



HAL
open science

Perceptions et expériences des patients en médecine générale concernant la décision médicale partagée. Une étude qualitative en auvergne

Damien Balet

► **To cite this version:**

Damien Balet. Perceptions et expériences des patients en médecine générale concernant la décision médicale partagée. Une étude qualitative en auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03367900

HAL Id: dumas-03367900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03367900v1>

Submitted on 6 Oct 2021

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BALET Damien

Présentée et soutenue publiquement le 05 Octobre 2021

PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DES PATIENTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE
CONCERNANT LA DÉCISION MÉDICALE PARTAGÉE.
UNE ÉTUDE QUALITATIVE EN AUVERGNE.

Directeur de thèse : Monsieur TESSIÈRES Frédéric, Maître de conférences associé,
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et
des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de conférences,
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean- Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | |
|--------------------------------|---|
| M. VAGO Philippe | Histologie-Embryologie Cytogénétique |
| M. AUMAITRE Olivier | Médecine Interne |
| M. LABBE André | Pédiatrie |
| M. AVAN Paul | Biophysique et Traitement de l'Image |
| M. DURIF Franck | Neurologie |
| M. BOIRE Jean-Yves | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication |
| M. BOYER Louis | Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique |
| M. POULY Jean-Luc | Gynécologie et Obstétrique |
| M. CANIS Michel | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. BAZIN Jean-Etienne | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. BIGNON Yves Jean | Cancérologie option Biologique |
| M. BOIRIE Yves | Nutrition Humaine |
| M. CLAVELOU Pierre | Neurologie |
| M. DUBRAY Claude | Pharmacologie Clinique |

M. GILAIN Laurent
M. LEMAIRE Jean-Jacques
M. CAMILLERI Lionel
M. DAPOIGNY Michel
M. LLORCA Pierre-Michel
M. PEZET Denis
M. SOUWEINE Bertrand
M. BOISGARD Stéphane
Mme DUCLOS Martine
M. SCHMIDT Jeannot
M. BERGER Marc
M. GARCIER Jean-Marc
M. ROSSET Eugénio
M. SOUBRIER Martin

O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Physiologie
Thérapeutique
Hématologie
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Chirurgie Vasculaire
Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1^{ère} CLASSE

M. CAILLAUD Denis
M. VERRELLE Pierre
M. CITRON Bernard
M. D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
Mlle BARTHELEMY Isabelle
M. GERBAUD Laurent

M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. RUIVARD Marc
M. SAPIN Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. ABERGEL Armando
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane
M. ANDRE Marc
M. BONNET Richard
M. CACHIN Florent
M. COSTES Frédéric
M. FUTIER Emmanuel
Mme HENG Anne-Elisabeth
M. MOTREFF Pascal
Mme PICKERING Gisèle
M. RABISCHONG Benoît

Pneumo-physiologie
Radiothérapie option Clinique
Cardiologie et Maladies Vasculaires
Dermatologie - Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Maxillo-Faciale
Epidémiologie, Economie de la Santé et
Prévention
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Médecine Interne
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Hépatologie
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie – Chirurgie Thoracique et
Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière
Médecine Interne
Bactériologie, Virologie
Biophysique et Médecine Nucléaire
Physiologie
Anesthésiologie-Réanimation
Néphrologie
Cardiologie
Pharmacologie Clinique
Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

| | |
|--------------------------------|---|
| Mme CREVEAUX Isabelle | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. FAICT Thierry | Médecine Légale et Droit de la Santé |
| Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna | Pédiatrie |
| M. TCHIRKOV Andréï | Cytologie et Histologie |
| M. CORNELIS François | Génétique |
| M. DESCAMPS Stéphane | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M. POMEL Christophe | Cancérologie – Chirurgie Générale |
| M. CANAVESE Fédérico | Chirurgie Infantile |
| M. LESENS Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| M. AUTHIER Nicolas | Pharmacologie Médicale |
| M. BROUSSE Georges | Psychiatrie Adultes/Addictologie |
| M. BUC Emmanuel | Chirurgie Digestive |
| M. CHABROT Pascal | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. LAUTRETTE Alexandre | Néphrologie Réanimation Médicale |
| M. AZARNOUSH Kasra | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| Mme BRUGNON Florence | Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction |
| Mme HENQUELL Cécile | Bactériologie Virologie |
| M. ESCHALIER Romain | Cardiologie |
| M. MERLIN Etienne | Pédiatrie |
| Mme TOURNADRE Anne | Rhumatologie |
| M. DURANDO Xavier | Cancérologie |
| M. DUTHEIL Frédéric | Médecine et Santé au Travail |
| Mme FANTINI Maria Livia | Neurologie |
| M. SAKKA Laurent | Anatomie – Neurochirurgie |
| M. BOURDEL Nicolas | Gynécologie-Obstétrique |
| M. GUIEZE Romain | Hématologie |
| M. POINCLOUX Laurent | Gastroentérologie |
| M. SOUTEYRAND Géraud | Cardiologie |
| M. EVRARD Bertrand | Immunologie |
| M. POIRIER Philippe | Parasitologie et Mycologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|-------------------|
| M. CLEMENT Gilles | Médecine Générale |
| Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne | Nutrition Humaine |
| M. VORILHON Philippe | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne | Médecine Générale |
| M. CAMBON Benoît | Médecine Générale |
| M. TANGUY Gilles | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement et
de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Mme VAURS-BARRIERE Catherine | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. BAILLY Jean-Luc | Bactériologie Virologie |
| Mle AUBEL Corinne | Oncologie Moléculaire |
| M. BLANCHON Loïc | Biochimie Biologie Moléculaire |
| Mle GUILLET Christelle | Nutrition Humaine |
| M. BIDEY Yannick | Oncogénétique |
| M. MARCHAND Fabien | Pharmacologie Médicale |
| M. DALMASSO Guillaume | Bactériologie |
| M. SOLER Cédric | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. GIRAUDET Fabrice | Biophysique et Traitement de l'Image |
| Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène | Médecine Générale |
| Mme LAPORTE Catherine | Médecine Générale |
| M. LOLIGNIER Stéphane | Neurosciences – Neuropharmacologie |
| Mme MARTEIL Gaëlle | Biologie de la Reproduction |
| M. PINEL Alexandre | Nutrition Humaine |
| M. PIZON Frank | Santé Publique |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------|-------------------|
| M. BERNARD Pierre | Médecine Générale |
| Mme ESCHALIER Bénédicte | Médecine Générale |
| Mme RICHARD Amélie | Médecine Générale |
| M. TESSIERES Frédéric | Médecine Générale |

Remerciements

A Monsieur Philippe VORILHON, Professeur des Universités

Tu me fais l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci d'avoir accepté sans hésitation cette demande, qui m'a semblé une évidence au regard de ton accompagnement dans mon parcours. Merci également pour ta disponibilité et tes conseils dans ce travail, ainsi que pour l'expérience que tu m'as apportée durant mon internat.

A Monsieur Frédéric DUTHEIL, Professeur des Universités

Merci d'avoir accepté de prendre part à ce jury et de me faire l'honneur de juger mon travail. J'espère que vous retrouverez de l'intérêt dans ce sujet, médecine du travail et médecine générale étant bien souvent complémentaires.

A Madame Hélène VAILLANT-ROUSSEL, Maître de Conférences des Universités

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Merci d'avoir accepté de juger mon travail, et pour l'enthousiasme témoigné face à ce sujet.

A Monsieur Frédéric TESSIÈRES, Maître de Conférences associé des Universités

Merci d'abord pour ta disponibilité, ta gentillesse et tous les conseils que tu m'as délivrés en acceptant de diriger ce travail. Merci également pour ta bienveillance et ton écoute en tant que tuteur durant ces années d'internat, et pour l'expérience transmise durant mon stage en autonomie.

Aux médecins et aux patients qui ont participé à ce travail

Merci pour votre aide dans ce projet et pour le temps que vous m'avez consacré.

