

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Marie NICOLAS

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2022

**PROMOTION DE LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE EN SANTÉ
AU TRAVERS DE LA CAMPAGNE « POUR MA SANTÉ : DÉCIDONS
ENSEMBLE » DE FRANCE ASSOS SANTÉ :
ÉLABORATION DE LA CAMPAGNE ET ÉVALUATION DE SON
IMPACT IMMÉDIAT**

Présidente de jury : Professeur Leila MORET

Directrice de thèse : Docteur Sandrine HILD

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Leila MORET**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Au **Docteur Rosalie ROUSSEAU**, je vous remercie d'accepter de juger ce travail et de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Au **Docteur Sandrine HILD**, je te remercie de m'avoir permis de travailler sur ce projet et d'avoir dirigé ce travail de thèse. Je te remercie pour tes conseils et ta disponibilité.

Au **Docteur Laura BIZZOTO**, je te remercie d'accepter d'évaluer ce travail avec un œil extérieur et un angle nouveau.

A **Amandine ALLAIRE** et **Clémence ROSSE**, chargées du projet pour France Assos Santé, je vous remercie pour votre travail de coordination entre toutes les personnes qui gravitent autour de ce projet et qui a permis à la campagne et à cette thèse de voir le jour.

Aux **coordinateurs, secrétaires et professionnels de santé des MSP**, merci pour votre participation et vos retours utiles à la mise en place de cette étude.

A **Thomas P.** et **Benoit S.**, merci pour votre coup de pouce auprès de vos patients pendant le recueil des questionnaires.

A **mes parents**, merci de m'avoir accompagné dans cette voie par vos encouragements et conseils au quotidien pendant toutes ces années. A **Emma**, ma sœur, merci à toi aussi pour ton soutien sans faille et rassurant. Merci aussi pour vos relectures attentives de cette thèse.

A **mes collègues de Nort Sur Erdre** : Sylvie, Barbara, Emilie et Gwen, merci de m'avoir si bien accueillie dès le début de mes remplacements et de m'avoir permis de continuer à apprendre dans un cadre si chaleureux. Merci pour vos conseils et votre bienveillance. Et à ce beau projet dans lequel on se lance !

A **Margaux et Stef**, merci de me rappeler qu'il existe toujours un autre monde en me parlant de vos passions diverses et variées ! Merci pour cette amitié indéfectible depuis toutes ces années.

A **Diane**, merci pour tous ces moments partagés depuis le début de cette folle aventure qui m'a amenée jusqu'ici. Merci d'avoir toujours réussi à rendre les choses plus légères quand j'en avais besoin.

Et à toi ma Ségolène, merci d'être une amie si bienveillante et pleine de surprises. Hâte de te faire découvrir Nantes dans la vraie vie.

Aux Pouces, Déesses, Fragilus, peu importe leur nom, les plus fidèles au poste ! J'ai bien de la chance que nos chemins se soient croisés dans cette belle fac car sans vous ces années Lilloises auraient été bien plus difficiles mais surtout bien moins drôles. Je suis très heureuse que tout ça perdure hors de la BU, à travers les années et à travers la France. Merci pour votre soutien chacun à votre manière pendant ces années !

A Clémence pour ces grandes discussions inspirantes qu'on a pu avoir aussi bien devant un burritos que devant Miss France,

A Florence pour cette écoute et cette bienveillance qui font de toi une amie en or,

A Noémie (et ton manteau de ski) pour toutes ces aventures à travers le monde et pour ta motivation présente en toute circonstance qui rend les galères bien plus drôles,

A Camille pour tes petites tapes sur l'épaules qui me rappellent que je peux compter sur toi,

A Astrid pour tous ces moments et ce chemin parcouru ensemble,

A Aymeric pour ta gentillesse, ton enthousiasme et ta curiosité,

A Alan pour ton aide précieuse sur ces statistiques,

A Thomas pour la simplicité de ton amitié et ta passion pour les topos,

A Anthony pour les passions qui t'animent et que tu nous fais parfois vivre,

Et à tous les poussins qui font maintenant partie de la famille, merci à vous aussi !

A la team des Luçonnais, Benoit, Emilie, Alix et Inès, merci pour cette petite routine familiale qui a rendu ces débuts d'internat bien plus doux et pour tous ces moments partagés depuis.

Et aux bourbiteurs de Montaigu, merci pour les 6 derniers mois partagés ensemble.

A cette bande de joyeux Sablais: Marie Cotcot fidèle au poste pour des RCP en tout genre, (Professeur) Thomas, Melissandre ma petite chips, Vivien, Grégoire, William, Gwen, Sarah, Fianso, Claire, Arthur, Nico, Maxime, merci pour cette grande famille, merci pour votre bonne humeur et votre légèreté !

A Inès et Alizée, **mes deux discoloc** en or sans qui je n'aurais jamais tenu jusqu'au bout. Merci de m'avoir écouté râler au quotidien pendant cet internat, merci pour cette petite maison réconfortante qui était la nôtre pendant 2 ans, merci pour ces idées parfois inspirantes ou parfois loufoques qu'on peut partager ensemble sans jugement, merci pour cette belle amitié qui je l'espère va durer encore longtemps. You can call me AI !

Et bien sûr à **Guillaume**, qui a été d'une patience inégalable pendant l'écriture de cette thèse. Merci pour ton soutien dans tout ce que j'entreprends, ton écoute et ton optimisme. Merci surtout pour cette nouvelle vie à tes côtés (et ceux d'Ernestine), j'ai beaucoup de chance.

TABLE DES FIGURES	8
TABLE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
I. INTRODUCTION	11
1. L’information en santé, un droit du patient, un devoir du professionnel	11
2. Du cadre légal aux actions de santé publique	12
3. La relation médecin-patient	13
4. La prise de décision partagée en santé	13
A. Définition dans la littérature.....	13
B. Son application en pratique courante	14
C. Ses bénéfices	15
D. Les freins à son utilisation.....	16
E. Les facilitateurs	16
a) Les outils d’aide à la prise de décision partagée	16
b) L’activation du patient et l’implication du praticien	17
5. France Assos Santé et la prise de décision partagée en santé	18
II. MATÉRIEL et MÉTHODE	20
1. Design de l’étude	20
2. Objectifs de l’étude et critères d’évaluation	20
A. Objectif et critère principal.....	20
B. Objectifs et critères secondaires	21
3. Population étudiée	21
A. La population éligible sur le versant patient.....	22
B. La population éligible sur le versant professionnel de santé	22
4. Élaboration des outils	23
A. Les supports de la campagne de France Assos Santé.....	23
B. Les questionnaires	24
a) Première phase de l’étude versant patient :	25
b) Première phase de l’étude versant professionnel de santé.....	25
c) Deuxième phase de l’étude.....	26
5. Mode de recueil	27
6. Outils statistiques	27
7. Comité d’éthique	27
III. RÉSULTATS	28
1. Dates d’analyse	28
2. Lieux d’analyse	28

3. Taille de l'échantillon	29
4. Résultats de la première phase	30
A. Versant patient.....	30
a) Diagramme de flux.....	30
b) Caractéristiques de la population des répondants.....	31
c) Avis général sur les affiches.....	33
d) Avis sur l'affiche illustrée « consultation de la mère et son enfant avec le médecin »	34
e) Avis sur l'affiche « Foire aux Questions »	35
f) Analyse en sous-groupes	37
g) Question ouverte.....	37
B. Versant professionnel de santé	39
a) Diagramme de flux.....	39
b) Profil des répondants	39
c) Avis général sur les conditions du projet	41
i. Les expéditeurs potentiels à privilégier	41
ii. Impression globale à la découverte des supports-test de la campagne.....	41
iii. Lieu d'affichage de la campagne.....	41
d) Avis sur l'Edito	42
e) Avis sur l'affiche illustrée	42
f) Avis sur la FAQ.....	43
g) Avis et suggestions recueillis via les questions ouvertes	44
5. Synthèse de la première phase de l'étude	46
6. Résultats de la deuxième phase de l'étude	47
A. Diagramme de flux.....	47
B. Analyse de la première série de questions.....	47
a) Les habitudes des répondants	47
b) Profil d'implication des répondants.....	49
C. Analyse de la deuxième série de questions	50
a) Avis sur l'affiche des répondants	50
b) Scores d'encouragement des répondants.....	50
D. Analyse en sous-groupe.....	51
E. Avis et suggestions recueillis via la question ouverte	51
IV. DISCUSSION	53
1. Choix des critères de jugement	53
A. Les critères de jugement secondaires, mesurés lors de la première phase de l'étude	53
B. Le critère principal, mesuré lors de la deuxième phase de l'étude.....	54

2.	Choix de la méthode	56
3.	Les forces de l'étude	56
4.	Les faiblesses de l'étude	57
5.	La campagne d'affichage comme outil d'activation ?	58
6.	Quelques pistes de réflexion	59
7.	La place de la campagne d'affichage de France Assos Santé dans les messages de prévention	59
8.	Perspectives	60
V.	CONCLUSION	62
VI.	BIBLIOGRAPHIE	63
VII.	ANNEXES	66
	Annexe 1 : Affiche illustrée « consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin »	67
	Annexe 2 : Affiche « Foire aux Questions »	68
	Annexe 3 : Edito de présentation	69
	Annexe 4 : Questionnaire patient Phase 1	70
	Annexe 5 : Questionnaire professionnel de santé Phase 1	72
	Annexe 6 : Affiche finalisée de la campagne	75
	Annexe 7 : Questionnaire patient Phase 2 (livret feuille A4 pliée en deux)	76

TABLE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux de la première phase de l'étude versant patient.....	30
Figure 2: Tranches d'âge des patients répondant à la première phase de l'étude.....	31
Figure 3: Catégories socio-professionnelles des patients répondant à la première phase de l'étude.....	32
Figure 4: Première impression sur les affiches des patients répondant à la première phase de l'étude	34
Figure 5: Diagramme de flux de la première phase de l'étude côté professionnels de santé...	39
Figure 6: Spécialités des professionnels répondant à la première phase de l'étude	40
Figure 7: MSP d'appartenance des professionnels répondant à la première phase de l'étude..	40

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des MSP participant à l'étude	29
Tableau 2: Connaissance de la décision médicale partagée en fonction des tranches d'âges des patients répondant à la première phase de l'étude	32
Tableau 3: Connaissance de la décision médicale partagée en fonction de la catégorie-socio professionnelle des patients répondant à la première phase de l'étude	33
Tableau 4: Effectifs des patients répondant aux questions relatives à l'avis sur le contenu de l'Affiche illustrée	35
Tableau 5: Effectifs des patients répondant aux questions relatives à l'avis sur la contenu de la Foire aux Questions.....	36
Tableau 6: Notes d'opinion moyennes sur les affiches de la première phase de l'étude en fonction de la connaissance des patients répondants de la décision médicale partagée	37
Tableau 7: Classement des expéditeurs potentiels par les professionnels de santé	41
Tableau 8: Effectifs des professionnels de santé répondant aux questions relatives à l'avis sur l'affiche illustrée	43
Tableau 9: Effectifs des professionnels de santé répondant aux questions relatives à l'avis sur la Foire aux Questions.....	44
Tableau 10: Synthèse des notes d'opinion moyennes de la première phase de l'étude	46
Tableau 11: Effectifs des patients répondant à la première série de questions de la deuxième phase.....	48
Tableau 12: Scores moyens d'implication des répondants à la deuxième phase de l'étude	49
Tableau 13: Effectifs des patients répondant à la deuxième série de questions de la deuxième phase de l'étude.....	50
Tableau 14: Comparaison des scores moyens d'encouragement selon les profils d'implication des patients répondant à la deuxième phase de l'étude.....	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFM-Téléthon : Association Française pour la Myopathie – Téléthon

APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Décision Médicale Partagée

DSE : Decision Self-Efficacy

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FAS : France Assos Santé

FAQ : Foire aux Questions

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LRSY : La Roche-sur-Yon

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

R2SP : Réseau de Soins Primaires

RU : Représentant des Usagers (du système de santé)

SDM : Shared Decision Making

URAASS : Union Régionale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

1. L'information en santé, un droit du patient, un devoir du professionnel

Depuis les années 1980, nous constatons que les usagers du système de santé souhaitent être davantage impliqués dans les décisions qui concernent leur santé. C'est sous cette influence que la législation française sur le droit à l'information, qui se doit d'être claire et adaptée, évolue. Elle tend ainsi davantage à réaffirmer le droit des patients à participer à la décision médicale (1).

