrait des professionnels de santé par manque de temps mais aussi des femmes qui ne chercheraient pas cette information [26].

Une autre étude publiée en Autriche en Février 2013 met en évidence l'influence du choix d'une contraception par les informations que la patiente a reçues de son médecin [27].

Un travail de thèse réalisé auprès de 200 femmes dans le Var montre que les IVG sont très nombreuses alors que les patientes sont sous contraceptif. La mauvaise efficacité peut s'expliquer par le choix non adapté de la méthode, en relation avec une mauvaise connaissance et information des autres méthodes de contraception. Cela insiste sur l'importance d'un échange entre le prescripteur et la patiente [28].

L'étude *Entred* de 2007 réalisée auprès de patients diabétiques et de leur médecin montre qu'informer et prescrire ne suffisent pas, mais qu'il faut accompagner le patient dans sa prise en charge. Pour renforcer la relation médecin/patient, il apparaît nécessaire d'informer les patients des possibilités de suivi éducatif et d'aider les médecins en renforçant leurs compétences éducatives [7].

L'Observatoire régional de la santé PACA étudiant la sexualité, la contraception et le taux d'IVG chez les jeunes de 15 à 24 ans en PACA met en évidence le plus fort taux d'IVG après la Corse et l'Ile de France avec 20,1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ainsi, le

rôle d'intervenant du médecin généraliste prend toute son importance dans notre département [29].

Concernant la définition de la DMP par la Haute Autorité de Santé comme « un échange bilatéral d'informations entre le médecin et la patiente puis une délibération en vue d'une décision prise d'un commun accord pour la santé d'un patient », certains médecins interrogés ont donné une définition de la DMP centrée sur la prise de décision. Or, il ne s'agit que de la dernière étape du processus (après l'information et la délibération) [5].

Concernant l'information, elle peut être divisée en deux parties : l'information du médecin donnée au malade et à l'inverse l'information des représentations du patient au médecin.

Dans le premier cas, l'information du patient par le médecin est aisée de nos jours avec la multiplicité des sources d'informations, notamment informatisées, à partir de sites sources référencés. C'est ce qu'il ressort de la majorité de nos entretiens. Les médecins n'ont aucune difficulté à s'informer de sources fiables. Certains d'entre eux insistent tout de même sur l'importance d'une lecture critique de la source.

Dans le deuxième cas, les médecins semblent n'avoir aucune difficulté à recueillir les valeurs personnelles et les représentations des patientes quant à leur choix contraceptif.

Ils affirment tous leur poser directement la question par oral. La patiente exprime par ailleurs facilement son désir, lorsqu'elle en présente.

Dans notre étude, un obstacle majeur à la Décision Médicale Partagée est le manque de temps éprouvé par le médecin généraliste en cabinet. En plus de recevoir ses patients, il est contraint de passer de plus en plus de temps à la comptabilité et aux formalités administratives.

Cette notion est reprise dans un travail de thèse réalisé à Nantes en 2004, qui confirme que la décision médicale partagée n'est pas appliquée dans sa totalité en pratique par manque de temps [30].

Un autre travail de thèse réalisé dans le Nord confirme le manque de temps et la place trop brève de l'éducation des patientes en médecine générale lors de la consultation de primo

prescription d'une contraception, bien que les médecins généralistes se sentent correctement formés (34% connaissent les recommandations et 19% les ont lues) [31].

Dans les autres limites qui ressortent dans cette étude, la majorité des médecins ont précisé qu'elles venaient du patient et en particulier de son manque de recul et de son faible niveau intellectuel. En revanche, ils n'ont pas évoqué le cas du patient ne laissant pas la possibilité au médecin d'être en DMP qui peut ne pas correspondre à tous les patients. L'objectif du médecin est ainsi de s'adapter aux préférences du patient.

Par ailleurs, seulement quelques médecins ont insisté sur les limites venant du médecin. Elwyn et coll dans leur étude qualitative visant à explorer le point de vue des médecins généralistes sur la démarche partagée ont également développé ces limites : le manque de temps pour l'éducation des patients et parfois la difficulté pour les praticiens à laisser les patients décider [22].