A ma femme Héroïse

Merci pour ton soutien inconditionnel depuis déjà tant d'années. Merci pour ta présence, ton aide précieuse tout au long de ce travail, et l'amour qui nous unit au quotidien. Tout ce projet n'aurait eu aucun sens sans toi.

A ma fille Ophélie et mon fils à venir

Merci pour ce bonheur qui rayonne en permanence, et qui me pousse chaque jour à avancer.

A mes parents et mon frère Christophe

Merci pour votre présence et votre soutien depuis toujours. Sans vous, je n'en serais évidemment pas là aujourd'hui.

A mes beaux-parents Hélène et Philippe

Merci pour la place que vous m'avez faite à vos côtés. Je suis heureux et fier de faire aussi partie de votre famille.

A tous mes amis

Merci pour tout ce que l'on partage ensemble. Le chemin n'aurait pas été le même sans votre amitié sans faille et les moments passés à vos côtés.

A Olivier Fouillard

Merci pour l'opportunité que tu m'offres en prenant ta succession, pour tes conseils et ta bienveillance depuis notre rencontre. Tout ce travail prend un autre sens grâce à toi. Je suis fier de pouvoir suivre tes pas, et je ferai de mon mieux pour en être digne.

A mes futurs associés

Merci pour votre accueil au sein du cabinet. Je suis heureux de travailler à vos côtés.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des tableaux et des abréviations | 11 |
| 1. Introduction | 12 |
| 2. Méthodes | 14 |
| 2.1. Type d'étude | 14 |
| 2.2. Echantillon | 14 |
| 2.3. Guide d'entretien | 15 |
| 2.4. Recueil et analyse des données | 16 |
| 3. Résultats | 18 |
| 3.1. Evolution de la pratique médicale dans le sens de la DMP | 20 |
| 3.2. Un parallèle avec l'évolution de la société | 21 |
| 3.3. La DMP au centre de la relation médecin-patient | 23 |
| 3.4. D'une application générale vers des champs plus spécifiques | 25 |
| 3.5. Des limites qui demeurent | 27 |
| 4. Discussion | 31 |
| 4.1. Résultats principaux | 31 |
| 4.2. Comparaison avec les données de la littérature | 32 |
| 4.3. Forces et limites de l'étude | 34 |
| 4.4. Perspectives pour la recherche et le soin | 36 |
| 5. Conclusion | 37 |
| Références bibliographiques | 38 |
| Annexes | 40 |
| Annexe I. Guide d'entretien | 40 |
| Annexe II. Fiche d'information et de consentement | 41 |
| Serment d'Hippocrate | 42 |

Liste des tableaux

| | |
|--------------|--|
| Tableau I : | Caractéristiques des médecins généralistes (MG) ayant participé 18 |
| | au recrutement des patients |
| Tableau II : | Caractéristiques des patients ayant participé à l'étude 19 |

Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

DMP : Décision Médicale Partagée

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

MT : Médecin Traitant

1. Introduction

La pratique médicale a évolué ces dernières décennies. Ainsi, le modèle paternaliste, dans lequel le médecin était socialement reconnu légitime à décider seul, au regard de ce qui lui semblait être le plus approprié pour le patient, est resté prédominant jusque dans les années 1980. Il a progressivement été remis en cause, sous l'influence de plusieurs facteurs : politiques, sociologiques, scientifiques et empiriques, aboutissant à l'émergence du concept de décision médicale partagée (DMP) dans les années 1990. Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), la DMP est un modèle de décision médicale qui obéit à deux principes fondamentaux de la relation entre un professionnel de santé et un patient : l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient (1).

Il est fondé sur le principe du respect de la personne, en donnant au patient qui le souhaite les moyens de participer aux décisions qui concernent sa santé. En s'appuyant donc à la fois sur les données de la science, l'expérience du professionnel de santé et les attentes et préférences des patients, la DMP a également pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (1).

Dans plusieurs pays, et notamment en France, un cadre législatif et réglementaire définit les fondations de la DMP, publié dans l'article L1111-4 du Code de la santé publique (2). Ce concept est enseigné aux étudiants en médecine et théoriquement intégré dans la pratique du médecin (1,3).

Du point de vue des patients, une revue systématique publiée en 2011, incluant 115 études observationnelles issues de nombreux pays publiées entre 1980 et 2007, a montré que la majorité des patients souhaitent être impliqués dans la décision dans 63 % des études, ce chiffre en évolution croissante grimant même à 71 % des études publiées depuis 2000 (4). Des

enquêtes de pratiques françaises ont permis de confirmer cette tendance évolutive depuis plus de deux décennies : en France comme au niveau international, les patients souhaitent majoritairement participer aux décisions qui concernent leur santé individuelle (5,6).

Toutefois, comme le souligne la HAS, l'état des pratiques en France concernant la DMP a fait l'objet de peu de recherches empiriques permettant d'évaluer sa mise en œuvre réelle (1,3). Le but de cette étude était de déterminer les perceptions et expériences des patients consultant en médecine générale en ce qui concerne la pratique de la DMP par leur médecin traitant (MT).

2. Méthodes

2.1. Type d'étude

Afin de répondre à la problématique posée, une méthode qualitative a été retenue. L'objectif de l'enquête était de recueillir les perceptions et les attentes des patients en matière de DMP, basées sur leur expérience. Le recueil des données a été réalisé au travers d'entretiens individuels semi-directifs, enregistrés et retranscrits intégralement. L'analyse thématique visait à déterminer comment les patients percevaient la mise en œuvre de la DMP par leur MT, leur ressenti et leurs attentes dans ce domaine, ainsi que les freins à son application.

Les recommandations de l'échelle « COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies » (COREQ) ont été observées pour rapporter les éléments méthodologiques et les caractéristiques de l'étude de la façon la plus standardisée et exhaustive possible (7).

Conformément au formulaire LimeSurvey complété en amont de l'étude (8), et selon la loi Jardé sur les recherches impliquant la personne humaine (9), il n'était pas nécessaire de demander l'avis d'un comité d'éthique pour cette enquête. Afin de répondre aux règles de la Commission Nationale Informatique et Liberté sur la protection des données (CNIL), un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004) a été réalisé (10).

2.2. Echantillon

Le recrutement des patients participant à l'étude a été réalisé par l'intermédiaire de leur MT. Les médecins généralistes (MG) ont été sélectionnés en essayant d'obtenir un maximum de variabilité dans leurs caractéristiques : âge, sexe, exercice en milieu urbain et rural, statut de maître de stage des universités (MSU) ou non (tableau I). Les MG ont tous été contactés

directement, et un court entretien en présentiel a été réalisé avec chacun d'entre eux pour présenter l'objet de l'étude et les critères d'inclusion et d'exclusion des patients recherchés. Dans le contexte sanitaire imposé par la pandémie de Covid 19, et afin de limiter les déplacements, les MG concernés ont tous été sélectionnés sur la commune d'Issoire.

Les patients recrutés ont été contactés dans un premier temps par leur MT, afin de leur présenter le sujet et les modalités de l'étude, et leur demander leur accord en vue de leur participation. Après obtention de l'accord, les patients concernés ont ensuite été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour réaliser un entretien individuel.

Un maximum de variabilité dans les caractéristiques des patients recrutés était recherché au travers de l'échantillonnage : âge, sexe, profession, lieu de vie urbain ou rural, motifs de consultations pour pathologies aiguës ou chroniques (tableau II). Les critères d'inclusion étaient : patients suivis par leur MG dans le cadre de pathologies chroniques, ou consultant en médecine générale pour des motifs aigus. Étaient exclus de l'étude les patients suivis majoritairement par un médecin spécialiste pour leurs pathologies chroniques, ou consultant pour des pathologies aiguës à caractère d'urgence.