L'obligation légale d'information pour le médecin et la notion du consentement du patient apparaissent dans la loi Huriet en 1988 (2), puis dans l'article 35 du Code de déontologie médicale en 1995. Ce dernier stipule que « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » (3). On retrouve donc déjà, dans ce texte, la nécessité de prendre en compte les caractéristiques du patient lors de la diffusion des informations à son sujet ; une notion présentée comme indispensable à la mise en place de la prise de décision partagée.

Par la suite, c'est avec la loi dite Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, qu'apparaissent les bases légales de la relation médecin-malade qui font encore référence à ce jour. En précisant que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » (4), elle encourage les efforts pour que cette relation tende vers une réciprocité et une bilatéralité et réaffirme ainsi le droit des patients à participer aux décisions qui concernent leur santé.

Avec elle, naît également la notion de démocratie sanitaire définie comme une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé, donc les patients, dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé (5).

Cependant, si elle est essentielle et permet d'encadrer les pratiques, la mise en place du cadre législatif n'est pas suffisante pour encourager les patients à discuter avec leurs praticiens.

2. Du cadre légal aux actions de santé publique

De fait, les politiques de santé publique évoluent elles aussi, au fil du temps, vers une prise en compte grandissante des besoins du patient.

Définie par la Charte d'Ottawa rédigée en 1986 par l'OMS, la notion de « promotion de la santé » a pour objectif de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé (6). Pour cela, une des conditions requises semble être que les individus aient accès à l'information pour faire des choix judicieux en matière de santé. Celle-ci rappelle également l'importance, pour promouvoir la santé, d'une action coordonnée des différents acteurs. C'est-à-dire aussi bien les pouvoirs publics que les organisations non gouvernementales bénévoles, les médias, et surtout les usagers du système de soin (7). La voix des usagers est alors portée par les représentants des usagers (RU) qui vont par exemple participer à la certification des établissements de santé ou encore à l'élaboration du plan stratégique régional de santé via les ARS (8). En faisant entendre la voix de l'ensemble des usagers au sein des instances publiques, les RU deviennent les garants de l'application de la démocratie sanitaire.

Dans les grands axes de la Stratégie Nationale de Santé actuelle (2018-2022), on trouve notamment la mise en place d'une politique de promotion de la santé avec pour 4^e objectif majeur la « transformation du système de santé en réaffirmant la place des citoyens ». Plus précisément, figure parmi les actions prioritaires celle « de réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé » (7).

Les actions de santé publique actuelles tendent à réorganiser le système de santé, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, en remettant le patient au centre de toutes les prises en charge. Ces réorganisations mises en œuvre en France au travers de la loi HPST (pour Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009 (9), sont guidées par les approches « centrée-patient », inspirées du courant de la psychologie humaniste, qui ont fait leur preuve en matière d'efficacité tant sur l'amélioration de la qualité des soins que sur la satisfaction du patient (10,11).

La satisfaction des usagers devient d'ailleurs un élément de guidance des actions publiques en santé puisqu'elle est présentée comme un indicateur d'évaluation des services publics (10).

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) s’empare également de la thématique et publie un rapport intitulé « patient et professionnels de santé : décider ensemble » (12) qui promeut l’amélioration de la relation médecin-patient pour renforcer la qualité et la sécurité des soins en proposant des outils pour aider les professionnels de santé. La même année, elle publie également une brochure intitulée « Oser parler à son médecin : pourquoi est-ce important ? » (13) rappelant au patient ses droits quant à l’information qui lui est due et surtout l’importance de la communication dans sa relation avec son professionnel de santé.

3. La relation médecin-patient

La relation du médecin avec son patient a souvent été étudiée et décrite sous forme de modèles de communication.

Deux modèles sont majoritairement décrits dans la littérature (14) :

- Le modèle paternaliste : le plus ancien, initialement décrit par Parsons en 1951 et majoritaire jusque dans les années 1980. Dans ce modèle, le praticien expose la situation au patient et décide ce qui est le mieux pour lui. Cet échange unilatéral d’information rend la relation asymétrique. L’autonomie du patient est réduite à son consentement, sans prise en compte de ses préférences.
- Le modèle informatif : c’est un modèle plus récent dans lequel le praticien, ici en position d’expert, expose les informations au patient. Celui-ci devient seul responsable de la décision médicale en fonction de ses valeurs mais sans inclure les préférences du praticien. Ce modèle reste unilatéral avec un transfert d’information simple.

4. La prise de décision partagée en santé

A. Définition dans la littérature

La décision médicale partagée ou prise de décision partagée en santé ou encore processus de décision partagée pour « Shared Decision Making », est un nouveau modèle qui apparaît dans les années 1990. Il permet de réduire l’asymétrie entre le médecin et le patient, tant en termes de partage d’information que de pouvoir dans la relation médecin-malade. Il permet d’augmenter les connaissances du patient. C’est aussi le seul modèle à proposer une collaboration entre le médecin et son patient. Les deux parties ont donc une contribution active dans la relation.

Ce modèle, selon la définition de C. Charles en 1997 (15), qui est la plus citée dans la littérature, présente quatre conditions à respecter pour que le processus de décision soit en effet partagé :

- Au moins deux participants sont impliqués dans le processus de prise de décision : le praticien et son patient, auxquels peuvent s'ajouter des tiers, proches du patient ou autres médecins ;
- Le transfert d'information est bilatéral :
 - le praticien délivre des informations médicales, explicite les différentes options possibles, leurs bénéfices et risques, et peut exposer un avis ou une préférence sur ces options ;
 - le patient exprime ses préférences, ses questionnements ;
- Chacun des participants s'implique dans le processus de décision pour trouver un consensus sur l'option à adopter ;
- Une décision est prise et doit être acceptée par tous les participants au processus. A l'issue de celle-ci, chacun doit être satisfait de son niveau d'investissement dans la décision.

La prise de décision partagée en santé peut également être définie comme une pratique avancée de l'approche « centrée-patient » (16).

B. Son application en pratique courante

Glyn Elwyn décrit les 3 étapes clés pour mettre en application le concept théorique dans nos pratiques (17). La première étape consiste à introduire le choix en informant le patient qu'il existe plusieurs options raisonnables à considérer. Il semble nécessaire de justifier le choix à faire en mettant en avant les préférences personnelles du patient, qui devront guider la suite de la discussion.

Le praticien doit, dans un second temps, décrire chacune des options, leurs risques et bénéfices, et rechercher les connaissances du patient sur le sujet. À cette phase, des outils d'aide à la décision peuvent être utilisés. Pour finir, le professionnel de santé doit aider le patient à explorer ses préférences en lui faisant élaborer ce qui compte le plus pour lui. Une décision doit être prise en tenant compte de ces préférences.

La prise de décision partagée en santé ne peut cependant pas s'appliquer à toutes les situations médicales. Les contextes de pathologies aiguës, voire urgentes, ne s'y prêtent pas.

Glyn Elwyn définit également une notion indispensable d'équipoise pour justifier l'utilisation de la décision partagée : il doit exister plusieurs options équivalentes et acceptables en termes de résultats.

À l'heure actuelle, on retrouve fréquemment son utilisation dans le domaine de l'oncologie, mais son application à la pratique de la médecine générale semble tout indiquée puisque la relation médecin-malade est une relation durable dans le temps où elle a le temps et l'opportunité d'être développée.

C. Ses bénéfices

Les résultats de la prise de décision partagée en santé sont difficiles à mesurer de façon objective compte tenu de la discordance qu'il existe parfois entre le ressenti médecins/patients sur la manière dont a été prise la décision. Cependant, il existe de nombreux effets directs et indirects qui ont été mis en évidence dans diverses publications (18).

Les résultats majoritairement mis en avant sont les effets indirects avec un renforcement de la relation médecin malade : les patients semblent plus satisfaits de leur prise en charge, qui s'avère donc parfois moins conflictuelle (19). L'adhésion au traitement et l'observance par la suite en semblent améliorées. L'implication des patients dans les décisions qui concernent leur santé a été également prouvée efficace pour réduire les événements indésirables évitables ainsi que le recours inapproprié aux soins (20). On peut aussi observer une amélioration de la qualité de vie dans certaines pathologies chroniques telles que l'asthme ou la fibromyalgie ou encore une diminution de l'anxiété du patient (21). En outre, la prise de décision partagée en santé est un outil important pour promouvoir l'autonomie des patients et participer à la promotion de la santé de manière plus générale (19).

Malgré cela, il n'y a pas eu à ce jour de preuve d'un éventuel gain financier sur les coûts du système de santé.

D. Les freins à son utilisation

Du côté des professionnels de santé, le premier frein évoqué à la mise en place de la prise de décision partagée en santé est une contrainte de temps. Les différentes études montrent des résultats variables avec une médiane de 2,5 minutes de temps ajouté par consultation, principalement en lien avec l'utilisation d'outils d'aide à la décision. Certaines études montrent parfois une diminution de 8 minutes au maximum du temps de consultation (22).

Les autres freins cités par les professionnels de santé sont le manque de situations cliniques ou de patients ayant les caractéristiques qu'ils jugent nécessaires à son application. De plus, certains professionnels de santé pensent déjà la pratiquer en utilisant une approche centrée patient ou bien en diffusant des outils d'aide à la décision sans que le processus de décision soit dynamique et collaboratif. Ce qui met en lumière un autre frein qui est un manque de connaissance précise des professionnels de santé sur le sujet (22).

Enfin, il semble ressortir un manque d'effets objectivables sur la santé de leur patient et la prise de décision dans leur pratique courante pour motiver sa mise en œuvre (23).

Sur le versant patient, les principaux freins sont un manque de confiance en leur professionnel de santé les inhibant dans l'expression de leur questionnement et opinions, ou leur manque de confiance en eux-mêmes. C'est souvent le cas dans les populations vulnérables (22). D'ailleurs la barrière de la langue ou un faible niveau d'alphabétisation peuvent aussi bloquer l'échange d'une information de qualité ou sa totale compréhension, limitant ainsi la collaboration efficace des deux participants. Ces populations sont souvent moins satisfaites de l'information qui leur a été délivrée. D'autre part, l'origine culturelle peut faire varier l'autonomie souhaitée du patient dans la relation. C'est pourquoi dans certains pays, le modèle paternaliste est encore très largement répandu et ancré (17).

E. Les facilitateurs

a) Les outils d'aide à la prise de décision partagée

Des outils d'aides à la décision ont été créés pour aider le patient à hiérarchiser les options disponibles qui lui ont été exposées par le praticien. Ils sont conçus comme un

complément à l'information reçue pendant la consultation sur les preuves et les incertitudes scientifiques. Ils peuvent être utilisés pendant ou à distance d'un temps de consultation. Ils ont prouvé leur efficacité pour améliorer les connaissances du patient, la perception du risque et l'adéquation de la décision avec les valeurs personnelles du patient (24). Ils améliorent également l'activation du patient et sa confiance à pouvoir faire des choix éclairés (25). Selon la HAS, bien que n'ayant pas d'impact sur l'état de santé du patient, ces outils ont un effet positif sur la qualité et la sécurité des soins en augmentant la participation des patients qui le souhaitent aux décisions qui concernent leur santé (12).

b) L'activation du patient et l'implication du praticien

Enfin, la condition la plus importante à la mise en place de la décision partagée est la motivation et la volonté du patient lui-même à vouloir prendre part au processus de décision, qui font écho aux notions d'activation et d'empowerment.

Darwin Deen définit ainsi la notion d'activation du patient comme "sa tendance, sa volonté ainsi que sa capacité à prendre en charge sa santé" (25). S'y ajoute également "son état de préparation à assumer ce rôle". Or, il existe une différence entre le fait de vouloir être acteur dans la prise en charge de sa santé et le souhait de participer à la décision de soin (1).