Le qualificatif « partagé » n'est pas clair pour plusieurs médecins interrogés : « partagée avec qui ? ». Un médecin interrogé précise qu'il n'y a que lui dans la prise de décision.

« Cela veut dire que je prends la décision médicale, que j'explique ma décision ». (E1)

Pour la majorité des praticiens interrogés, la notion de Décision Médicale Partagée n'est pas forcément connue en ces termes, mais impliquer le patient dans la prise de décision est une pratique bien ancrée dans leur consultation de médecine générale. « C'est ce qu'on appelait à l'époque la négociation thérapeutique » (E13).

Plusieurs médecins insistent sur le fait qu'on ne peut pas imposer un traitement à quelqu'un et que le dialogue et l'échange sont primordiaux. Le consentement du malade est obligatoire avant tout traitement.

C'est dans ce sens-là que le CCNE définit « toute personne doit être présumée capable a priori de recevoir des informations et de donner un consentement libre et éclairé à un acte médical qu'on lui propose » [19].

La prise de décision médicale est toujours marquée d'une incertitude. La DMP, en lien avec l'EBM (qui consiste à fonder les décisions cliniques sur les connaissances théoriques et sur les preuves scientifiques, en tenant compte des préférences des patients) a toute sa place. Cela est d'autant plus vrai dans les situations cliniques où les attitudes thérapeutiques sont

multiples et ne permettent pas au médecin d'avoir une préférence claire, comme dans le cas des consultations de contraception. Dans ces situations de choix, la place du patient prend toute son importance.

Même si la majorité des médecins dans notre étude prônent une DMP, nous avons montré qu'à peine plus de la moitié des médecins l'appliquaient de façon systématique. Ainsi, plusieurs chercheurs ont réalisé des études afin de faciliter la prise de décision partagée. C'est le cas de France Legaré, à l'université Laval qui a traduit et validé une échelle de confort décisionnelle du médecin [20], [21].

En matière de contraception et afin de faciliter la Décision Médicale partagée, l'AFSSAPS a élaboré une stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, selon le modèle BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour). Ainsi, cette grille a pour but de faciliter la démarche individuelle d'aide au choix et de guider le médecin et le patient dans la prise de décision. Aucun des médecins interrogés dans notre étude ne connaissait l'existence des outils d'aide à la Décision Médicale Partagée [32].

4) Propositions d'actions d'amélioration

Le médecin généraliste intervient dans un monde complexe où de multiples acteurs entrent en jeu, dans une société de communication sur tous les sujets y compris les sujets de santé. Ainsi, les patientes arrivent désormais avec leur niveau d'information, de désinformation, leurs représentations. Seulement, comme pour toute consultation, le médecin manque de temps à l'information des patientes, moment clé en lien avec l'efficacité de la contraception.

L'augmentation du temps d'information serait un facteur qui pourrait contribuer à réduire le nombre d'IVG, par l'intermédiaire d'une meilleure observance et d'une meilleure sensibilisation aux risques de grossesse.

Il conviendrait également de mieux former les médecins généralistes aux outils d'aide à la prise de décision partagée afin de leur faciliter cette étape. Ces outils ont en effet pour but de faciliter la participation des patientes à l'élaboration de la décision en leur fournissant l'information la plus objective possible sur les bénéfices et les risques des différentes options

envisageables. Ainsi, la grille BERGER élaborée par l'AFSSAPS permettrait de mieux guider le praticien lors de sa consultation de prescription de contraception.

Pour quelques médecins interrogés ne pratiquant que très peu la gynécologie, il ressort un certain blocage du praticien, qui se décrit non à l'aise dans la prescription et préfère renvoyer la patiente à un confrère. Les praticiens ont confirmé le renouvellement de l'ordonnance afin de « dépanner » la patiente. Il n'y a pas eu systématiquement de réévaluation du traitement. Le médecin s'est-il assuré que la patiente était correctement suivie par un de ses confrères ? A-t-il réalisé un conseil minimal ?