2.3. Guide d'entretien

Pour le bon déroulement des entretiens individuels semi-directifs, un guide d'entretien a été réalisé en amont (Annexe I). Il se divisait en trois parties : la première servant de mise en situation du patient par rapport à la DMP, la deuxième se concentrant sur l'expérience du patient dans ce domaine, et la troisième portant enfin sur ses attentes à ce sujet. Il était constitué de questions ouvertes, soit directement, soit par l'intermédiaire de questions de relance, afin de renforcer la réflexion et l'argumentaire. Différentes techniques d'entretien ont été mises en œuvre : respect des silences, reformulations des idées exprimées, et réalisation d'un résumé oral en fin d'entretien afin de valider l'interprétation des propos.

Deux entretiens tests ont été préalablement réalisés auprès de patients non inclus dans l'étude, afin de vérifier la pertinence du guide d'entretien, et ont permis certaines reformulations et le rajout d'une question concernant les bénéfices ressentis de la DMP sur la santé individuelle.

2.4. Recueil et analyse des données

Le lieu de l'entretien a été laissé au choix des participants. Dix se sont déroulés au domicile des patients (dont deux avec la présence du conjoint, qui a été invité à intervenir s'il le souhaitait lors de l'entretien), quatre autres ont eu lieu au cabinet de leur MT, dans un bureau indépendant. Préalablement à chaque entretien, l'objet de l'étude était brièvement présenté aux patients, de même que le statut de l'investigateur en tant qu'étudiant en médecine réalisant un travail de thèse de médecine générale.

Une fiche d'informations et de consentement à signer (Annexe II) a été remise à chaque participant avant le début de l'entretien, leur garantissant les modalités : respect des gestes barrières imposés par la pandémie de Covid 19, confidentialité et anonymisation des données en accord avec les recommandations de la CNIL (10). Il était précisé aux patients que la totalité de l'entretien était enregistré via un dictaphone, afin de garantir le respect de leurs propos. Pour renforcer la libre expression des participants, il leur a été rappelé que le but de cette enquête était de recueillir leur expérience et leur ressenti, et qu'il n'y avait donc pas de bonne ni de mauvaise réponse.

Les caractéristiques des patients (âge, sexe, lieu de vie, profession, motifs de consultations) et le respect des critères d'inclusion et d'exclusion ont été vérifiés préalablement. Les enregistrements des entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits, y compris les données non verbales dans la mesure du possible. Tous les supports de recueil (enregistrements audio et retranscriptions écrites) ont été recontrôlés pour s'assurer de leur conformité.

Une analyse thématique des données retranscrites a ensuite été réalisée, avec un codage des différentes idées émises par les participants, regroupées enfin en thèmes principaux pour la présentation des résultats. L'intégralité de l'analyse des données a été effectuée par l'investigateur. La grille d'analyse finalement élaborée a été soumise à la validation du directeur de thèse, après relecture de plusieurs entretiens.

3. Résultats

Six MG ont été contactés sur la commune d'Issoire, leurs caractéristiques étant présentées dans le tableau I. Ils ont permis le recrutement de quinze patients répondant aux critères de l'étude. Un patient n'a pas participé à l'enquête (motif : n'a pas donné suite au contact téléphonique). Quatorze entretiens ont ainsi été réalisés entre le 13 mai 2021 et le 17 juin 2021, dont deux avec la participation du conjoint, qui a également signé la fiche d'information et de consentement, et dont les critères d'inclusion et d'exclusion ont été vérifiés et validés a posteriori. Seize participants ont donc finalement intégré l'étude jusqu'à son terme. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau II.

La saturation des données a été obtenue après onze entretiens, soit treize participants. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'en assurer. La durée moyenne des entretiens était de trente-trois minutes, avec des extrêmes allant de dix-neuf minutes à cinquante et une minutes. L'analyse des données a permis de faire ressortir cinq thèmes principaux.

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes (MG) ayant participé au recrutement des patients

| | Sexe | Age | Maitre de stage des universités (MSU) | Exercice |
|-------------|------|-----------|---------------------------------------|-----------------------------|
| MG 1 | F | 30-40 ans | Non | Urbain et rural / En groupe |
| MG 2 | M | 50-60 ans | Oui | Urbain et rural / En groupe |
| MG 3 | F | 30-40 ans | Non | Urbain et rural / En groupe |
| MG 4 | M | 40-50 ans | Non | Urbain et rural / En groupe |
| MG 5 | F | 30-40 ans | Oui | Urbain et rural / En groupe |
| MG 6 | M | > 60 ans | Oui | Urbain et rural / En groupe |

Tableau II : Caractéristiques des patients ayant participé à l'étude

| | Sexe | Age | Etat civil | Profession | Retraité | Lieu de vie | Motifs de consultation |
|----------------|-------------|------------|-------------------|------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------------|
| P1 | M | 61 ans | Marié | Ouvrier | Oui | Urbain | Diabète, dyslipidémie, HTA |
| P2 | F | 75 ans | Mariée | Agent d'exploitation | Oui | Urbain | HTA, dyslipidémie, lombalgies |
| P2 bis | M | 78 ans | Marié | Receveur de la poste | Oui | Urbain | HTA, adénome prostatique |
| P3 | M | 49 ans | Marié | Cuisinier | Non | Rural | Bilan de santé, HTA |
| P4 | F | 76 ans | Mariée | Secrétaire | Oui | Urbain | Asthme, syndrome anxio-dépressif |
| P5 | F | 76 ans | Mariée | Comptable | Oui | Urbain | Hypothyroïdie, HTA |
| P6 | F | 71 ans | Mariée | Agent administratif | Oui | Rural | Nodules thyroïdiens, HTA |
| P7 | F | 71 ans | Célibataire | Femme de ménage | Oui | Urbain | Ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde |
| P8 | M | 81 ans | Veuf | Maçon | Oui | Urbain | HTA, diabète |
| P9 | M | 50 ans | Marié | Agriculteur | Non | Rural | AVC, HTA |
| P10 | M | 63 ans | Marié | Dessinateur industriel | Non | Rural | Diabète, tendinite |
| P11 | F | 61 ans | Mariée | Agent administratif | Oui | Rural | HTA |
| P11 bis | M | 65 ans | Marié | Cadre | Oui | Rural | Diabète, HTA |
| P12 | M | 41 ans | Célibataire | Electricien | Non | Urbain | Lombo-radicalgie |
| P13 | M | 61 ans | Marié | Conducteur d'engins | Non | Urbain | Dyslipidémie, HTA |
| P14 | F | 33 ans | Mariée | Téléconseillère | Non | Urbain | Suivi de grossesse, cystite |

3.1. Evolution de la pratique médicale dans le sens de la DMP

De la très grande majorité des entretiens, il est ressorti de façon marquante la perception par les patients interrogés d'une implication claire par leur MT dans les décisions qui concernent leur santé. Les participants ont mis en avant une impression de liberté dans la relation qu'ils entretiennent avec leur MT, avec la possibilité de s'exprimer de façon transparente, de pouvoir faire part de leur désaccord quand cela se produit, et surtout d'être entendus. Si le degré d'implication pratique pouvait varier d'un patient à l'autre, selon les situations ou leur choix notamment, la plupart a tout de même souligné la possibilité laissée par leur médecin de prendre part à la décision.

P2 : « Avec le docteur, on n'est pas gênés. [...] Je trouve qu'on a une liberté. »

P7 : « Il ne me met pas le couteau sous la gorge. On en discute. »

P3 : « Je lui ai parlé clairement, elle m'a entendu, on a échangé, elle m'a aiguillé et il y a vraiment eu un compromis. Elle ne m'a rien imposé. [...] Ça a l'air de rien mais c'est formidable ça... comme démarche. C'est formidable ! [...] Moi c'est ce que j'attends. »

P5 : « On peut discuter facilement avec elle. [...] Elle est très à l'écoute et c'est vrai que ça, je trouve que c'est appréciable. Elle tient compte de mon avis »

Certains patients ont relevé un changement de pratique d'ordre générationnel, estimant que la médecine d'aujourd'hui était plus ouverte, offrait plus de possibilités pour le patient de s'exprimer, d'échanger avec le professionnel de santé.