L'« empowerment » ou « accroissement du pouvoir d'agir », est un terme qui trouve des applications dans de nombreux domaines et plus récemment dans celui de la santé. Il illustre l'insatisfaction du patient qui va le pousser à se mobiliser pour devenir acteur de sa santé et revendiquer son droit à la participation à la décision. Certains iront même jusqu'à l'utiliser pour parler « d'antithèse du paternalisme médical » (26).

D'autre part, il a été démontré que les patients participants le plus dans la relation de soins posent plus de questions à leurs professionnels de santé qui, de fait, comprennent mieux leurs intérêts et ont tendance à délivrer en retour une plus grande quantité d'information et une information de meilleure qualité. C'est ce que met en lumière la campagne « Ask 3 questions » (« Posez trois questions ») menée en 2011 en Angleterre (27,28).

Ainsi le changement de comportements de l'un entraîne un changement de comportement de l'autre (28). Il semble alors important de s'intéresser au rôle des deux parties impliquées dans la relation : le changement de comportement des patients pour changer celui des praticiens est

peut-être plus efficace que la réciproque ? Cependant, les populations les moins activées, les moins éduquées ou les moins confiantes en leur capacité à participer à la décision de soin vont être moins enclines à inciter leur professionnel de santé à les intégrer dans le processus de décision.

Plusieurs études ont prouvé l'efficacité des interventions telles que des entretiens préparatoires auprès des patients avant sa consultation, en facilitant la prise en considération de ses demandes (28). Néanmoins, celles-ci sont difficiles à mettre en place à grande échelle et sont parfois coûteuses.

5. France Assos Santé et la prise de décision partagée en santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, plus connue sous le nom de France Assos Santé, est une organisation nationale de référence ayant pour mission de représenter et défendre les intérêts des patients et des usagers du système de soin. Créée en 2017 par arrêté ministériel (29), elle regroupe à ce jour 84 associations nationales, représentant plusieurs centaines de milliers d'usagers adhérents ; parmi lesquelles on peut notamment retrouver AIDES, le Planning familial, l'AFM-téléthon ou encore La ligue contre le cancer.

Au sein de l'Union Nationale existent les Unions Régionales des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé : les URAASS. C'est en partenariat avec la délégation régionale des Pays de la Loire que nous avons pu effectuer ce travail.

Dans les missions prioritaires que la délégation s'est donnée, on retrouve l'information des usagers, leur accompagnement et l'évaluation de la qualité des soins dont ils bénéficient. C'est dans cette dynamique et à l'approche des vingt ans de la loi Kouchner (4), que la délégation des Pays de la Loire a créé un groupe de travail sur la « Décision médicale partagée », (terme qui sera progressivement remplacé par « prise de décision partagée en santé » dans leur travaux pour s'harmoniser avec les publications internationales), thème prioritaire dans le plan stratégique 2019-2022 de la délégation. Ce groupe de travail est composé d'une dizaine de représentants des usagers, membres associatifs bénévoles.

Afin d'orienter les travaux de ce dernier, en 2019, l'URAASS a réalisé une première enquête visant à évaluer le vécu et le ressenti des usagers du système de santé en Pays de la Loire en interrogeant leurs représentants régionaux sur le vécu de certaines de leurs consultations médicales. Cette enquête a permis de mettre en lumière que bien que 75% des répondants

pensent avoir participé à la décision concernant leur santé, 42% des répondants ne se sont pas sentis encouragés à poser des questions et que la moitié des répondants disaient ne pas avoir eu le choix entre différentes options de prise en charge ou ne pas avoir reçu d'explications suffisantes pour eux sur les bénéfices et les risques de leurs soins (30).

Dans cette continuité, le groupe de travail a ensuite débuté un travail de communication et de promotion de la prise de décision partagée en santé en voulant mener une campagne d'affichage dans les cabinets libéraux intitulée « Pour ma santé : Décidons ensemble ». Au travers de celle-ci, France Assos Santé souhaitait sensibiliser les patients à la prise de décision partagée en santé, augmenter leurs attentes dans la relation de soins et ainsi les encourager à poser plus de questions à leur professionnel de santé pour qu'ils puissent tirer la meilleure information possible de leur consultation et être plus intégrés dans le processus de la décision de soin.

Selon l'accueil initial de leur projet par les patients et les professionnels de santé, France Assos Santé avait pour ambition de déployer secondairement cette campagne au niveau régional puis potentiellement au niveau national.

En parallèle de notre travail, France Assos Santé a donc également débuté un travail en collaboration avec des étudiantes de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes) afin de proposer des stratégies possibles pour le déploiement de la campagne d'affichage finale auprès des professionnels de santé libéraux de toute la région des Pays de la Loire via les relais adéquats.

Mon travail de thèse s'est articulé autour du projet de France Assos Santé avec pour objectif d'accompagner l'élaboration de leur campagne, son évaluation et son déploiement régional. Nous savons que l'implantation de la prise de décision partagée en santé est moindre sur le territoire ; cette campagne de communication sur la prise de décision partagée orientée vers les usagers de santé des Pays de la Loire peut-elle être un levier motivationnel en amont de la consultation avec un professionnel de santé ?

II. MATÉRIEL et MÉTHODE

1. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, interventionnelle, multicentrique, avec une méthode d'analyse mixte : à la fois quantitative (réponses à des questions fermées à choix unique ou multiple) et qualitative (réponses à des questions ouvertes). Cette étude a été réalisée via des questionnaires papiers pour les patients et numériques pour les professionnels de santé.

Elle s'articule autour du projet de promotion de la prise de décision partagée en santé de l'Union Régionale des Pays de La Loire de France Assos Santé, via leur campagne d'affichage, avant son déploiement régional. Elle s'est déroulée en deux phases :

- une *première phase* afin d'évaluer l'acceptabilité de la campagne et des supports-test par les patients et les professionnels de santé, permettant de répondre aux critères secondaires de l'étude.
- une *deuxième phase* afin d'évaluer les performances immédiates de l'affiche finalisée de la campagne par les patients uniquement, permettant de répondre au critère principal de l'étude.

2. Objectifs de l'étude et critères d'évaluation

A. Objectif et critère principal

L'objectif principal de l'étude était **d'évaluer les performances obtenues par la campagne d'affichage comme mode d'intervention sur le terrain auprès du patient.**

Le critère d'évaluation principal était le **niveau d'encouragement ressenti par les patients en post-exposition immédiate à la campagne d'affichage en fonction de leur profil d'implication habituel dans la prise de décision partagée.** Celui-ci était recueilli lors la deuxième phase de l'étude. Dans cette phase, la première partie du questionnaire permettait d'établir un profil d'implication pour chaque patient, puis la deuxième partie du questionnaire permettait de déterminer si le patient s'était senti encouragé à s'impliquer dans la relation avec son professionnel de santé lors de lecture de l'affiche. L'analyse statistique permettait ensuite

de comparer les scores moyens d'encouragement des patients lors de l'exposition à l'affiche en fonction de leur profil, ce qui permet de définir le niveau d'encouragement ressenti.

B. Objectifs et critères secondaires

Les objectifs secondaires étaient au nombre de trois dans cette étude :

- **Guider l'élaboration des outils définitifs de la campagne** d'affichage de France Assos Santé,
- **Mesurer le taux de sensibilisation à la prise de décision partagée en santé avant la campagne,**
- **Anticiper le déploiement de la campagne** d'affichage à plus grande échelle.

Pour répondre à ces objectifs, les critères d'évaluation secondaires étaient les suivants :

- **Le profil des patients attirés par les supports de campagne,**
- **La note d'opinion moyenne des usagers et des professionnels de santé au sujet des affiches.** Il a également été recherché des pistes d'amélioration pouvant être proposées par les sujets cibles pour élaborer les supports définitifs de la campagne,
- **La part de la population connaissant le concept** de prise de décision partagée en santé avant la campagne, chez les professionnels de santé et chez les patients,
- **Le classement par ordre de priorité des partenaires potentiels** à privilégier selon les professionnels de santé pour relayer la campagne auprès de leurs collègues.

Ces différents critères ont pu être mesurés par l'analyse des informations des questionnaires patients et professionnels de la première phase de l'étude.

3. Population étudiée

L'étude s'est déroulée dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui sont des structures centrales dans l'offre de soins primaires auprès de la population générale. Elles permettent à la fois de toucher une plus grande variété de professionnels de santé médicaux et paramédicaux, ainsi qu'une plus large patientèle au sein d'une même structure. Les MSP ont été approchées par France Assos Santé via le réseau R2SP (Réseau de Recherche en Soins

Primaires des Pays de la Loire). Leur appartenance à un réseau de recherche en faisait des lieux privilégiés pour le développement et l'expérimentation de nouvelles pratiques.

A. La population éligible sur le versant patient

L'étude s'intéresse à l'ensemble de la population générale ayant recours à une offre de soins primaires.

Les critères d'inclusion pour les deux phases étaient : toutes les personnes fréquentant les salles d'attente des MSP sélectionnées (patient ou accompagnant) souhaitant participer à l'étude et en capacité de répondre aux questionnaires. Il n'a pas été formulé de critère d'exclusion portant sur l'appartenance à la patientèle régulière de la MSP, le praticien consulté ou encore le motif de consultation. Les patients ont pu participer, s'ils le souhaitaient, à l'une et/ou l'autre des deux phases de façon indépendante.

Le critère d'exclusion de la première phase était les répondants ayant complétés uniquement les questions relatives à leur profil (sexe/âge/catégorie socioprofessionnelle) et s'étant arrêté avant la question 4, qui est la première question relative aux affiches.

Le critère d'exclusion de la deuxième phase était les répondants n'ayant pas complété entièrement au moins une série de questions sur les deux.

B. La population éligible sur le versant professionnel de santé

L'étude s'intéresse à l'ensemble des professionnels, médicaux ou paramédicaux, sans distinction de spécialité, exerçant une activité de soins primaires au sein d'une MSP. Etaient éligibles tous les praticiens exerçant une activité au sein des MSP incluses dans l'étude pendant la période de diffusion du questionnaire. Il n'a pas été fait de distinction sur le mode ou le temps d'exercice au sein de la structure (titulaire, collaborateur, remplaçant ou étudiant en formation) lors de l'inclusion. Les professionnels de santé ont été sollicités directement via le coordinateur de leur MSP d'appartenance ou par l'un de leur collègue ou tuteur.

Ont été inclus tous les professionnels de santé ayant validé leurs réponses, complètes ou incomplètes à leur questionnaire.

Il n'a pas été formulé de critère d'exclusion pour cette population.

4. Élaboration des outils

A. Les supports de la campagne de France Assos Santé

Afin de toucher un plus grand nombre de patients à un moindre coût, les membres de France Assos Santé ont souhaité réaliser une campagne d'affichage en format papier dans les salles d'attente, qui pourrait par la suite être relayée dans différentes structures de soins et sous différents formats.

Un cahier des charges a été réalisé par les membres du groupe de travail de France Assos Santé, constitué de représentants des usagers (ou RU) en lien avec un partenaire chargé de communication :

- représenter les différents principes de base et les étapes clés de la prise de décision partagée en santé au travers de différentes situations de soins représentant des patients et leur professionnel de santé,
- créer des illustrations de situations pouvant correspondre à chaque profession,
- avoir un support permettant de présenter le projet de la campagne auprès des professionnels de santé,
- créer un logo et un slogan pour la campagne.

A partir de ce cahier des charges, un partenaire graphiste a élaboré 3 types d'outils qui seront les supports-test de la campagne et de la première phase de l'étude.

Le premier outil est une affiche illustrée, intitulée ici « *Consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin* » (annexe 1). Sur cette affiche, une mère exprime à son médecin ses inquiétudes quant à la prescription d'un antibiotique pour son enfant ; ce thème ayant été choisi par le groupe de travail comme pouvant être sujet à discussion en pratique courante. Cette affiche illustrée avait initialement pour projet d'être déclinée en plusieurs versions - une affiche par profession ciblée – et il a été choisi de représenter une situation avec un médecin pour les supports test diffusés dans les MSP où les médecins généralistes sont les plus représentés.