Certains de ces médecins assurent avoir réalisé ce conseil minimal, par rapport à l'association tabac / pilule. « L'arrêt du tabac, j'insiste là-dessus » (E2).

Un médecin insiste sur « je prescris le machin et puis c'est tout ».

Il faut souligner ici qu'au cours de ces entretiens, aucun autre thème n'a été évoqué par les médecins. Ainsi, il serait utile de réfléchir à quelques propositions complémentaires.

Une démarche médicale partagée valorisée pour le temps passé, au contenu fléché, proposée à des moments définis est un modèle qui n'a pas été exploré (par exemple : en début de contraception, en cas de difficultés ressenties par la patiente ou le professionnel de santé, suite à une interruption volontaire de grossesse).

La pratique médicale à multiples acteurs est peut-être un élément à prendre en compte. Multiplication des chances pour les patientes ou diminution par démotivation de chacun d'eux ? Les réalisations antérieures de démarche médicale partagée auraient avantage à être connues des autres professionnels. Ils pourraient ainsi proposer une démarche minimaliste pour s'assurer qu'il n'y a pas de difficultés et s'impliquer pour les patientes qui n'en n'ont pas encore bénéficié.

CONCLUSION

Nous avons pour objectif dans ce travail de décrire par le point de vue des médecins généralistes, les représentations de chaque acteur, les forces et les freins d'une démarche partagée en santé et plus particulièrement en contraception.

Pour ce faire, la réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 18 médecins généralistes dans le Var et les Alpes Maritimes entre Octobre 2013 et Avril 2014 semblait pertinente pour étudier au mieux le ressenti de ces derniers.

Les résultats ont montré que la majorité des praticiens approuvaient l'intérêt d'adopter une démarche partagée en consultation de médecine générale et en prescription de contraception et assuraient l'appliquer systématiquement pour tout type de consultation.

Il en ressortait un bénéfice sur l'observance thérapeutique, l'adhésion au projet de soins, la prise en charge des patients et l'économie de la santé.

Cependant, elle était limitée par le patient lorsque le niveau d'écoute était insuffisant ou lorsqu'il n'adhérait pas à la démarche ne permettant pas d'établir un véritable échange et par le temps souvent trop court accordé par le médecin.

.

La consultation de contraception, comme toute consultation de médecine générale, apparaît favorable à la mise en place d'une telle démarche, en particulier lors de la primo prescription. Du point de vue des médecins, les patientes qui le souhaitent attendent des informations non seulement sur leur traitement mais aussi sur leur prise en charge ultérieure, et que leurs désirs soient pris en compte.

Suite à notre étude, et devant certaines difficultés ressenties par les médecins lors d'une prescription de contraception, il apparaît nécessaire que leur formation soit de qualité, depuis la faculté jusqu'aux formations médicales continues, afin qu'ils puissent informer avec aisance les patientes et adopter une telle démarche.

L'information des patientes est importante, mais n'est pas la seule étape de la DMP. Il est primordial que les médecins respectent les trois étapes distinctes afin de délibérer communément.

La « communication dans la relation de soins » et l'éducation du patient peuvent se rejoindre, notamment lorsqu'il s'agit de permettre au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation et de participer davantage aux décisions qui le concernent.

L'éducation du patient est d'ailleurs définie comme « un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient », et par conséquent un processus reposant fondamentalement sur la communication entre le médecin et le patient.

Cependant, même si cette démarche partagée paraît optimale de nos jours où le patient est placé au centre de sa prise en charge, elle paraît difficile à mettre en œuvre lorsque ce dernier interagit avec le médecin et ne lui laisse pas la possibilité de l'appliquer. Cette méthode ne peut pas correspondre à tous les patients mais l'objectif des médecins n'est-il pas justement de s'adapter aux patients ?