P8 : « Vous les jeunes maintenant vous êtes... je ne sais pas si c'est parce que vous êtes formés différemment... plus ouverts, vous êtes plus ouverts. »

P5 : « C'est vrai que c'est ce que j'apprécie avec les jeunes générations. [...] Je trouve que... on échange beaucoup plus avec les médecins. »

Parmi les patients les plus âgés, plusieurs ont appuyé la comparaison avec une autre pratique médicale qu'ils ont pu connaître auparavant, qu'ils ressentaient plus décisionnaire, moins ouverte à la discussion, et également parfois moins transparente dans l'information.

P5 : « Le médecin c'était quelqu'un d'important, de très respecté, et on l'écoutait point final. [...] Obligatoirement il y avait de la retenue. [...] Ça serait maintenant, je ferais peut-être part de mon désaccord au médecin. Mais à l'époque, non... Je n'avais pas osé, et je pense qu'il l'aurait très mal pris. »

P11 bis : « On sent une différence...la façon de s'exprimer, le fait de ne pas détourner le regard, et de dire les choses franchement, de ne pas vous cacher. [...] C'est une très très bonne évolution, plutôt que de cacher les choses comme c'était fait il y a des années. »

3.2. Un parallèle avec l'évolution de la société

Si les patients interrogés percevaient clairement une progression de la pratique de la DMP en médecine générale ces dernières décennies, plus de la moitié a également relevé l'évolution sociologique qui a contribué à ce changement. Le principal argument mis en avant était l'explosion de l'accès à l'information, notamment avec la démocratisation d'Internet et l'omniprésence des médias. Mieux informés, les patients rapportaient ainsi plus de légitimité à pouvoir participer au processus décisionnel.

P7 : « On s'y intéressait sûrement moins aussi, on avait moins d'informations. Aujourd'hui, moi quand on m'a dit que j'avais la polyarthrite, je peux vous dire que mes fils ont sorti des fiches de l'ordinateur... j'en avais un tas comme ça ! »

P10 : « Et puis on est plus informé, comme je vous disais avec Internet, voire doctissimo et compagnie... »

Le lien entre l'accès à information et une évolution nécessaire de la pratique médicale, et notamment la progression de la DMP, était ainsi remarqué par certains participants, conscients des dérives qu'une mauvaise information pouvait aussi apporter.

P11 bis : « C'est simple, maintenant avec Internet etc [...], vous avez tout un tas de réponses, positives ou autres. [...] A peine sorti du cabinet, on va prendre son téléphone, on va taper le terme... [...] Et je pense que s'il y a des décisions partagées comme vous disiez, vous n'avez pas envie d'y aller. [...] Parce que vous savez exactement, vous n'avez pas à aller chercher ailleurs ce qu'on vous dit. »

D'autres patients ont également exprimé le fait que l'évolution de la pratique médicale, et notamment sur le plan démographique avait aussi pu contribuer à une plus grande pratique de la DMP. Les arguments ont ainsi porté sur l'essor des cabinets de groupe, rendant plus accessible pour les patients la possibilité d'obtenir un autre avis (soit directement, soit par l'intermédiaire de leur MT).

P5 : « Avant les médecins n'étaient pas spécialement en cabinet avec plusieurs médecins. [...] Et puis dans le temps, c'est vrai que le médecin, lui il n'allait pas voir un autre médecin. Chacun était dans son cabinet... son diagnostic était forcément le bon. [...] Il y a eu une évolution de la pratique. Vous pouvez avoir un autre avis. »

P6 : « Ça par contre ça a changé. [...] On n'a pas qu'un son de cloche. »

Par ailleurs, plusieurs interrogés reconnaissaient aussi que les rapports entre le patient et son MT avaient évolué ces dernières décennies, en direction d'un cadre moins familial, plus professionnel. Cela se traduisait par une évolution marquante des mœurs, avec entre autres la possibilité pour les patients de pouvoir changer plus librement de MT le cas échéant, et contribuant là encore à libérer l'expression d'un éventuel désaccord.

P7 : « C'était LE médecin de famille qui venait à la maison. On avait des rapports très amicaux. Mais maintenant c'est peut-être un peu moins « famille ». [...] Il n'y a pas tout à fait la même relation. »

P9 : « Aujourd'hui on n'est pas lié comme avant on était souvent lié à un médecin de famille. »

P1 : « Si on n'a pas confiance, on fait comme j'ai fait ou d'autres ont fait, on change ! On va voir quelqu'un d'autre. »

Si la progression de la pratique de la DMP en médecine générale faisait ainsi écho à l'évolution de la société, c'était aussi par l'évolution des patients eux-mêmes. Plusieurs participants reconnaissaient que leur position et leurs attentes en ce qui concerne leur implication dans leurs décisions de santé, avaient ainsi évolué avec le temps, naturellement, ou du fait de leurs expériences vécues.

P8 : « C'est vrai, plus jeune je ne disais jamais rien. Ce qu'on me disait de faire, je le faisais faire. [...] J'étais dans la retenue. [...] Je rouspète mieux. Je me laisse moins faire. »

P14 : « On m'a imposé des choses qu'aujourd'hui je regrette et que du coup maintenant, non je ne les referais pas. Si je sens que ça ne va pas dans ce qui est bon pour moi, ou si j'ai un doute, j'hésiterais pas du coup à soit changer de médecin, soit prendre un deuxième avis. [...] Maintenant je suis plus âgée aussi donc je sais que je ne réagis pas pareil. »

3.3. La DMP au centre de la relation médecin-patient

Cette évolution conjointe de la société et de la pratique médicale dans le sens de la DMP se ressentait également pour les patients interrogés au niveau de la relation médecin-patient. Plusieurs intervenants ont souligné l'importance que représentait leur implication dans leurs décisions de santé. Ainsi, l'impression de ne pas être entendus par leur médecin généraliste

pouvait se révéler être une cause majeure de déception en consultation, voire entraîner une rupture de la relation médecin-patient.

P12 : « Il aurait pu dire : « Ecoutez, moi hier j'avais l'impression que ce n'était pas cassé. Si ça peut vous rassurer, allez faire une radio, comme ça au moins on sera tranquille ». [...] Mais j'ai forcé, j'ai vraiment insisté [...] pour la radio, donc là vraiment ce n'était pas partagé. [...] Et il y avait une fracture ! [...] Là oui, il y a une grosse déception du fait qu'il reste campé sur ses positions. [...] Moi j'avais plus envie d'aller le voir. J'ai dit « je ne ramènerai pas ma fille là-bas ». Ce n'était pas passé ça. [...] Je n'y suis pas retourné. »

P4 : « Non là, c'était quand même grave. Me faire attendre une semaine comme ça, rentrer chez moi [...] en me disant : « Buvez beaucoup d'eau ». [...] Et puis quand on est revenus : « Non, non, c'est normal ». [...] Il n'a pas été vraiment à l'écoute. [...] Très très très très déçue là. [...] Après, il y a eu coupure, et puis ça a été terminé. »

Au contraire de ces situations néfastes pour la relation médecin-patient, la totalité des intervenants de l'enquête ont rapporté de très bons rapports avec leur MT actuel, et leur satisfaction notamment en ce qui concerne leur participation à leurs décisions de santé. La majorité des interrogés reconnaissait que cela avait contribué à renforcer la relation de confiance avec leur MG, procurant à la pratique de la DMP une place vraiment centrale dans cette relation.