Le second outil est une affiche intitulée ici « *Foire aux Questions* » (annexe 2). Il s'agit de bulles de dialogues représentant différentes situations lors desquelles les patients questionnent leurs professionnels de santé. Elles permettent ainsi de donner en exemple un maximum de situations où ils peuvent être acteurs.

Le troisième outil est un *Edito de présentation* (annexe 3) en format A4 qui a été utilisé lors de la présentation du projet aux professionnels de santé. Celui-ci est co-signé par la présidente régionale de France Assos Santé, Mme HOUDAYER et le Département de Médecine Générale de la Faculté de Nantes.

Les deux affiches ont été installées au format A3 dans les salles d'attente des MSP participant au projet. L'Edito a été distribué lors de la présentation du projet et laissé à disposition des praticiens dans les MSP.

Ensuite, à l'issue de la première phase et à la lumière des résultats et suggestions recueillis qui seront détaillés ultérieurement, le groupe de travail s'est à nouveau réuni pour ajuster les outils et décider des outils définitifs qui seront diffusés lors du déploiement régional de la campagne. Ainsi l'affiche réalisée à l'issue de la première phase, intitulée ici « *Affiche finalisée de la campagne* » (annexe 6) illustre quatre situations qui évoquent quatre notions clés de la prise de décision partagée en santé :

- le fait d'avoir le choix entre différentes options de prise en charge,
- l'importance de la qualité et de la quantité d'information délivrée par le professionnel de santé pour faire un choix éclairé,
- la notion de temps de réflexion qui peut être pris lorsque cela est nécessaire, permettant ainsi d'inclure si on le souhaite un proche qui ne serait pas présent à la consultation,
- le fait de pouvoir questionner librement son professionnel de santé.

L'affiche finalisée a été installée dans deux des salles d'attente de chaque MSP participant au projet en remplacement des affiches de la première phase retirées à la fin du premier recueil.

B. Les questionnaires

Il a été choisi pour cette étude de réaliser une évaluation majoritairement quantitative à l'aide de questionnaires anonymisés. Nous pensons que ce format permet au répondant une plus grande liberté dans ses réponses en limitant le biais de désirabilité. Chacun des questionnaires utilisés était introduit par une brève présentation de France Assos Santé, de leur projet et de notre étude. Les questionnaires de la première phase faisaient référence aux supports-test de la campagne, tandis que le questionnaire de la deuxième phase faisait référence à l'affiche finalisée.

a) Première phase de l'étude versant patient :

Une première version du questionnaire a d'abord été élaborée par le groupe de travail de France Assos Santé, puis modifiée par nos soins. La version diffusée est composée de questions à choix unique, réparties comme suit (annexe 4) :

- trois questions pour recueillir des informations sur le répondant,
- une question sur la visibilité de l'affiche,
- une question sur la connaissance de la décision médicale partagée,
- douze questions avec des échelles de Likert sur le contenu des affiches,
- une question ouverte sur des suggestions ou autres remarques.

Concernant les douze questions avec des échelles de Likert, elles ont permis de calculer, pour chaque affiche, la **note d'opinion moyenne** de chaque répondant :

- d'abord en additionnant leurs réponses. 1 point a été attribué aux réponses « pas du tout d'accord » ; 2 points pour « plutôt pas d'accord » ; 3 points pour « plutôt d'accord » ; 4 points pour « tout à fait d'accord » et 0 pour l'absence de réponse,
- ensuite, le score obtenu a été divisé par le nombre questions complétées sur la série concernée pour obtenir une note d'opinion moyenne comprise entre 1 et 4 tout en limitant les biais liés aux séries de réponses incomplètes (les notes de 0 ont été exclues lors du calcul de la note moyenne par affiche).

b) Première phase de l'étude versant professionnel de santé

Un questionnaire unique (annexe 5) à destination de tous les professionnels de santé travaillant au sein des cinq MSP a également été élaboré, sans distinction de spécialité. Il a été rendu accessible en ligne via la plateforme LimeSurvey pour faciliter sa diffusion. Les réponses étaient anonymisées.

Il est composé comme suit :

- deux questions ouvertes sur la MSP d'appartenance et la profession exercée,
- une question fermée sur la connaissance de la notion de décision médicale partagée,
- une question semi-ouverte sur l'Edito et son contenu,
- une question où il était demandé de classer par ordre de priorité les 5 expéditeurs potentiels pour le déploiement de la campagne,
- une question ouverte sur le lieu d'affichage préféré,

- neuf questions sensiblement identiques à celles utilisées dans le questionnaire versant patient avec échelle de Likert « pas du tout d'accord / plutôt pas d'accord / plutôt d'accord / tout à fait d'accord », permettant à nouveau de calculer une *note d'opinion moyenne* avec la même méthode,
- quatre questions ouvertes aux remarques sur le contenu des deux affiches,
- une question ouverte aux autres suggestions.

c) Deuxième phase de l'étude

Un nouveau questionnaire (annexe 7), a été élaboré à destination des patients et s'intéressant à l'affiche finalisée de la campagne. Celui-ci a été simplifié et raccourci au maximum pour limiter le nombre de réponses incomplètes et réalisé sous forme de livret papier.

Il comprenait une première série de sept questions à choix unique avec échelle de Likert (Jamais/Parfois/Souvent/Toujours). Elles évoquaient les habitudes d'implication du patient lors d'une consultation en détaillant les différentes étapes clés de la prise de décision partagée en santé, permettant ainsi d'obtenir le *profil d'implication* de chaque patient (peu impliqué, moyennement impliqué ou fortement impliqué) en fonction du score obtenu en additionnant les réponses à cette première série de questions : les réponses « jamais » valant 1 point ; « parfois » 2 points ; « souvent » 3 points et « toujours » 4 points.

Entre les deux séries de questions, a été placé un visuel de l'affiche finalisée afin de nous affranchir de la notion de visibilité déjà évaluée lors de la première phase et ainsi limiter les réponses incomplètes,

Ensuite, une deuxième série de sept nouvelles questions à choix unique avec une échelle de Likert (Pas du tout d'accord / Plutôt pas d'accord / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord) portait sur le contenu de l'affiche et son impact sur le répondant. Elles permettaient de calculer l'encouragement ressenti par le patient en additionnant les réponses (« pas du tout d'accord » valant 1 point ; « plutôt pas d'accord » 2 points ; « plutôt d'accord » 3 points ; « tout à fait d'accord » 4 points et 0 pour l'absence de réponse). Cette somme est ensuite redivisée par le nombre de réponses du répondant à cette série pour obtenir son *score moyen d'encouragement*, compris entre 1 et 4, en limitant les biais liés aux réponses incomplètes à cette série de questions.

Enfin, le questionnaire se termine par une question ouverte concernant les éléments pouvant aider les patients à poser plus de questions à leurs professionnels de santé.

5. Mode de recueil

Le questionnaire versant patient de la première phase de l'étude ainsi que des urnes de réponse ont été déposés en libre-service, en format papier, dans les salles d'attente des professionnels de santé (toute spécialité confondue) où les affiches étaient installées. Un QR code était également présent sur les urnes pour permettre les réponses numériques au questionnaire. Une partie des questionnaires a également été distribuée par les secrétaires de certaines MSP lors de l'arrivée des patients.

Le questionnaire versant professionnel de santé a été diffusé par mail au coordinateur des MSP via un lien d'accès à la plateforme LimeSurvey. Le coordinateur était chargé de le relayer à l'ensemble de l'équipe de la MSP. Une responsable du réseau R2SP a effectué des relances aux praticiens lors de ses passages dans les MSP.

Le questionnaire de la deuxième phase de l'étude a été déposé en libre accès dans les salles d'attente avec les nouvelles affiches et des nouvelles urnes de réponses. Des questionnaires ont à nouveau été distribués par les secrétaires de certaines MSP.

6. Outils statistiques

Toutes les réponses aux questionnaires collectés ont été intégrées dans des tableaux sur Excel. Les notes d'opinion, les scores d'implication et d'encouragement ont été calculés en réalisant des moyennes et sont exprimés avec leurs écarts-types.

Les analyses en sous-groupe des notes d'opinion moyennes des affiches de la première phase et des scores moyens d'encouragement de la deuxième phase d'étude ont été comparés à l'aide d'un test de Student. La significativité étant atteinte si $p < 0,05$.

7. Comité d'éthique

Le comité d'éthique n'a pas été consulté pour cette étude conformément à la réglementation en vigueur.

III. RÉSULTATS

1. Dates d'analyse

La présentation du projet dans les MSP du réseau R2SP a été réalisée par les responsables du projet de France Assos Santé, entre les mois de mars et avril 2021. C'est au cours de cette présentation que les MSP pouvaient accepter ou non de participer à l'étude. Ensuite, les affiches ont été distribuées et installées dans les salles d'attente conjointement aux questionnaires et aux urnes de réponses au début du mois d'avril 2021.

Le recueil sur le versant patient était prévu sur un mois et le recueil pour les professionnels de santé de cette première phase devait se faire en décalé à partir de la fin du mois de juin 2021. Finalement, le recueil des données de la première phase versant patient été réalisé entre les mois d'avril et juillet 2021 puisque la période de pandémie de la covid-19 a limité la fréquentation des salles d'attente à cette période. De même, le questionnaire à destination des professionnels de santé, lors de la première phase, a été diffusé à partir du mois de juillet 2021 et clôturé mi-octobre 2021.

Ainsi, le bilan de fin de première phase prévu initialement en mai 2021 a été réalisé avec présentation des résultats au groupe de travail de France Assos Santé en décembre 2021.

Le recueil des données via le questionnaire patient de la deuxième phase a ensuite été réalisé sur une période d'un mois et demi entre début mai et mi-juin 2022. Prévu initialement sur un mois, celui-ci a dû être prolongé de quinze jours pour augmenter le nombre de répondants.

Le déploiement régional de la campagne était envisagé pour le deuxième semestre de 2021 lors du début de projet de France Assos Santé, il a été initié pendant le premier semestre 2022.

2. Lieux d'analyse

Cinq MSP ont été incluses dans le projet suite à la sollicitation de la coordinatrice régionale de France Assos Santé :

- « Gaston Ramon » 48 rue Gaston Ramon à La Roche-sur-Yon (85000),
- « Laennec » 2 bis Allée des Lilas à Saint-Nazaire (44600),
- « Sainte-Anne » 90 rue Amiral du Chaffault quartier Chantenay, Nantes (44100)
- « Pôle Loire et sillon », 15 rue de l'Hôpital à Savenay (44260),

- « Pôle de santé du Clion » 2 rue du Dr Auguste Guilmin à Pornic (44210) .

Les MSP sont localisées dans des zones urbaines de taille variable réparties principalement sur la Loire Atlantique (44) mais aussi en Vendée (85).

MSP	PORNIC	CHANTENAY	LA ROCHE-SUR-YON	SAVENAY	SAINT-NAZAIRE
Date de création	2017	2018	2017	2010	2015
Nombre habitants sur la commune*	16 290	314 138 (Nantes)	58 103	8 872	70 619
Nombre de spécialités différentes	11	9	5	7	8

Tableau 1: Caractéristiques des MSP participant à l'étude

*(*Population recensée en 2019, chiffres parus en 2021 par l'Insee)*

3. Taille de l'échantillon

La première phase a permis de récolter 171 réponses auprès des patients.

Chez les professionnels de santé, il a été récolté 27 réponses toutes professions et MSP confondues. Au vu de l'absence de critère d'exclusion sur les professionnels de santé répondants, le questionnaire a pu être diffusé à des remplaçants ou étudiants présents ponctuellement sur la MSP et il est donc difficile de connaître le nombre exact de professionnels qui ont été invités à y répondre. Nous ne pouvons donc pas calculer de taux exact de réponse à celui-ci.

La seconde phase de l'étude a permis de récolter 127 réponses auprès des patients.

A noter que les questionnaires ont été diffusés pendant la période de pandémie COVID-19 où la fréquentation des salles d'attente était parfois limitée par les règles sanitaires, ayant probablement impacté les taux de réponses sur les deux phases.

4. Résultats de la première phase

A. Versant patient

a) Diagramme de flux.