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
2. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique. France, Avril 2005.
3. Evidence Based Medicine : La médecine fondée sur les preuves. France, Janvier 2011, 25 p.
4. BESSON A, CROS R. Le patient expert dans les établissements de santé. | Base documentaire | Banque de Données en Santé Publique. 2013, 28 p.
5. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. France : HAS, 2007, 8 p.
6. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel : qu'est-ce que c'est ? France, Août 2013.
7. Etude ENTRED 2007-2010. L'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. France, 2010, 89 p.
8. Fournier Cécile. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. France, 4 p.
9. Haute Autorité de Santé. Concept, aides destinées au patient et impacts de la Décision médicale partagée. France, Octobre 2013, 76 p.
10. Parson T, The social system, Glencoe, The free press, 1951.
11. Brock DW. The Ideal of Shared Decision Making Between Physicians and Patients. Kennedy Institute of Ethics Journal. 1991; 1(1):28-47.
12. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 22 avr 1992; 267(16):2221-2226.
13. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. mars 1997; 44(5):681-692.

14. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*. 18 sept 1999; 319(7212):780-782.
15. Moumjid N, Brémond A. : « Révélations des préférences en matière de décision de traitement en oncologie : un point de vue actuel », *Bulletin du cancer*, 2006 ; 93 : 691-7.
16. Bremond, Goffette, Moumjid : « Relation Médecin Patient ». Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants. 2010, France, 7 p.
17. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared decision making. *Journal of health services research and policy*, 1997; 2:112-12.
18. CAROL, Laurent. Comment les patients se positionnent-ils par rapport à la décision médicale partagée ? [Thèse], Lyon, 2005, 75 p.
19. Comité Consultatif National d’Ethique. Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soins ou de recherche. Rapport N°58, Paris, 1998, 33 p.
20. Legaré F, Graham I. Prise de décision partagée : traduction et validation d’une échelle de confort décisionnel du médecin. 2003 ; 4 : 216-222.
21. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 1996.
22. Elwyn G, Edward A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise : the competences of involving patients in health choices. *British Journal of General Practice*, 2000; 50, 892-897.
23. INPES. La meilleure contraception, c’est celle que l’on choisit. France , 2007, 17 p.
24. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 1999; 319:766-9.
25. Blanchet A, Gotman A, L’enquête et ses méthodes : 5^e édition, Nathan université, 2001.
26. BENNACEF, Ikram. Une information claire et neutre sur la contraception modifie-t-elle le comportement des femmes en matière de choix ? [Thèse], Rennes, 2011, 46 p.

27. Eqrarter C. Women's perceptions and reasons for choosing. the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. [BMC Womens Health. 2013] - PubMed - NCBI. 2013.
28. GUILLERMAIN, Camille. Les moyens de contraception : connaissances, attitudes et pratiques de femmes. Enquête réalisée auprès de 200 femmes du canton de Fayence. [Thèse], Nice, 2012, 81 p.
29. Observatoire régional de la santé. France, PACA, 2010,164 p.
30. JAULIN, Magali. La décision partagée en médecine générale. Quelles représentations en ont les praticiens ? Enquête auprès de 40 médecins généralistes. Université de Nantes, [Thèse], 2004, 123 p.
31. EURIN, Gaëlle. LA PREMIERE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION EN MEDECINE GENERALE Caractéristiques de la consultation de primo prescription de contraception. Enquête auprès des médecins généralistes du Nord. [Thèse], 2012, 99 p.
32. AFSSAPS. Comment aider une femme à choisir sa contraception? France ; Septembre 2013. 4 p.
33. ANAES. (Fiche de synthèse contraception VVD-2006) - contraception_synthese.pdf. 2004
34. ETUDE EPILULE. SFMG. Contraception adolescents. France, 2010, 10 p.
35. TALON BROUSTE, Claire. Approche qualitative de la contraception et de la démarche d'aide au choix contraceptif en médecine générale. [Thèse], Montpellier, 2009, 314 p.
36. Atlas de la démographie médicale 2014 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. France ; 2014. 4 p.