P14 : « Il faut vraiment qu'en face on ait un échange et qu'on se sente en confiance. Mais ça on ne peut l'être que si on discute. [...] C'est vraiment important qu'il y ait une discussion entre le médecin et le patient. Parce qu'autant vous connaissez le côté médical, mais nous on se connaît nous. »

P11 bis : « Actuellement, on a quand même un rapport de confiance, ce qui fait que s'il y a un truc qui ne va pas quelque part, on n'hésitera pas à lui dire. »

Certains patients sont même allés plus loin, en vantant les mérites d'une relation de confiance ainsi renforcée. Plusieurs participants déclaraient ainsi avoir ressenti une amélioration psychologique à travers l'instauration d'un échange avec leur MT, mais aussi des bénéfices indirects sur la santé individuelle. Pour eux, le fait de pouvoir s'impliquer dans les décisions qui concernent leur santé, pouvait permettre une meilleure adhésion au traitement, témoin d'un lien entre DMP et éducation thérapeutique.

P4 : « Moralement ça aide. Pour un malade, je peux vous assurer que c'est quelque chose. »

P11 : « C'est vrai qu'on a l'impression d'être assez libres en fait. Elle met à l'aise. [...] Ça peut aider aussi à s'ouvrir sur pleins de choses, à pouvoir peut-être combattre aussi et puis donner un peu plus de moral. [...] C'est très important déjà d'avoir confiance en son médecin, et ensuite, si on a le moral, moi je trouve qu'on avance mieux dans le traitement de la maladie. »

P12 : « Je pense qu'il y a des gens qui vont se bloquer quand on va leur imposer des choses. Le fait de les faire choisir, ils ont vraiment l'impression d'être impliqués. »

P1 : « Je la respecte et elle, elle me respecte. [...] C'est ce qui est intéressant et c'est ce qui fait du bien au patient d'aller là-bas... en confiance ! [...] Après, comme elle m'a dit elle : « Si ça ne va pas, faudra passer à l'insuline » ! Bah après là dans la tête du patient, ça tourne. [...] Donc faut faire attention à l'alimentation, à tout. Tous les jours je vais marcher. »

3.4. D'une application générale vers des champs plus spécifiques

En ce qui concerne les attentes des patients interrogés en matière de DMP, plusieurs se sont prononcés pour poursuivre le développement de cette pratique. Cette position reposait surtout sur la satisfaction et le bénéfice qu'ils pouvaient ressentir à pouvoir prendre part à leurs décisions de santé, comme ils en avaient la possibilité avec leur MT. Certains ne se voyaient pas pouvoir fonctionner autrement.

P6 : « C'est quand même la base. [...] Je ne comprends même pas que ça ne le soit pas. Enfin, ça me surprend, franchement. Je pensais que c'était toujours comme ça. »

P3 : « Pour moi c'était de fait. Pour moi c'était logique. Comme je vous ai dit, je ne pense pas autrement. J'estime que... il s'agit de MA santé ! »

Pour d'autres, si leur implication par leur MG dans le processus décisionnel n'était pas remise en cause, ils soulevaient toutefois quelques ajustements à faire dans le dialogue, la qualité de l'échange d'informations entre le médecin et le patient étant à la base de toute DMP.

P10 : « Pour moi c'est important. Le patient a son avis à donner. Ce qu'on aimerait peut-être plus souvent c'est... vous savez vous parlez souvent avec des termes techniques, qui ne sont pas forcément à notre portée puisqu'on n'a pas de connaissances là-dedans... c'est peut-être ça aussi qu'il faut améliorer. »

Une partie des participants établissait l'importance particulière de la pratique de la DMP dans certaines situations cliniques spécifiques, qui pouvaient les toucher directement. Pour certains, leur implication prenait encore davantage de sens en cas de problème de santé particulièrement « grave », l'exemple du cancer revenant à plusieurs reprises.

P14 : « Par rapport à tout ce qui est pour nous les femmes, tout ce qui est gynécologie, c'est vachement important. Et puis tout ce qui est au niveau des maladies type cancer. [...] Moi je vois ma maman, il lui est arrivé qu'ils ont voulu lui faire des examens forcés, moi je n'ai jamais vu ma maman autant traumatisée de sa vie [...] Et avec son expérience, je me suis dit : « ouais en fait, on a le droit de dire « non » et on a le droit de dire « pourquoi ». »

P10 : « Je pense que quand on a des soucis de santé importants genre cancer ou autre, oui à ce moment-là c'est vraiment très important ce partage, parce que c'est un moment très délicat. Ce n'est pas facile à accepter et la communication, je pense peut apporter des choses. »

Enfin, une partie des patients interrogés a même spontanément élargi la question de la DMP au champ de la fin de vie. Plusieurs personnes témoignaient ainsi de l'importance que cela représentait pour eux de pouvoir exprimer leurs choix, et participer aux décisions dans ce contexte particulier. Il s'agissait en premier lieu d'aborder la question des directives anticipées avec son MG, mais certains participants ont également fait référence à l'euthanasie. Pour eux, le débat sur son application méritait d'être relancé, et trouvait un écho évident dans la pratique de la DMP.

P6 : « Par contre les maladies comme l'Alzheimer tout ça, la fin de vie... [...] Depuis le temps que je dis « je vais le faire ce papier ». L'acharnement thérapeutique non hein ! [...] Ça par contre c'est un truc qui me tараude quand même. Ça oui, je voudrais être sûre qu'on puisse le faire quoi. [...] Je trouve qu'il y a des choses à faire là-dessus. Et que la médecine devrait en tenir compte quand même, parce qu'il y en a qui souffrent quand même avant de partir. »

P4 : « Je sais qu'on n'a pas le droit de le faire en France hein, je sais que l'euthanasie en France n'existe pas. [...] Quand on en parlait toutes les deux, on se disait, moi la première : « Faut pas me laisser comme ça ». Et elle disait la même chose. Sauf que vous voyez aujourd'hui, elle est dans ce cas-là. Et ce n'est pas possible. Ce n'est pas possible. [...] Mais en France, c'est vrai qu'on est en retard là-dessus. [...] Est-ce que vous pensez vous que c'est bien de laisser quelqu'un comme ça ? [...] Après, la réponse du docteur est aussi importante hein. Parce qu'on peut ne pas avoir la même idée. [...] Mais pour ça, il faut le partager. »

3.5. Des limites qui demeurent

Si certaines situations ont ainsi été mises en avant par plusieurs participants comme des champs primordiaux d'application de la DMP, d'autres en revanche en ont plutôt fait des restrictions. Pour eux, en fonction du contexte, il était tout de même préférable de laisser la

main au médecin, notamment dans les situations d'urgence, ou lorsque l'enjeu pour la santé devenait trop délicat à gérer pour le patient. Pour certains intervenants, c'était ainsi plus rassurant que le MT prenne la responsabilité de la décision dans les situations plus complexes.

P5 : « Je pense qu'il y a deux décisions. Il y a les choses urgentes, graves, qu'il faut... [...] C'est au médecin à prendre la décision. [...] Et puis après il y a d'autres choses... ça peut être un consensus entre le patient et le médecin. »

P8 : « Est-ce que c'est un bien aussi de demander trop ? Parce que des fois il y a des décisions, si on ne sait pas, on se laisse faire comme il faut et ça passe peut-être mieux. [...] Pour des histoires d'opération par exemple, des gros trucs. [...] Je sais que moi je laisserais faire parce que j'ai tellement eu de malades dans ma famille que... faut laisser faire la médecine. »

Pour d'autres participants, une autre restriction contextuelle à la pratique de la DMP en médecine générale était la limite des capacités du MT lui-même dans certaines situations.

P14 : « Elle a été claire avec moi. Elle m'a dit « par contre là il faut aller voir la gynécologue, il n'y a qu'elle qui saura exactement ce que c'est ». [...] C'est vrai qu'elle a pris la décision pour moi. [...] Je pense que des fois si c'est des choses qu'à votre niveau vous ne pouvez pas traiter, [...] là on ne peut pas laisser le choix au patient. [...] Si elle n'avait pas pris cette responsabilité et qu'il s'était passé quelque chose, je lui en aurais sûrement voulu énormément. »

Certains patients interrogés évoquaient même la nécessité de maintenir des barrières contre eux-mêmes, conscients des dérives potentielles à laisser trop d'implication au patient.