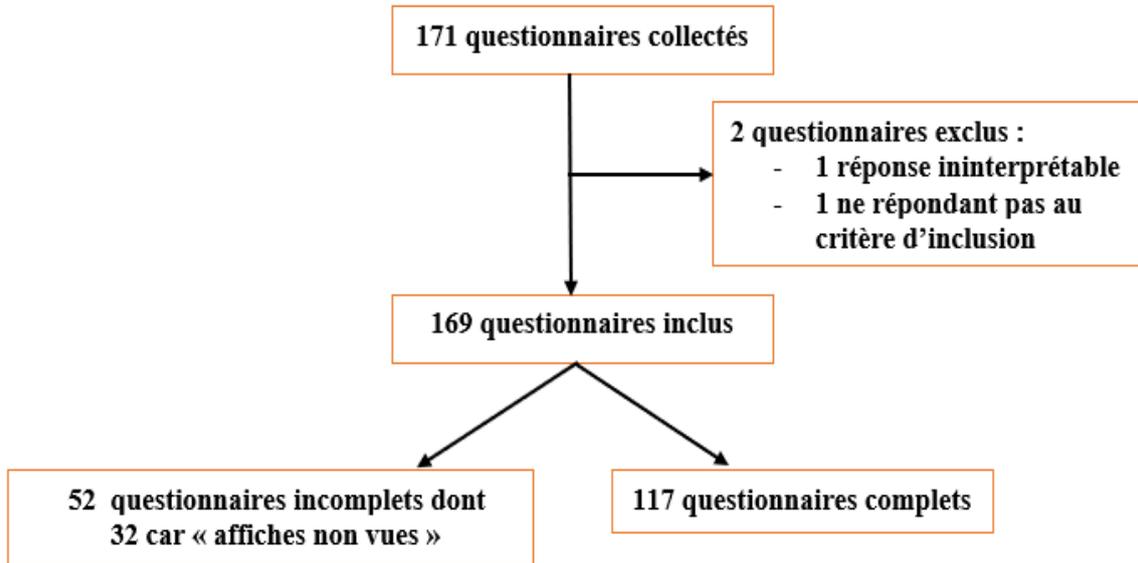


Figure 1: Diagramme de flux de la première phase de l'étude versant patient

Il n'y a pas eu de connexion au questionnaire via le QR code disposé initialement sur les urnes de réponse. Celui-ci a donc été retiré au bout d'un mois.

Sur les 171 questionnaires recueillis dans les urnes, deux ont été exclus : l'un à Saint-Nazaire pour réponse ininterprétable (plusieurs réponses aux questions à choix unique), l'autre à La Roche-sur-Yon selon le critère d'exclusion établi.

Parmi les 52 questionnaires caractérisés comme incomplets, 32 répondants déclaraient ne pas avoir vu les deux affiches auxquelles nos questionnaires faisaient référence ; ce qui est une réponse importante à prendre en compte (stop à la question 4).

La réponse à la question ouverte n'était pas discriminante pour définir les questionnaires comme complets.

b) Caractéristiques de la population des répondants

A propos de la décision médicale partagée : 61,1% des répondants (n=105) déclarent ne pas connaître le concept, pour seulement 21,9% qui pensent la connaître (n=37), et 16% de non-répondants (n=27).

Les femmes représentent 69,2% des répondants (n=117).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 61-80 ans soit 39,1% des répondants (n=66) suivie des 41-60 ans soit 30,2% (n=51) puis des 21-40 ans soit 22,5% (n=38).

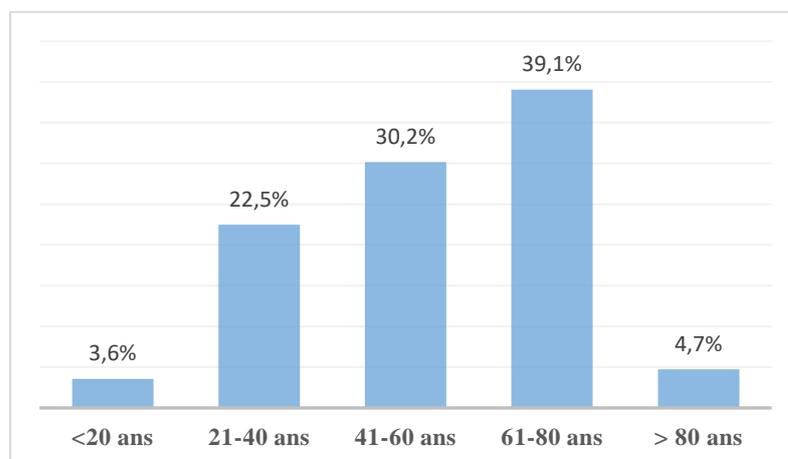


Figure 2: Tranches d'âge des patients répondant à la première phase de l'étude

Les plus de 60 ans représentent 27 % de la population française en 2021, selon l'Insee, mais c'est probablement la tranche d'âge qui est le plus à même de fréquenter régulièrement les cabinets médicaux puisque la part de la population générale déclarant un problème de santé chronique progresse avec l'âge, avec des hausses importantes au-delà de 50 ans et encore plus après 70 ans (31,32), ce qui explique probablement la plus forte représentation de cette tranche d'âge dans notre population.

Les tranches d'âges les moins représentées dans notre population sont les tranches les plus extrêmes, soit les plus de 80 ans (n=8) et les moins de 20 ans (n=6). Ceci pouvant s'expliquer par le fait que les enfants ne répondent à priori pas à notre enquête malgré le fait qu'ils fréquentent les salles d'attente et que les populations les plus âgées sont souvent vues en visite à domicile ou ne sont parfois plus en capacité de répondre à notre questionnaire.

Nous avons ensuite effectué un regroupement des catégories d'âges les plus extrêmes avec la catégorie d'âge la plus proche. Ainsi les moins de 20 ans ont été regroupés avec les 21-40 ans et les plus de 80 ans ont été regroupés avec les 61-80 ans.

L'ensemble des patients (n=169) ont répondu à la question concernant leur tranche d'âge.

Il semblerait que la proportion des répondants qui connaît le concept de décision médicale partagée tende à diminuer quand l'âge augmente.

A la question 5 : Aviez-vous entendu parler de la « décision médicale partagée » ?	« OUI »	« NON »	Non Répondant	Effectif total par tranche d'âge
Inférieur ou égal à 40 ans	11 (25,0%)	25 (56,8%)	8 (18,2%)	44 (100%)
De 41 à 60 ans	12 (23,5%)	30 (58,8%)	9 (17,6%)	51 (100%)
Supérieur ou égal à 61 ans	14 (18,9%)	50 (67,6%)	10 (13,5%)	74 (100%)
Effectif Total	37 (21,9%)	105 (62,1%)	27 (16%)	169 (100%)

Tableau 2: Connaissance de la décision médicale partagée en fonction des tranches d'âges des patients répondant à la première phase de l'étude

La classe socioprofessionnelle la plus représentée est celle des employés, avec 35,5% des répondants (n=60), ce qui est cohérent avec le fait que ce soit la classe sociale majoritaire en France (45% de la population Française en activité en 2020 selon l'Insee). Par ordre d'importance, on retrouve ensuite les cadres et professions intellectuelles. Les agriculteurs et artisans semblent moins représentés avec respectivement 2,4% (n=4) et 6,5% des réponses (n=11) mais sont également très peu représentés dans la population active française (33).

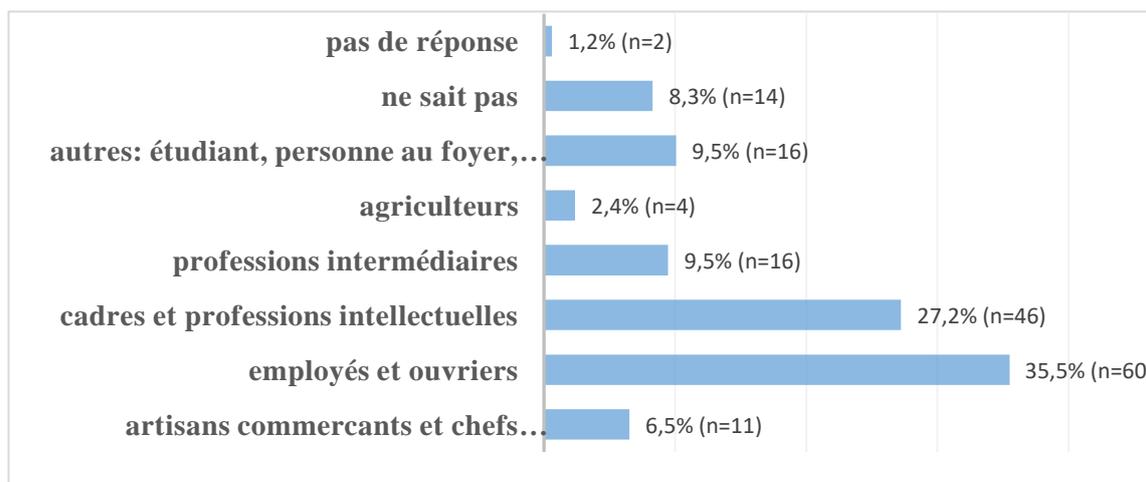


Figure 3: Catégories socio-professionnelles des patients répondant à la première phase de l'étude

En reprenant ces résultats en sous-groupes, il semblerait par exemple que les patients ayant des professions « intermédiaires » aient tendance à être plus au fait de la décision médicale partagée (31% ou n=5 sur 16) que les patients qui sont « employés ou ouvrier » (22% ou n=13 sur 60) ou encore que ceux qui sont « cadres ou qui exercent des professions intellectuelles » (17% ou n=8 sur 46). Cela pourrait s'expliquer par le fait que des professionnels de santé et du domaine social appartiennent à la catégorie de professions « intermédiaires ».

A la question 5 : Aviez-vous entendu parler de la « décision médicale partagée » ?	« OUI »	« NON »	Non répondant	Effectif total par catégorie socio-professionnelle
Artisans commerçants et chefs d'entreprises	3 (27%)	6 (55%)	2 (18%)	11 (100%)
Employés et ouvriers	13 (22%)	39 (65%)	8 (13%)	60 (100%)
Cadres et professions intellectuelles	8 (17%)	29 (63%)	9 (20%)	46 (100%)
Professions intermédiaires	5 (31%)	9 (56%)	2 (13%)	16 (100%)
Agriculteurs	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (100%)
Autres (étudiant, personne au foyer, en recherche d'emploi)	3 (19%)	11 (69%)	2 (13%)	16 (100%)
Ne sait pas	4 (29%)	8 (57%)	2 (14%)	14 (100%)
Non répondant sur sa profession	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Effectif Total	37 (22%)	105 (62%)	25 (15%)	169 (100%)

Tableau 3: Connaissance de la décision médicale partagée en fonction de la catégorie-socio professionnelle des patients répondant à la première phase de l'étude

c) Avis général sur les affiches

En matière de visibilité, la campagne semble peu visible selon 40,2% des répondants (n=68) : 21,3% ont dû chercher les affiches pour répondre à notre questionnaire (n=36) et 18,9% ne les ont pas trouvées (n=32). Seulement 14,8% des répondants déclarent avoir eu l'œil attiré par les affiches dès leur arrivée dans la salle d'attente (n=25) et 45% ont vu les affiches une fois installés en salle d'attente (n=76).

La **première impression à la découverte des affiches** est majoritairement « bonne ou très bonne» pour 51,5% des répondants (n=87), contre seulement 7,7% de ressenti « négatif » lors de la découverte des affiches (n=13). 21,9% rapportent une impression ni bonne ni mauvaise (n=37) et 18,9% ne se prononcent pas (n=32).