ANNEXES

Annexe I : Les modèles de décisions médicales d'après Charles

	Modèle paternaliste	↔	Décision partagée	↔	Modèle informatif
Echange d'information	Unidirectionnelle Médecin → Patient Contenu médical Information minimale requise par la loi		Bidirectionnelle Médecin ↔ Patient Contenu médical et personnel Toute information pertinente pour la prise de décision		Unidirectionnelle Médecin → Patient Contenu médical Toute information pertinente pour la prise de décision
Délibération	Médecin seul ou avec d'autres médecins		Médecin et patient (et potentiellement autres acteurs)		Patient (et potentiellement autres acteurs)
Qui prend la décision ?	Médecin		Médecin et patient		Patient

Annexe II : Caractéristiques de l'échantillon

LISTE	AGE	SEXE	RURAL/URBAIN	ACTIVITE GYNECO/DU	MAITRE STAGE	Type cabinet	Type patientèle
1	40	F	Rural	Modérée	Oui	Groupe	Jeune
2	36	H	Rural	Néante	Oui	Groupe	Agée
3	30	F	Rural	Modérée	Non	Groupe	Mixte
4	43	H	Rural	Faible	Non	Groupe	Jeune
5	55	F	Rural	Importante/ DIU gynéco	Non	Seul	Mixte
6	45	F	Urbain	Importante	Oui	Groupe	Jeune
7	55	F	Urbain	Importante	Oui	Seul	Jeune
8	61	F	Urbain	Modérée	Oui	Seul	Agée
9	61	H	Urbain	Faible	Oui	Seul	Agée
10	39	F	Urbain	Importante	Oui	Groupe	Jeune
11	40	H	Semi rural	Néante	Oui	Groupe	Jeune
12	45	F	Urbain	Très importante/ DIU	Oui	Groupe	Très jeune
13	65	H	Urbain	Néante	Non	Groupe	Mixte
14	30	F	Rural	Modérée	Non	Groupe	Mixte
15	50	H	Urbain	Faible	Non	Groupe	Agée
16	62	H	Rural	Faible	Oui	Groupe	Agée
17	58	H	Rural	Faible	Non	Groupe	Agée
18	40	F	Urbain	Importante	Oui	Groupe	Jeune

Annexe III : Guide d'entretien initial

Sexe du médecin :

Age du médecin :

Lieu d'exercice :

Année d'installation :

Mode d'exercice (type rural ou urbain, cabinet de groupe ou seul, dossier informatisé ou non, secrétariat, moyenne de consultations journalières) :

Activités de gynécologie (nombre d'actes moyens par semaine, suivi de contraception pose de DIU ou d'implant) :

La décision médicale partagée en contraception :

Contexte :

La polémique récente sur les effets thromboemboliques des contraceptifs oraux donne une importance majeure à l'évaluation des indications et des contre-indications lors de la primo-prescription ou du changement d'une contraception.

Intérêt d'une réévaluation régulière de chaque patiente prenant une contraception.

Importance de l'information des patientes concernant les risques associés à chaque traitement. Nombreuses IVG chez les jeunes dont certaines imputables à une mauvaise observance de la contraception. Importance de la relation médecin – malade et du contenu de la consultation entre ces deux acteurs.

« La meilleure contraception est celle que l'on choisit » : en pratique ?

L'objectif de la thèse est de décrire le ressenti et les difficultés des acteurs impliqués dans la prise de décision d'une contraception.

Votre avis m'intéresse concernant votre propre pratique et votre expérience sur la prescription d'une contraception et le contenu de votre consultation.

Thème 1 : Le concept de décision médicale partagée en général

- Si je vous dis « Décision médicale partagée », qu'est-ce que cela vous évoque ?
- Que pensez-vous du fait d'impliquer les patients dans la prise de décision ?

- Selon vous, quels pourraient être les obstacles d'une décision partagée lors d'une consultation médicale ?
- Quels bénéfices pourrions-nous tirer de la décision médicale partagée ?
- Dans quel type de consultation l'exercez-vous ou pourriez-vous l'exercer ?