P12 : « Après par contre, je pense qu'il y a certaines personnes qui peuvent un peu en abuser aussi. [...] Je pense qu'il faut mettre des freins sur certaines choses. Notamment, je pense aux arrêts de travail, des choses comme ça. Il y a toujours des gens qui abusent de ces avantages. »

Au-delà des limites contextuelles, plus de la moitié des participants à l'enquête se sont aussi et surtout attardés sur les limites individuelles. Si la démarche de proposer une plus grande implication au patient dans les décisions qui concernent sa santé était accueillie très positivement, ils soulignaient également que cela ne conviendrait pas à tout le monde, et que le MG était donc amené à devoir adapter sa position.

P2 bis : « Moi je pense qu'il faut que les gens ils adhèrent. [...] Mais Il y a peut-être d'autres patients qui ne l'acceptent pas. »

P11 : « Vous connaissez vos patients. [...] Il faut être un peu psychologue aussi. »

P3 : « Il y a des personnes qui aiment être dirigées. [...] Je pense qu'il y a beaucoup de patients qui vont être réfractaires à ça. [...] . « Je vais voir un médecin je n'ai pas à me poser des questions, c'est un médecin ! » [...] C'est pour cela qu'il y a toute une formation à faire, j'imagine, à faire auprès de ces professionnels, pour voir comment ils vont pouvoir l'emmener s'ils voient qu'en face d'eux le patient peut être intéressé par cela. »

D'autres patients interrogés craignaient également qu'un défaut de connaissances médicales de la part des patients pouvait être aussi une limite à la DMP.

P5 : « Je pense qu'il y a des limites. [...] Nous en tant que patients, on a un ressenti, ok. Mais il y a des choses que vous devez pouvoir vous, voir à plus long terme, que nous, on n'a peut-être pas cette possibilité puisqu'on n'a pas les connaissances. »

P1 : « Point de vue médecine et tout bon... nous on n'a pas été à l'école pour. [...] L'avis du médecin... [...] C'est intéressant que ce soit lui qui juge quand même. »

P9 : « Moi je ne suis pas toubib hein, donc je n'ai pas à dire ce qui est bien, ce qui n'est pas bien. [...] Je n'ai pas fait d'études pour ça. [...] On peut le partager un peu mais... [...] C'est un peu agaçant moi je trouve que tout le monde sache tout mieux que le toubib ! [...] Chacun fait son métier, moi je fais confiance au docteur ! »

Enfin, plusieurs participants revenaient sur la relation de confiance. S'ils ressentait de l'ouverture de la part de leur MT, et une possibilité de pouvoir s'impliquer dans le processus décisionnel, certains patients reconnaissent tout simplement laisser volontiers la main au médecin parce qu'ils avaient confiance en lui. On pouvait voir cette attitude comme une limite « positive » à la DMP, et qui restait malgré tout une libre expression du patient.

P13 : « Si c'est pour ma santé, je ne pense pas que je serais en désaccord avec le médecin. [...]

Je suis tout le temps resté en confiance avec mon médecin. »

P8 : « Si on a confiance en son docteur, on va le suivre. [...] Moi elle me dit quelque chose, je vais le faire. [...] Quand on me donne je prends toujours. [...] Si je viens vous voir en consultation c'est que j'ai confiance en vous. »

P10 : « Moi je lui laisse volontiers la main. Je lui fais entièrement confiance. Ma santé est entre ses mains ! »

4. Discussion

4.1. Résultats principaux

L'étude a mis en évidence une évolution de la pratique en médecine générale dans le sens de la DMP. Cette plus grande implication des patients dans les décisions qui concernent leur santé était particulièrement décrite chez une nouvelle génération de médecins, en opposition à une médecine auparavant plus paternaliste, moins ouverte et parfois moins transparente dans l'échange. Cette évolution de la pratique faisait écho à une évolution sociologique. Un plus grand accès à l'information grâce au développement d'Internet, ainsi que la possibilité de prendre plus facilement un autre avis médical grâce à l'essor des cabinets de groupe, étaient ainsi rapportés en tant qu'éléments facilitateurs à la DMP.

L'évolution des mœurs de manière générale était également mise en avant, avec la possibilité pour les patients de pouvoir changer plus librement de MT le cas échéant. Une situation qui pouvait d'ailleurs se produire en cas d'insatisfaction du patient concernant son implication dans le processus décisionnel. La DMP semblait ainsi occuper une place vraiment centrale dans la relation médecin-patient, potentiellement source de rupture lorsque les attentes du patient n'étaient pas respectées. Au contraire, la bonne implication du patient par son MT dans les décisions de santé était perçue comme un moyen de renforcer la relation de confiance, et entraîner également des bénéfices indirects sur la santé : bien-être psychologique et meilleure adhésion au traitement étaient notamment rapportés.

Le développement de la DMP en médecine générale ressortait ainsi positivement de cette enquête du point de vue des patients, avec des attentes accrues dans certains domaines. La question de la cancérologie était relevée à plusieurs reprises, de même que le débat sur la fin de vie. Au-delà des directives anticipées, la question de l'euthanasie ressortait comme un champ d'élargissement potentiel à la pratique de la DMP.

Toutefois, des restrictions étaient spontanément évoquées par les participants. Il s'agissait de limites contextuelles d'une part, au travers de situations cliniques urgentes, ou dont la gravité potentielle nécessitait pour les patients une prise de responsabilité du médecin. Enfin, les limites évoquées étaient également individuelles, la pratique de la DMP n'étant pas forcément un impératif pour tous les patients, que ce soit par choix, par le ressenti d'un défaut des connaissances nécessaires, ou simplement par la confiance placée dans la décision du MT.

4.2. Comparaison avec les données de la littérature

Les études internationales mettent en évidence de grandes variabilités entre les pays en ce qui concerne l'implication des patients dans leurs décisions de santé. Ainsi l'enquête du Commonwealth Fund menée en 2008 auprès de patients ayant une maladie chronique retrouvait des taux d'implication dans la décision bien différents selon les pays : 43% en France, 56% en Allemagne et au Canada, et même 63% aux Pays-Bas à titre d'exemple (11).

Comme précisé dans l'introduction, la mise en œuvre réelle de la DMP en France a fait l'objet de peu de recherches empiriques (1,3), notamment sur le versant qualitatif. A notre connaissance, aucune étude française ne s'est intéressée spécifiquement à l'évolution de la pratique de la DMP par le MG sur les dernières décennies.

Une étude menée pour l'INPES en 2005 soulignait la remise en cause du modèle paternaliste par le patient au profit d'une plus grande implication personnelle (12). Le parallèle avec l'évolution de la société était également établi, faisant référence à des « valeurs d'autonomie fortes », et la volonté de « défendre une position d'indépendance vis-à-vis de toute relation sociale, et en particulier lorsqu'il y a possibilité de choix comme celui de choisir son médecin ».

La démocratisation d'Internet et des recherches numériques d'information ont bouleversé le fonctionnement de la société. Ceci s'étend logiquement au champ médical, modifiant le

comportement des patients dans l'accès au soin, et dans la gestion de leurs interactions avec les soignants, comme le montre une enquête conduite dans des cabinets de médecine générale à Lille en 2011 (13). Plusieurs revues de la littérature ont également souligné ce fait de société et son impact médical (14,15).

L'importance que prend la pratique de la DMP au sein de la relation médecin-patient était également évoquée dans une étude qualitative menée en 2018, et publiée dans la revue *Exercer* en juin 2020 (16). Le refus de prendre en compte le désaccord du patient était alors retenu comme une source d'altération voire de rupture de la relation. Une revue systématique réalisée entre mai 2015 et août 2016, et également publiée dans la revue *Exercer* en janvier 2019, s'était quant à elle penchée sur les bénéfices de la DMP sur la santé individuelle (17). Comme dans notre étude, le renforcement de la relation de confiance, l'amélioration psychologique ou encore l'adhésion au traitement ressortaient en tant que bénéfices indirects à la pratique de la DMP. Des éléments qui ressortaient aussi d'une méta-analyse publiée en 2011 et réévaluée en 2017 par Cochrane, s'intéressant à l'impact des outils d'aide à la DMP (18).