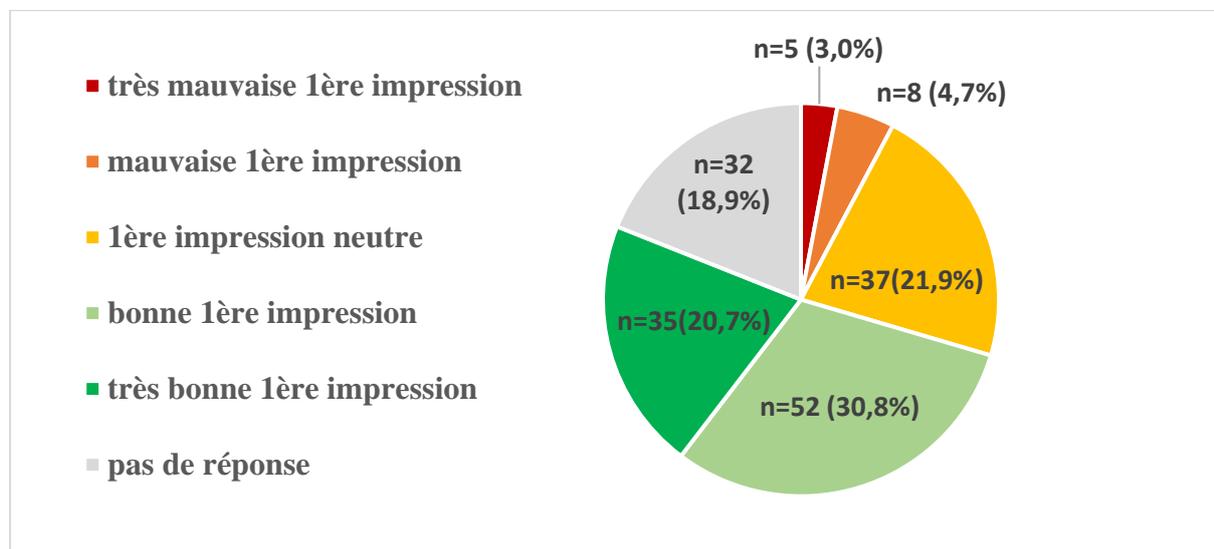


Figure 4: Première impression sur les affiches des patients répondant à la première phase de l'étude

d) Avis sur l'affiche illustrée « consultation de la mère et son enfant avec le médecin »

Sur cette série de questions qui était au verso du questionnaire papier, il a été comptabilisé entre 26% (n=44) et 29% au maximum (n=49) de non répondants en fonction des questions, incluant les 32 patients qui n'avaient pas vu les affiches et qui n'ont donc pas pu répondre à ces questions.

L'avis des répondants indique une tendance « tout à fait d'accord » sur la lisibilité du texte (34,9% soit n=59), sur le fait que le message soit compréhensible (34,3% soit n=58) ainsi que sur la clarté du message véhiculé sur l'importance de questionner son professionnel (38,5% soit n=65), de lui exprimer ses préférences (32% soit n=54) et sur le fait de participer à la décision (37,3% soit n=63).

Concernant le choix du message lié à la prescription des antibiotiques, 33,1% des répondants (n=56) sont « plutôt d'accord » avec le fait que la situation soit adaptée au message, même si celui-ci ne les concerne pas directement.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas de réponse	Effectif total
Le texte est facile à lire	3 (1,8%)	10 (5,9%)	52 (30,8%)	59 (34,9%)	45 (26,6%)	169 (100%)
Le message est compréhensible	3 (1,8%)	10 (5,9%)	54 (32%)	58 (34,3%)	44 (26%)	169 (100%)
L'illustration montre qu'il est important de poser des questions au professionnel de santé	2 (1,2%)	8 (4,7%)	47 (27,7%)	65 (38,5%)	47 (27,8%)	169 (100%)
L'illustration montre qu'il est important d'exprimer ses préférences sur les différentes prises en charge	1 (0,6%)	13 (7,7%)	53 (31,4%)	54 (32%)	48 (28,4%)	169 (100%)
L'illustration montre qu'il est important de participer aux décisions qui concernent sa santé	1 (0,6%)	13 (7,7%)	46 (27,2%)	63 (37,3%)	46 (27,2%)	169 (100%)
La situation choisie semble adaptée au message même si la situation ne concerne pas directement le répondeur	2 (1,2%)	12 (7,1%)	56 (33,1%)	50 (29,6%)	49 (29%)	169 (100%)

Tableau 4: Effectifs des patients répondant aux questions relatives à l'avis sur le contenu de l'Affiche illustrée

De manière à obtenir un ressenti plus global, la note d'opinion a été calculée pour chacun des 128 répondants qui ont complété au moins une des six questions de la série concernée. La **note d'opinion moyenne** sur l'ensemble des répondants est ainsi de 3,34/4 sur cette affiche avec un écart type de 0,65. Ce résultat semble cohérent avec la tendance de réponses majoritairement « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » observée précédemment et confirmant un ressenti positif vis-à-vis de cette affiche.

e) Avis sur l'affiche « Foire aux Questions »

Sur cette série de questions il a été comptabilisé 23,1% de non répondants (n=39) à la première question, puis 25,4% (n=43) sur l'ensemble des questions suivantes ; incluant les 32 participants qui n'avaient pas vu les affiches et n'ont donc pas pu répondre à ces questions.

L'avis des répondants indique une tendance « tout à fait d'accord » sur l'importance de questionner son professionnel de santé (40,2% soit n=68), de lui exprimer ses préférences (36,1% soit n=61) et de participer avec lui aux décisions de soins (38,5% soit n=65).

A propos de la lisibilité du texte, 35,5% des répondants (n=60) sont « plutôt d'accord ».

Concernant le style « foire aux questions », on note que celui-ci semble adapté pour mettre en lumière les différentes situations où peut s'appliquer la décision médicale partagée puisque 36,7% des répondants (n=62) sont « plutôt d'accord » avec cette proposition.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas de réponse	Effectif total
Le texte est facile à lire	3 (1,8%)	15 (8,9%)	60 (35,5%)	52 (30,8%)	39 (23,1%)	169 (100%)
Les exemples montrent qu'il est important de se renseigner auprès d'un professionnel de santé	1 (0,6%)	6 (3,6%)	51 (30,2%)	68 (40,2%)	43 (25,4%)	169 (100%)
Les exemples montrent qu'il est important d'exprimer ses préférences sur les différentes prises en charge	1 (0,6%)	10 (5,9%)	54 (32%)	61 (36,1%)	43 (25,4%)	169 (100%)
Les exemples rappellent qu'il est important de participer aux décisions qui concernent sa santé	0 (0%)	11 (6,5%)	50 (29,6%)	65 (38,5%)	43 (25,4%)	169 (100%)
Le style FAQ permet de comprendre plus facilement le message	0 (0%)	12 (7,1%)	62 (36,7%)	52 (30,8%)	43 (25,4%)	169 (100%)

Tableau 5: Effectifs des patients répondant aux questions relatives à l'avis sur la contenu de la Foire aux Questions

De manière à obtenir un ressenti plus global, la note d'opinion a été calculée pour chacun des 133 répondants qui ont complété au moins une des cinq questions de la série concernée. La **note d'opinion moyenne** sur l'ensemble de ces répondants est ici de 3,36/4 avec un écart type de 0,58, donnant à nouveau une tendance d'avis plutôt positive.

f) *Analyse en sous-groupes*

Sur les 37 patients ayant répondu « OUI » à la question concernant la décision médicale partagée : 2 n'ont pas répondu à la série de questions concernant leur avis sur l'affiche illustrée et 4 n'ont pas répondu à la série de questions concernant leur avis sur la FAQ. Sur les 105 patients ayant répondu « NON », 12 n'ont pas répondu à la série de questions concernant leur avis sur l'affiche illustrée et 8 n'ont pas répondu à la série de questions concernant leur avis sur la FAQ.

La comparaison à l'aide d'un test T de Student a permis de comparer les notes d'opinion moyenne entre les groupes connaissant la décision médicale partagée et ceux ne la connaissant pas. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes, aussi bien pour l'affiche illustrée ($p=0,0829$) que pour la FAQ ($p=0,1649$). Il ne semble donc pas nécessaire d'être déjà sensibilisé au thème abordé pour comprendre le message véhiculé.

A la question 5 : Aviez-vous entendu parler de la « décision médicale partagée » ?		« OUI »	« NON »
A propos de l'affiche illustrée	Nombre de valeurs	35	93
	Note d'opinion moyenne	3,49	3,28
	Intervalle de confiance à 95%	[3,29-3,69]	[3,14-3,42]
A propos de la FAQ	Nombre de valeurs	33	97
	Note d'opinion moyenne	3,48	3,32
	Intervalle de confiance à 95%	[3,29-3,68]	[3,20-3,44]

Tableau 6: Notes d'opinion moyennes sur les affiches de la première phase de l'étude en fonction de la connaissance des patients répondants de la décision médicale partagée

g) *Question ouverte*

Vingt-neuf répondants (17%) ont souhaité ajouter des remarques dans l'espace prévu à cet effet à la fin du questionnaire. Nous avons choisi de séparer les remarques concernant le fond, et celles concernant la forme des supports.

➤ Remarques concernant le contenu des affiches :

Sur le thème de la DMP et de ce qu'elle implique, on nous signale (n=2) la confusion possible sur l'acronyme DMP pour Décision Médicale Partagée avec celui du Dossier Médical Partagé. Un répondant signale également un « manque de concret » du projet : le concept de la DMP est expliqué sans forcément être illustré et il n'est pas décrit sous quelle forme celle-ci peut s'appliquer au sein d'une consultation.

Un manque de diversité dans les situations et les réponses sur la FAQ a également été signalé (n=3). Pour améliorer cela, plusieurs propositions de situations à présenter pour les prochains supports ont été émises par les répondants :

- Orienter vers des professionnels de santé adéquats selon les diagnostics ?
- Donner plus d'options de santé ?
- Proposer un interlocuteur à contacter en cas d'accident de travail ou inaptitude ?
- Illustrer des situations de traitement longue durée ?

Plusieurs suggestions d'amélioration de la campagne ont aussi été proposées de façon isolée, notamment une diffusion sur les réseaux sociaux (par exemple Facebook) ou encore une traduction en anglais et arabe pour toucher une plus grande part de la population. Un répondant suggère également d'illustrer plusieurs situations ou de multiplier les supports illustrés pour accompagner la FAQ.

➤ Remarques concernant le contenant :

A priori, le format de l'affiche semble peu adapté, trop courant et trop petit pour les répondants puisque cette remarque s'est retrouvée sur 14 questionnaires. Le texte semble également peu lisible, sur les deux supports, mais notamment sur la FAQ. Cinq des répondants se disent également insatisfaits du choix de logo, du choix des couleurs et trouvent les supports peu attrayants et peu accrocheurs. Trois répondants signalent enfin un manque d'information pour rendre plus visible la campagne et expliquer son but.

En parallèle, l'initiative, la forme de ce projet ainsi que les médecins y participant ont été félicités par trois des répondants.

B. Versant professionnel de santé

a) Diagramme de flux

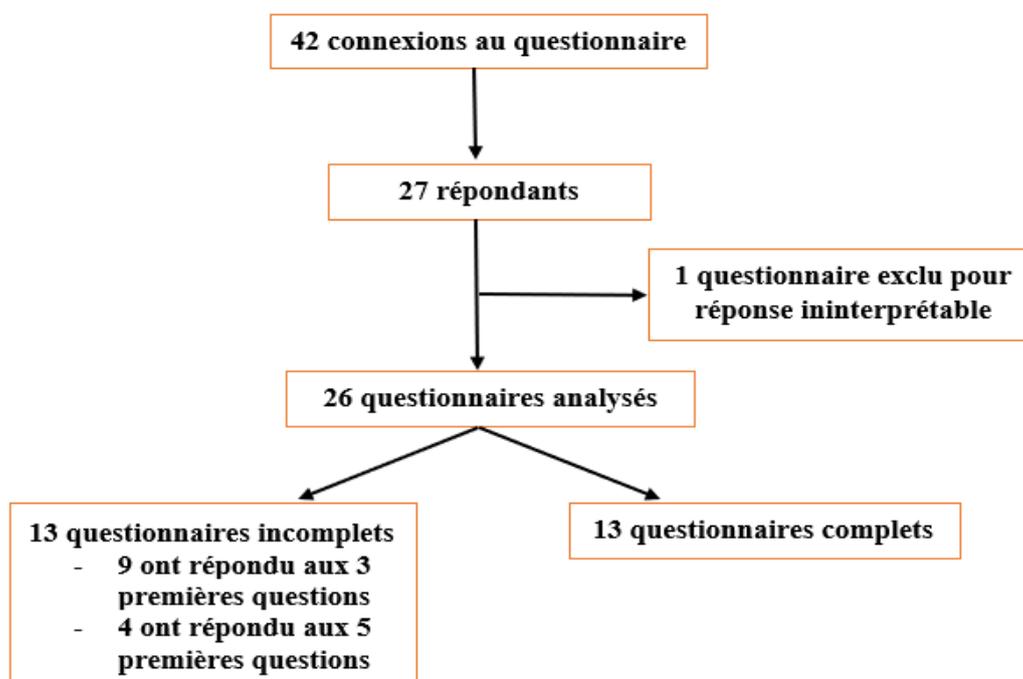


Figure 5: Diagramme de flux de la première phase de l'étude côté professionnels de santé

Un seul questionnaire a été exclu pour réponse ininterprétable/ inadaptée à la question. Seules deux questions avaient été complétées dans celui-ci.