Thème 2 : La Décision médicale partagée en contraception

- Lors de vos consultations de contraception que mettez-vous en place pour permettre une décision médicale partagée ?
- Que pensez-vous de l'applicabilité de la décision médicale partagée dans le domaine de la contraception (primo-prescription ? changement ? renouvellement ?)
- Décrivez-moi le contenu de votre consultation
- Que mettez-vous en œuvre pour réévaluer chaque prescription lors d'une consultation de renouvellement de contraception ?
- Comment pouvez-vous définir le motif de consultation : motif principal ? demande dans le cadre d'une autre consultation ? demande précise de pilule ? demande de moyen de contraception ?
- Comment pouvez-vous expliquer vous les nombreuses IVG malgré une augmentation croissante de la prescription de contraception ? A quel âge leur parlez vous contraception ?

Thème 3 : Information de la patiente

Introduction : « La partage de la décision suppose un partage de l'information »

- Pour un médecin généraliste, l'accès à l'information médicale vous paraît-il aisé aujourd'hui ?
- Comment vous tenez vous informé(e) des recommandations de prescription des contraceptifs ? Citez des revues, des sites précis, autres.
- Qu'est-ce que pour vous une information médicale objective ?
- Comment voyez-vous la traduction de cette information médicale à la patiente en contraception (forme orale, écrite, chiffrée, non chiffrée ?) ?
- Quelles sont vos difficultés à l'information de la patiente ? Citez un exemple.

Thème 4 : Les représentations des médecins

Introduction : « Le partage de la décision nécessite deux acteurs, ayant chacun des valeurs et des représentations propres à lui »

- Pourriez-vous me raconter une consultation de contraception au cours de laquelle vous avez ressenti des difficultés ? Quels types de difficultés ? Raisons invoquées ? Modalités de gestion de ces difficultés ? Attitude de la patiente ? Son ressenti à elle ? Issue ?

- Dans votre pratique, y-a-t-il des méthodes de contraception que vous ne proposez pas ? Lesquelles ? Raisons ? Vécu personnel ? Spermicides, diaphragmes, qu'en pensez-vous ?

- Comment gérez-vous les moyens de contraception non remboursés ?

- Contraception d'urgence : comment abordez-vous le sujet ? En parlez-vous de manière systématique ?

Thème 5 : Les représentations des patientes décrites par les médecins

Introduction : « La décision médicale partagée implique la prise en compte des valeurs et des représentations de la patiente par le médecin »

- De votre point de vue, quelles sont les attentes des patientes lors d'une demande de contraception en consultation de médecine générale ?

- Comment explorez-vous les préférences des patientes ?

- Pourriez-vous me raconter une consultation où vous n'étiez pas d'accord avec la patiente concernant son choix contraceptif ? Description de la situation ? Raisons du désaccord ? Démarche des acteurs ? Discussion ? Négociation ? Issue ?

Thème 6 : Les outils d'aide à la décision médicale partagée / recommandations

- Que pensez-vous en pratique de la recommandation ANAES 2004 qui véhicule l'idée centrale de l'importance de la participation de la femme à son choix contraceptif et le rôle de guide du prescripteur ?

- Que pensez-vous des outils d'aide à la décision médicale partagée en contraception ?

(Modèle BERCER de l'OMS, le connaissez-vous ? Comment faites-vous pour l'appliquer ? Explications si non connu, 6 étapes de la consultation : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour)

Thème 7 : Auto-évaluation sur les compétences des Médecins généralistes sur la prescription de contraception

- Comment définiriez-vous votre formation à la faculté, stages hospitaliers, FMC, auto-formation en matière de contraception ?

- Que pensez-vous des compétences de prescription des médecins généralistes par rapport à celles du gynécologue ?

- Quel temps en moyenne dure votre consultation de prescription ou de renouvellement de contraception ?