Dans notre étude, les questions de la cancérologie et de la fin de vie étaient citées par les patients comme des domaines importants en ce qui concerne leur implication dans le processus décisionnel. Effectivement, plusieurs enquêtes de pratique française dans le domaine de la DMP ont été menées dans la situation clinique spécifique du cancer (5,19,20), soulignant le statut particulier de l'oncologie en matière de DMP. Autre champ médical privilégié dans la recherche, l'implication du patient dans la question de la fin de vie a elle aussi été l'objet de plusieurs travaux (21,22). Dans l'étude publiée par la revue *Laennec* en 2014 (21), il était notamment mis en avant que « ni la loi Leonetti ni le dispositif actuel des directives anticipées n'avaient fait l'objet d'une véritable appropriation par les patients ou par les professionnels de santé », malgré « une demande qui se manifeste clairement dans notre société pour un contrôle accru sur la fin de vie ».

A travers notre étude, les patients interrogés avaient par contre reconnu des limites à la pratique de la DMP, notamment dans les situations d'urgence ou de gravité. Une enquête réalisée auprès d'internes de pédiatrie en 2003 s'est intéressée à la question de l'implication de l'enfant dans les décisions de santé (23). Si les compétences de l'enfant dans ce domaine pouvaient bien-sûr être un frein à la DMP, le phénomène était également lié pour les internes interrogés à « l'impossibilité de faire partager la décision en raison de la gravité ou de l'urgence de la situation ».

Enfin, l'expression par les participants de notre enquête de limites individuelles à la pratique de la DMP était également retrouvée dans d'autres travaux, avec notamment des souhaits d'implication variable des patients face à une même situation, où l'âge, le niveau d'études ou encore l'état émotionnel pouvaient être des facteurs d'influence (24). Une étude qualitative de 2005 retenait également « une grande diversité dans les demandes et les attitudes des patients » (25). Les frontières entre les différents modèles étaient alors décrites comme « [...] poreuses, le type et la gravité des pathologies, ainsi que les représentations du patient influençant son autonomie et ses attentes vis-à-vis du médecin ». « Une même personne pourrait ainsi évoluer d'un modèle à l'autre ».

4.3. Forces et limites de l'étude

Véritable sujet de société et d'actualité, la DMP a surtout attiré les recherches concernant les préférences des patients, ou encore les outils pouvant aider à sa mise en œuvre. Mais sa pratique effective en France du point de vue des patients a été peu étudiée. En s'appuyant sur une méthode qualitative, notre enquête a permis d'explorer de façon adaptée les perceptions des patients, basées sur leur expérience personnelle. Grâce à la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs, de nombreuses données ont pu être recueillies, explorant des thématiques diverses : évolution de la pratique en médecine générale, place de la DMP dans la

relation médecin-patient, champs d'élargissement potentiels à sa pratique, limites contextuelles et individuelles à son application.

La variabilité des caractéristiques des MG ayant participé au recrutement (tableau I), et de celles des patients de l'échantillon (tableau II), était aussi une force pour cette recherche, augmentant la pertinence des données et la validité externe de l'étude. Toutefois, le contexte épidémique existant au moment de cette enquête a conduit à la réalisation d'un recrutement des patients sur une zone géographique très restreinte. Par ailleurs, si les critères d'inclusion et d'exclusion ont bien été expliqués et respectés par les MG, le mode de sélection des patients reposait sur un choix de leur part, et non sur un mode aléatoire. Il est ainsi possible que le recrutement des patients ait été influencé par des facteurs subjectifs de la part des MG, tels que le degré d'éloquence par exemple, rendant l'échantillonnage sujet à un biais de sélection.

Par ailleurs, la réalisation des entretiens par un investigateur peu expérimenté en recherche qualitative pourrait être retenue en tant que limite à cette étude, de même que leur retranscription par cette seule et même personne. Toutefois, plusieurs éléments ont aussi été mis en place en amont des entretiens afin d'optimiser leur bon déroulement. Il s'agissait notamment de laisser le choix du lieu de l'entretien aux patients interrogés, de porter à leur connaissance une fiche d'information sur le but et le contexte de l'étude, ainsi qu'une fiche de consentement leur garantissant la confidentialité et l'anonymisation des résultats. Tout ceci avait pour but de permettre un discours plus productif et libéré.

D'autre part, plusieurs techniques d'entretien (reformulations des idées exprimées, réalisation d'un résumé oral en fin d'entrevue) ont été utilisées afin de limiter les interprétations personnelles et valider les données par les participants. Enfin, si l'intégralité de l'analyse des données a été effectuée par l'investigateur, la grille d'analyse élaborée a été soumise à la validation du directeur de thèse, après relecture de plusieurs entretiens, ceci permettant de renforcer la triangulation des données, et avec elle la validité interne de l'étude.

4.4. Perspectives pour la recherche et le soin

Pour conforter les données de cette étude, un travail en focus groups pourrait être envisagé afin d'approfondir les idées qui se sont dégagées des entretiens individuels. La réalisation d'une enquête quantitative sous la forme d'un auto-questionnaire à destination des patients de médecine générale pourrait également se révéler intéressante pour évaluer leurs attentes, en se penchant notamment sur les perspectives d'amélioration de la DMP.

En effet, cette enquête a confirmé la tendance évolutive de la pratique médicale vers une plus grande implication du patient. Des limites subsistent néanmoins, et une adaptation du médecin selon les attentes du patient ou selon la situation clinique reste indispensable, ce qui pourrait nécessiter une meilleure formation en matière de communication (3).

D'autre part, l'essor d'Internet a entraîné un accroissement spectaculaire des possibilités d'accès à l'information pour les patients. Là encore, cela impose une adaptation du médecin à cette évolution, notamment via l'éducation. Des outils d'aide à la décision ont été développés dans cet objectif, mais sont encore peu disponibles en français (26,27). En s'appuyant sur les bénéfices ressentis par les patients, le développement de leur usage est un objectif principal de santé publique dans le projet d'amélioration de la pratique de la DMP (1,18).

Enfin, si ce n'était pas l'objectif principal, le sujet de la fin de vie est également ressorti de cette étude, illustrant les interrogations et le désir d'implication des patients dans ce domaine. Pourtant, le concept des directives anticipées est loin d'être systématiquement pratiqué en France (21), ce qui pourrait impliquer une possible remise en question de la situation actuelle, en vue d'une meilleure information pour les patients, et peut-être d'une meilleure formation pour les professionnels de santé. Le débat sur l'euthanasie ne semble pas prêt d'être clos.

5. Conclusion

Notre étude permet de mieux appréhender la mise en œuvre réelle de la DMP en médecine générale. Aujourd'hui, les patients se sentent davantage impliqués dans leurs décisions de santé par leur MT. Il s'agit pour eux d'une évolution attendue et nécessaire de la pratique médicale, en parallèle de l'évolution de la société. D'après les patients, l'explosion de l'accès à l'information médicale à travers la démocratisation d'Internet, ou encore l'élargissement de l'offre de soins par l'essor des cabinets de groupe, facilitent leur plus grande implication.

Au cœur de la relation médecin-patient, la pratique de la DMP peut permettre de renforcer le lien de confiance, ainsi qu'être une source de bénéfices pour la santé individuelle, notamment en termes de bien-être psychologique ou d'adhésion au traitement. Si les attentes des patients restent bien-sûr variables, le contexte de la cancérologie ou de la fin de vie apparaissent comme des sujets d'importance. Toutefois, la mise en œuvre de la DMP est aussi soumise à des limites selon les situations cliniques, où l'urgence et la gravité priment parfois sur la discussion.