Le questionnaire était séparé sur la plateforme de diffusion en 3 parties ou 3 fenêtres de réponses qui se succédaient lors de la validation des réponses. Certains répondants semblent avoir stoppé le questionnaire après la première partie (3^e question) et d'autres après la deuxième partie (5^e question).

b) Profil des répondants

Les médecins généralistes représentent 76,9% des répondants (n=20). On retrouve également quatre infirmiers et une diététicienne (coordinatrice de sa MSP). Ce sont les professions majoritaires dans les MSP ; cependant bon nombre de professions paramédicales ne sont pas représentées dans les résultats.

Un questionnaire supplémentaire a été inclus hors des MSP à la demande de France Assos Santé, complété par une personne non soignante, référente du département de la Loire-Atlantique.

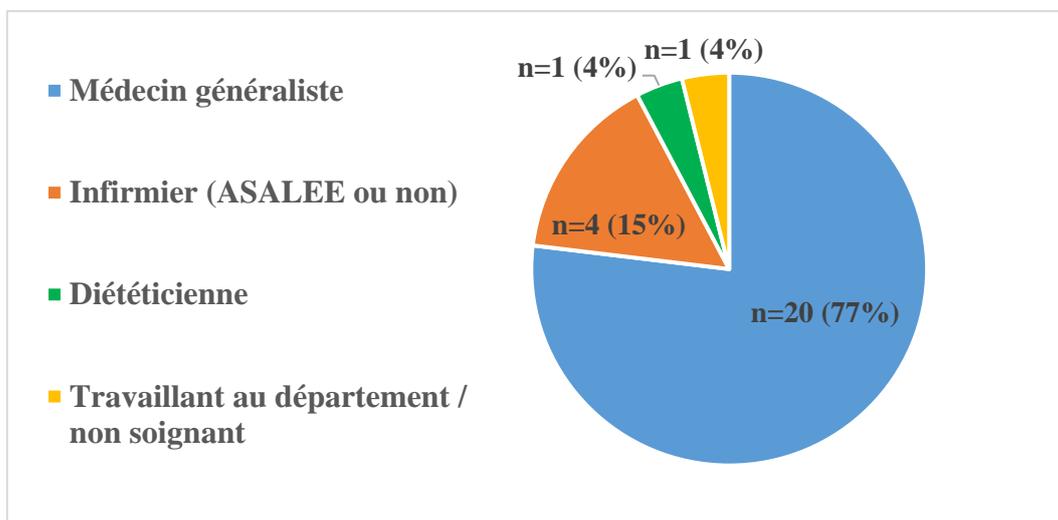


Figure 6: Spécialités des professionnels répondant à la première phase de l'étude

Concernant la décision médicale partagée : L'ensemble des répondants pense connaître le concept (n=26), et 73,1% d'entre eux pensent l'appliquer dans leur pratique quotidienne (n=19). Les 26,9% restant (n=7) connaissent mais ne pensent pas l'utiliser.

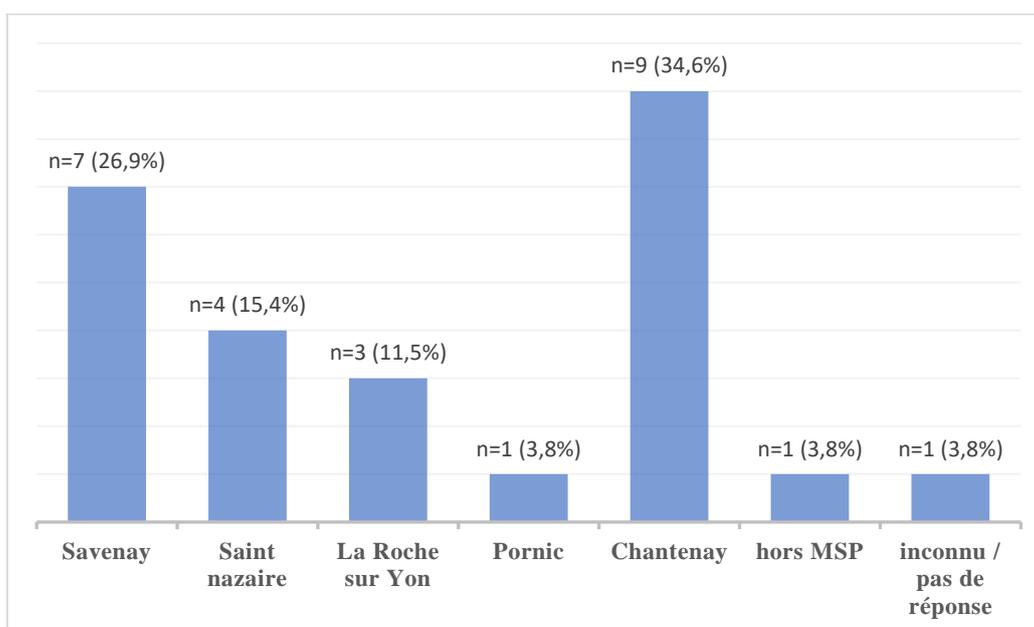


Figure 7: MSP d'appartenance des professionnels répondant à la première phase de l'étude

c) Avis général sur les conditions du projet

i. Les expéditeurs potentiels à privilégier

Nous avons demandé aux professionnels de santé de classer les expéditeurs qui, selon eux, seraient susceptibles d'avoir le plus haut taux de lecture dans leur boîte mail ou celle de leurs confrères, en vue d'une diffusion et d'un relais plus large du projet. En additionnant les rangs (1,2,3, ..) attribués par l'ensemble des répondants à chaque expéditeur potentiel, nous avons obtenu des scores allant de 44 à 71 sur un échelle possible de 17 à 102.

Il semble que, pour ce projet, il serait donc préférable d'avoir en premier lieu le soutien et l'appui de l'URPS qui a été priorisée en numéro 1 par 7 des 17 répondants et obtenu le score global le plus faible de 44. Viennent ensuite l'inter-URPS (score de 50), la CPAM (score de 53), le Conseil de l'Ordre (score de 69 mais qui s'est vu attribué deux fois le rang numéro 1), l'ARS (score de 69 qui s'est vu attribué une seule fois le rang numéro 1) et enfin l'APMSL (score de 71) qui semblerait obtenir un plus faible taux d'ouverture de mails.

Expéditeurs potentiels	URPS	Inter-URPS	CPAM	Conseil de l'Ordre	ARS	APMSL
Scores obtenus	44	50	54	69	69	71
Rangs	1	2	3	4	5	6

Tableau 7: Classement des expéditeurs potentiels par les professionnels de santé

ii. Impression globale à la découverte des supports-test de la campagne

Les résultats à la question 6 concernant l'impression globale des professionnels de santé lors de la découverte des affiches n'ont pas pu être interprétés en raison d'un défaut de l'affichage des symboles qui constituaient les propositions de réponses lors de la diffusion du questionnaire.

iii. Lieu d'affichage de la campagne

A la question ouverte du lieu qui aurait été privilégié s'il n'avait pas été imposé dans la salle d'attente à cette première phase, les professionnels de santé semblaient plutôt satisfaits

puisque la salle d'attente est citée dans 34% des questionnaires analysés (n=10). La proposition de les diffuser via les écrans installés dans les salles d'attente a également été mentionnée à deux reprises.

Parmi les autres répondants, quatre d'entre eux auraient préféré un affichage dans leur bureau de consultation pour initier plus facilement l'échange sur le sujet avec le patient, et trois au niveau du secrétariat pour les mêmes raisons.

d) Avis sur l'Edito

L'Edito a été jugé pertinent et assez informatif par 57,7% des répondants (n=15). Un répondant juge qu'il manque des informations nécessaires à sa bonne compréhension sans donner de piste d'amélioration. A noter que 34,6% ne répondent pas à cette question (n=9) et un répondant ne se prononce pas en précisant qu'il a participé à son élaboration.

e) Avis sur l'affiche illustrée

Les professionnels de santé ayant répondu sont « plutôt d'accord » avec la clarté des messages véhiculés sur l'importance de questionner son professionnel de santé (30,8% soit n=8), sur l'importance d'exprimer ses préférences (34,6% soit n=9), sur l'importance de la participation du patient aux décisions de soins (42,3% soit n=11) et sur le choix de la situation qui semble adaptée au message (30,8% soit n=8).

En dépit des 50% de non répondants (n=13), les avis semblent indiquer une tendance plutôt « satisfaisante » sur le contenu de cette affiche.

A noter que 19,2% des professionnels de santé (n=5) ont un avis « négatif » (réponse « plutôt pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ») concernant le choix de la situation illustrant la prescription d'antibiotiques, ce qui semble être une tendance différente des autres propositions.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas de réponse	Effectif total
L'illustration montre qu'il est important que les patients posent des questions à leur professionnel de santé	0 (0%)	0 (0%)	8 (30,8%)	5 (19,2%)	13 (50%)	26 (100%)
L'illustration montre qu'il est important que les patients expriment leurs préférences sur les différentes prises en charge	1 (3,8%)	1 (3,8%)	9 (34,6%)	2 (7,7%)	13 (50%)	26 (100%)
L'illustration montre qu'il est important que les patients participent aux décisions qui concernent leur santé	0 (0%)	0 (0%)	11 (42,3%)	2 (7,7%)	13 (50%)	26 (100%)
La situation choisie semble adaptée au message même si elle ne concerne pas directement la profession du répondant	2 (7,7%)	3 (11,5%)	8 (30,8%)	0 (0%)	13 (50%)	26 (100%)

Tableau 8: Effectifs des professionnels de santé répondant aux questions relatives à l'avis sur l'affiche illustrée

La note d'opinion moyenne sur cette affiche illustrée est de 2,98/4 avec un écart type de 0,44, pour les 13 répondants à cette série de questions. La tendance globale de l'avis des professionnels est donc plutôt positive sur l'ensemble.

f) Avis sur la FAQ

Les professionnels ayant répondu sont « plutôt d'accord » sur la clarté des messages véhiculés par les exemples cités : l'importance de se renseigner auprès de son professionnel de santé (26,9% des répondants soit n=7), l'importance d'exprimer ses préférences (30,8% soit n=8), l'importance de l'implication du patient dans les décisions de soins (34,6% soit n=9) et enfin sur l'utilisation d'un format type foire aux questions (34,6% soit n=9). Ces résultats sont toujours à nuancer avec les 50% de professionnels non répondants à ces questions (n=13).