- En conclusion, vous sentez vous à l'aise dans la prescription d'une contraception / réévaluation d'un renouvellement ?

Auriez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe IV : Guide d'entretien

Sexe du médecin :

Age du médecin :

Lieu d'exercice :

Année d'installation :

Mode d'exercice:

Activités de gynécologie :

Type de patientèle (jeunes, âgés) :

Vie non professionnelle : quel type de personnalité ? Directif, autoritaire, empathique, conciliant, facilitateur, compréhensif ?

L'objectif de la thèse est de décrire le ressenti et les difficultés des acteurs impliqués dans la prise de décision d'une contraception.

Votre avis m'intéresse concernant votre propre pratique et votre expérience sur la prescription d'une contraception et le contenu de votre consultation.

Thème 1 : Concept de Décision Médicale Partagée en médecine générale

1. C'est quoi pour vous la DMP ?
2. Comment cela se passe dans votre expérience lors d'une consultation en MG pour la contraception ? Les obstacles de la DMP ? Ses bénéfices ? Son applicabilité en médecine ?
3. Comment explorez-vous les représentations des patients concernant une prise en charge ? Est-ce une étape importante dans le processus de décision ?

« Le partage de la décision suppose un partage de l'information »

4. Comment traduisez-vous l'information médicale aux patients ? Comment vous assurez-vous qu'elle est bien comprise ? Qu'est-ce qui vous semble difficile dans l'information du patient ? Vous trouvez-vous bien informé ?

5. Que pensez-vous du fait d'impliquer les patients dans la prise de décision ?
6. Dans quelles circonstances (type de consultation) cela vous paraît possible / pas possible / difficile ? Limites au partage de décision venant du patient ? Médecin ? Situation ?
7. Dans la décision médicale partagée, que pensez-vous du partage des responsabilités ?

Thème 2 : Un exemple, la contraception

8. La consultation de contraception est-elle différente ?
9. Dans quelle proportion la demande de contraception est-elle le motif principal de la consultation ? Dans quelle proportion émet-elle un souhait précis du mode de contraception ? Comment percevez-vous les attentes de la patiente lors d'une demande de contraception ?
10. Comment réévaluez-vous chaque prescription lors d'une consultation de renouvellement de contraception ?

« Le partage de la décision nécessite deux acteurs, ayant chacun des valeurs et des représentations propres à lui »

11. Certaines demandes en contraception vous mettent-elles en difficulté ?
(pas d'accord ?) Explications.
12. Où vous placez-vous par rapport au gynécologue dans la prescription d'une contraception ?

Auriez-vous autre chose à rajouter ?

MOTS CLES

Décision médicale partagée

Relation médecin malade

Représentations

Contraception

Droit du patient

RESUME

Contexte : L'augmentation des droits des patients, l'Evidence Based Medecine dans les soins, la notion de « patient expert », la promotion de l'éducation thérapeutique placent le patient au centre de sa prise en charge.

Objectif : Décrire les représentations de chaque acteur - médecin, patient(e) -, les forces et les freins de la décision médicale partagée en consultation de médecine générale et particulièrement en contraception, du point de vue des médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de 18 médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes et le Var. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés par thème.

Résultats : Les résultats ont montré que la majorité des praticiens approuvaient l'intérêt d'adopter une démarche partagée en consultation de médecine générale et en prescription de contraception et assuraient l'appliquer systématiquement pour tout type de consultation. Il en ressortait un bénéfice sur l'observance thérapeutique, la prise en charge des patients et l'économie de la santé.

Conclusion : Même si cette démarche partagée paraît optimale de nos jours, elle semble difficile à mettre en œuvre d'une part lorsque le médecin ne peut la proposer par manque de temps et d'autre part lorsque le patient interagit avec le médecin et ne lui laisse pas la possibilité de l'appliquer. Cette méthode ne peut pas correspondre à tous les patients et l'objectif des médecins est justement de s'adapter aux patients.

Mots clés : Décision médicale partagée, Relation médecin malade, Représentations, Contraception, Droit du patient.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.