Cela nécessite une grande adaptation de la part du MG en matière de communication et d'éducation thérapeutique. Le développement d'outils d'aide à la décision est primordial dans cette optique.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,

Philippe VORILHON

A handwritten signature in black ink, followed by the date '10/30/08/21' written in the same ink.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. oct 2013;1-76.
2. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
3. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. Laennec. oct 2014;Tome 62(4):4-7.
4. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. Patient Education and Counseling. janv 2012;86(1):9-18.
5. Protière C, Viens P, Genre D, Cowen D, Camerlo J, Gravis G, et al. Patient participation in medical decision-making: A French study in adjuvant radio-chemotherapy for early breast cancer. Annals of Oncology. janv 2000;11(1):39-46.
6. Légaré F. Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. Recherches sociographiques. 2009;50(2):283-99.
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
8. Formulaire LimeSurvey - Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://enquetes-partenaires.univ-rennes1.fr/index.php/17674/lang/fr/newtest/Y>
9. Articles L1121-1 à L1121-17 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006170998/#LEGISCTA000032722874
10. Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
11. Schoen C, Osborn R, How S, Doty M, Peugh J. In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008. Health Affairs. déc 2008;28:w1-16.
12. Rolland C, Lang T. La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville. Saint-Denis : INPES, coll Évaluations en prévention et en éducation pour la santé. févr 2007;1-10.
13. Messaadi N. Information numérique et gestion de la maladie. Santé Publique. janv 2016;28:77-82.

14. Haute Autorité de Santé. Le patient internaute. mai 2007;1-59.
15. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Communiquer. déc 2013;10:1-24.
16. Sciuto C, Rousseau R. Expression du désaccord par le patient en consultation de médecine générale. Exercer. juin 2020;31(164):254-60.
17. Vallot S, Yana J, Moscovia L, Fabre J, Brossier S, Aubin-Auger I, et al. La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ? Exercer. janv 2019;30(149):25-39.
18. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(4):1-31.
19. Moumjid N, Carrère M-O, Charavel M, Brémond A. Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer. Health Expectations. sept 2003;6(3):222-7.
20. Charavel M, Bremond A, Mignotte H. Étude de la participation des patientes au choix thérapeutique en oncologie. Annales Médico-Psychologiques. mai 2002;160(4):289-302.
21. Vinant P, Bouleuc C. Directives anticipées : pour une meilleure qualité de la fin de vie ? Laennec. juill 2014;Tome 62(3):43-56.
22. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. Population & Sociétés. nov 2012;494:1-4.
23. André N, Gaudart J, Bernard J-L, Chabrol B. Quelle place pour l'enfant dans la prise de décision en pédiatrie ? Archives de Pédiatrie. juill 2005;12(7):1068-74.
24. Institut National du Cancer. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer. Collection Études et enquêtes. juin 2014;102-17.
25. Carol L. Comment les patients se positionnent par rapport à la décision médicale partagée. Thèse (<https://www.urps-med-aura.fr/publications/>). mars 2005;1-75.
26. Patient Decision Aids - Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>
27. Statin Choice Decision Aid - Mayo Clinic [Internet]. [cité 10 août 2021]. Disponible sur: https://statindecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/index?lang=fr_fr

Annexes

Annexe I. Guide d'entretien

1) Mise en situation et connaissances des patients

- Connaissez-vous le concept de décision médicale partagée (DMP) ? De quoi s'agit-il d'après vous ? Que vous évoquent les termes « décision médicale partagée » ?

Définition et explications de la part de l'investigateur.

- Dans quel contexte avez-vous consulté votre médecin traitant les dernières fois ?

2) Retours d'expériences des patients et ressenti

- En revenant à votre cas personnel, que pensez-vous de l'application de la DMP par votre médecin généraliste ? D'après vous, votre médecin vous laisse-t-il une liberté de décision suffisante ? Avez-vous des exemples ?

- Avez-vous déjà été en désaccord avec votre médecin traitant ? Si oui, quelle a été votre attitude ? Comment votre médecin a-t-il réagi ?

- Etes-vous déjà ressorti déçu d'une consultation ? Si oui, comment l'avez-vous vécu ? Qu'avez-vous fait (2ème avis, recherches, mauvaise observance, impact sur la relation médecin-patient...) ? Quel type d'échange différent auriez-vous apprécié ?

3) Attentes des patients, perspectives

- D'après vous, la pratique médicale doit-elle davantage favoriser la DMP ? Pourquoi ?

- Dans quelles mesures ou dans quels domaines cela vous semble-t-il important ?

- Au contraire, quelles en sont les limites ?

- Au-delà de la satisfaction du patient, pensez-vous que la DMP peut apporter des bénéfices en ce qui concerne la santé individuelle ? Comment ?

Annexe II. Fiche d'information et de consentement

Etude de médecine générale : « Perceptions et expériences des patients concernant la décision médicale partagée »

Investigateur : Damien BALET, étudiant en médecine

L'objectif de cette étude est de s'intéresser à l'implication des patient(e)s dans les décisions qui concernent leur santé individuelle, et leurs attentes dans ce domaine.

Dans le cadre de cette étude, vous êtes invité(e) à prendre part à un entretien individuel, en tant que patient(e) consultant en médecine générale, que ce soit dans le cadre de pathologies chroniques, ou pour des motifs aigus. Cet entretien, d'environ 30 minutes, sera réalisé dans le respect des gestes barrières imposés par la pandémie de Covid 19, et intégralement enregistré sur un dictaphone afin d'assurer le respect de vos propos.

L'étude garantit l'anonymat et la confidentialité de toutes les données recueillies aux seules fins de cette recherche en complète conformité avec les règles fixées par la Commission Nationale Informatique et Liberté sur la protection des données.

En vous remerciant pour votre participation à ce travail de recherche, et en restant à votre disposition pour toute information complémentaire,

Damien BALET

Je soussigné(e) Né(e) le

Atteste avoir pris connaissance de la fiche d'information ci-dessus, et accepte de participer à cette étude.

Le

Signature

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Perceptions et expériences des patients en médecine générale concernant la décision médicale partagée. Une étude qualitative en Auvergne.

Résumé :

CONTEXTE : Sous l'influence de multiples facteurs, la pratique médicale a théoriquement évolué depuis plusieurs décennies. Les recommandations et la législation encouragent la décision médicale partagée (DMP), fondée sur le principe du respect de la personne. Mais en France, la mise en œuvre réelle de la DMP a fait l'objet de peu de recherches empiriques.

OBJECTIF : Déterminer les perceptions et expériences des patients en ce qui concerne la pratique de la DMP par leur médecin traitant (MT).

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Les participants ont été recrutés par leur MT en tant que patients consultant en médecine générale pour des motifs aigus, ou suivis pour des pathologies chroniques. Les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits, permettant la réalisation d'une analyse thématique.

RESULTATS : Au terme des quatorze entretiens effectués, cinq thèmes principaux sont ressortis. Pour les patients, la pratique en médecine générale a évolué dans le sens de la DMP, avec une plus grande implication dans leurs décisions de santé. Un parallèle était fait avec l'évolution de la société, notamment par le développement de l'accès à l'information. Source potentielle de bénéfices pour la santé individuelle, la DMP occupait alors une place centrale dans la relation médecin-patient. Les attentes des patients étaient variées dans ce domaine, avec des désirs d'application plus grands en cancérologie ou dans le cadre de la fin de vie, mais des limites étaient aussi relevées selon les situations cliniques ou les individus.

CONCLUSION : Cette étude a permis de mieux appréhender la mise en œuvre réelle de la DMP en médecine générale, ainsi que les attentes des patients. Cela nécessite une grande adaptation de la part du médecin généraliste en matière de communication. Le développement d'outils d'aide à la décision est primordial dans cette optique.

Mots-clés :

- Décision médicale partagée
- Relation médecin-patient
- Médecine générale
- Recherche qualitative
- Entretiens individuels