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas de réponse	Effectif total
Les exemples montrent qu'il est important de se renseigner auprès d'un professionnel de santé	0 (0%)	1 (3,8%)	7 (26,9%)	5 (19,2%)	13 (50%)	26 (100%)
Les exemples montrent qu'il est important que le patient exprime ses préférences sur les différentes prises en charge	0 (0%)	1 (3,8%)	8 (30,8%)	4 (15,4%)	13 (50%)	26 (100%)
Les exemples rappellent qu'il est important que le patient participe aux décisions qui concerne sa santé	0 (0%)	0 (0%)	9 (34,6%)	4 (15,4%)	13 (50%)	26 (100%)
La style FAQ semble adapté pour exposer différentes situations	1 (3,8%)	0 (0%)	9 (34,6%)	3 (11,5%)	13 (50%)	26 (100%)

Tableau 9: Effectifs des professionnels de santé répondant aux questions relatives à l'avis sur la Foire aux Questions

La note d'opinion moyenne des 13 répondants est de 3,23/4 avec un écart type de 0,5 pour cette FAQ, ce qui témoigne à nouveau d'une tendance acceptable.

g) Avis et suggestions recueillis via les questions ouvertes

Nous avons demandé aux professionnels de santé les situations qu'ils aimeraient voir illustrer ou traiter dans une FAQ. On retrouve dans leurs réponses :

- Le domaine de la prévention impliquant la vaccination et les dépistages (n=8),
- L'exposition d'options thérapeutiques dans diverses situations (n=5) avec notamment les exemples suivants :
 - Kinésithérapie versus chirurgie dans les pathologies de l'épaule,
 - Mastectomie versus tumorectomie du cancer du sein,
 - Règles hygiéno-diététiques versus instauration d'antidiabétique oral,
 - Abstention thérapeutique ou instauration de traitement,
 - Les modalités contraceptives,
- La prescription d'examens complémentaires tel qu'une imagerie ou un dosage de PSA,
- La rédaction des directives anticipées.

➤ Remarques concernant le contenu des affiches :

Trois professionnels signalent que la discussion concernant les antibiotiques leur semble peu adaptée au vu des recommandations de plus en plus claires formulées par la HAS ou la Société de Pathologies Infectieuses qui laissent peu de place au débat. Ce qui est concordant avec les résultats obtenus à la question précédente. A noter également que c'était l'objet du refus de l'une des MSP lors de la présentation du projet.

L'échange paraît peu symétrique entre les deux parties et l'un des répondants propose que la question « qu'en pensez-vous » soit plutôt posée par le patient. L'un des répondants note également que « la discussion fait naturellement partie de la consultation et ne nécessite pas d'être mise en avant ici », bien que celle-ci apparait comme centrale dans la prise de décision partagée.

➤ Remarques concernant le contenant des affiches :

Deux répondants le trouvent peu adapté. D'après leurs retours, les caractères sont peu lisibles, et l'affiche FAQ est trop chargée. Un autre répondant nous propose de privilégier les illustrations car les messages semblent peu concis et moins percutants sur le format de la FAQ. Le graphisme choisi apparait « peu actuel » pour deux des répondants et la situation trop « caricaturale » pour trois d'entre eux, car empreinte de stéréotypes : antibiotiques, stéthoscope, blouse, médecin homme blanc, femme avec enfant.

Nous avons également recueilli des propositions sur les tournures de phrases à envisager telles que « décidons ensemble », « sentez-vous libre de poser toutes les questions qui vous permettront de prendre une décision partagée » ou encore « vous avez le droit de refuser un traitement ».

A noter dans les suggestions, sur le projet en général, l'association du projet à la faculté de dentaire par l'un des professionnels de santé.

5. Synthèse de la première phase de l'étude

La faible part de 21,9% des patients ne connaissant pas la prise de décision partagée en santé, mise en perspective avec les 73,1% des professionnels de santé qui pensent l'utiliser est un bon élément encourageant à poursuivre la communication sur le sujet.

La première impression globale des patients, autant que la tendance des notes d'opinion moyennes concernant les deux affiches, semblent plutôt positives, témoignant d'un bon accueil de la campagne d'affichage de France Assos Santé et d'une tendance plutôt acceptable des outils. Il semble en être de même pour l'avis des professionnels de santé.

	Affiche illustrée		Foire aux Questions	
	Note d'opinion moyenne	Ecart-types	Note d'opinion moyenne	Ecart-types
Versant patient	3,34/4	0,65	3,36/4	0,58
Versant professionnel de santé	2,98/4	0,44	3,23/4	0,50

Tableau 10: Synthèse des notes d'opinion moyennes de la première phase de l'étude

Les notes d'opinion moyennes ne sont d'ailleurs pas impactées par le fait que les patients répondants connaissent ou non le sujet de la décision médicale partagée. Cela semble donc en faire des outils adéquats pour véhiculer le message souhaité auprès de la population générale sans prérequis.

Les supports, même s'ils semblent « acceptables », semblent néanmoins nécessiter quelques ajustements comme en témoignent majoritairement les remarques recueillies au travers des questions ouvertes, notamment au niveau du choix du graphisme, de la situation choisie pour l'illustration et de la lisibilité de la FAQ.

Un support unique (intitulé ici « affiche finalisée ») a donc été choisi par le groupe de travail de France Assos Santé, par soucis de simplicité pour diffuser sa campagne auprès du grand public, sans déclinaison différente par profession. Le graphisme de celle-ci a été simplifié et modernisé. Ainsi, l'illustration finale ne permet volontairement pas d'illustrer une profession en particulier ni une situation donnée, permettant ainsi de correspondre à l'ensemble des

professions et à permettre à un plus grand nombre de patients de s’y identifier. Le format a été optimisé en version A2 pour améliorer sa visibilité et surtout sa lisibilité.

L’Edito, en revanche, n’a pas été modifié et sera conservé pour la présentation du projet lors de son déploiement régional. Celui-ci n’a pas été utilisé pour la deuxième phase de l’étude. Enfin, la Foire aux Questions n’a pas été reconduite.

D’autre part, au vu du grand nombre de questionnaires incomplets durant cette première phase, il semblait important de se questionner sur le mode de recueil et l’élaboration du questionnaire pour la deuxième phase qui a été optimisé et synthétisé autant que possible.

6. Résultats de la deuxième phase de l’étude

A. Diagramme de flux

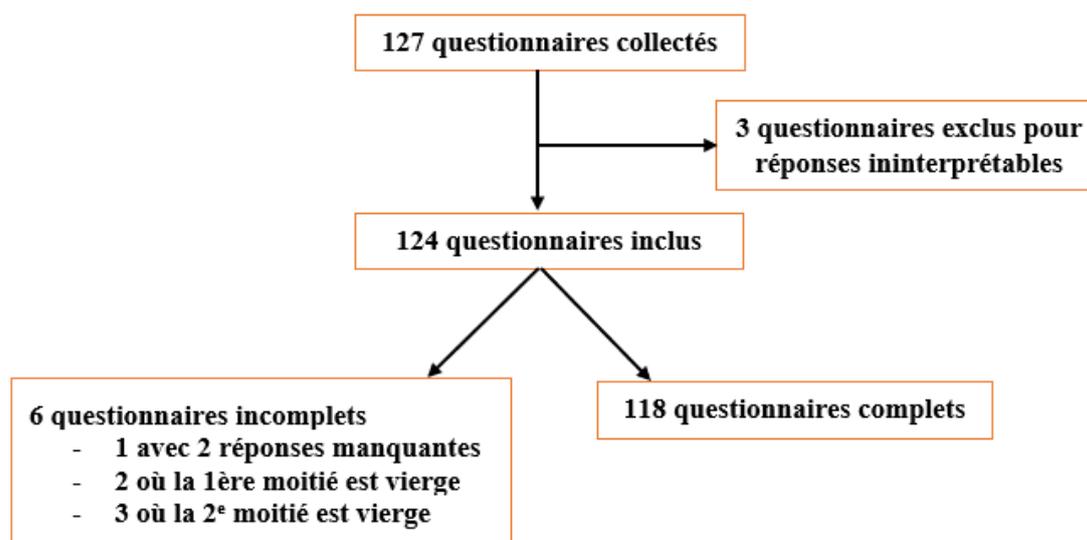


Figure 6: Diagramme de flux de la deuxième phase de l’étude

B. Analyse de la première série de questions

a) Les habitudes des répondants

En détaillant les étapes fondamentales de la prise de décision partagée, nous avons pu mettre en lumière le fait que certaines sont plus fréquemment mises en place que d’autres dans les consultations au quotidien : 40% des répondants (n=50), soit la majorité, déclarent « toujours » se sentir à l’aise pour poser des questions librement à leur professionnel santé ou

leur donner leurs préférences quand une décision doit être prise (pour 32% d'entre eux soit n=40).

La compréhension des informations délivrées par le praticien et le sentiment de décider conjointement avec le professionnel sont les deux étapes qui apparaissent ensuite les plus fréquentes en étant respectivement « souvent » appliquée à 43% (n=53) et 31% (n=39).

Le fait de questionner sur les différentes options possibles pour prendre en charge un même problème de santé ou sur les bénéfices et risques des traitements ou examens qui leur sont prescrits semblent plus occasionnelles car la majorité des répondants déclarent le faire « parfois » pour respectivement 44% (n=55) et 37% d'entre eux (n=46).

Enfin, l'importance de pouvoir demander et prendre un temps de réflexion lorsqu'on en ressent le besoin semble bien moins intégrée par les répondants qui déclarent pour 38% d'entre eux (n=47) ne « jamais » le faire.

Les répondants ...	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Pas de réponse	Effectif total
..demandent s'il y a plusieurs options possibles	35 (28%)	55 (44%)	17 (14%)	15 (12%)	2 (2%)	124 (100%)
... questionnent sur les bénéfices et les risques	30 (24%)	46 (37%)	30 (24%)	16 (13%)	2 (2%)	124 (100%)
... se sentent à l'aise pour poser des question	16 (13%)	27 (22%)	29 (23%)	50 (40%)	2 (2%)	124 (100%)
... pensent comprendre suffisamment les informations pour faire un choix	8 (6%)	29 (23%)	53 (43%)	32 (26%)	2 (2%)	124 (100%)
... donnent leur préférences	24 (19%)	19 (15%)	39 (31%)	40 (32%)	2 (2%)	124 (100%)
... demandent un temps de réflexion	47 (38%)	34 (27%)	22 (18%)	19 (15%)	2 (2%)	124 (100%)
... décident avec leur professionnel	27 (22%)	21 (17%)	39 (31%)	35 (28%)	2 (2%)	124 (100%)

Tableau 11: Effectifs des patients répondant à la première série de questions de la deuxième phase

b) Profil d'implication des répondants

Afin d'avoir une analyse plus globale de ces résultats, un score de 1 a été attribué aux réponses « jamais », 2 pour les réponses « parfois », 3 pour « souvent » et 4 pour « toujours ». Nous obtenons ainsi un score d'implication compris entre 7 et 28 pour chaque répondant nous permettant de définir **3 types de profil d'implication** :

- « **faiblement impliqués** » pour un score inférieur ou égal à 13 : représentant 26% des répondants (n=32),
- « **moyennement impliqués** » pour un score compris entre 14 et 21 : représentant 45% d'entre eux (n=56),
- « **fortement impliqués** » pour un score supérieur ou égal à 22 : 27% d'entre eux (n=34),
- 2% (n=2) sont non répondants à cette série de questions.

Le score moyen d'implication habituel sur l'ensemble des 122 répondants à cette série est ainsi de 17,74/28 avec un écart type de 5,57. Ce résultat semble cohérent avec la proportion majoritaire du groupe des « moyennement impliqués ».

Deux patients n'ont répondu à aucune des questions de cette série et n'ont donc pas été comptabilisés dans le calcul du score moyen (l'un à Saint-Nazaire, l'autre à Chantenay).

En reprenant ces résultats en sous-groupe, les scores moyens d'implication obtenus par les répondants de chaque maison de santé nous donnent un profil moyen de « moyennement impliqués » dans l'ensemble des cinq MSP avec néanmoins des nuances puisqu'on retrouve un score moyen de 14 avec un écart type de 5,81 à La Roche-sur-Yon et un score moyen de 21 à Pornic avec un écart type à 3,26.

	Savenay	Saint-Nazaire	La Roche-sur-Yon	Pornic	Chantenay	Total population
Effectifs	n=27	n=12	n=41	n=20	n=22	N=122
Scores moyens d'implication	19	20	14	21	19	17,74
Ecart types	4,14	5,02	5,81	3,26	3,90	5,57

Tableau 12: Scores moyens d'implication des répondants à la deuxième phase de l'étude

C. Analyse de la deuxième série de questions

a) Avis sur l'affiche des répondants

La majorité des répondants est « plutôt d'accord » avec le fait de se sentir encouragée à réaliser l'ensemble des étapes détaillées de la prise de décision partagée en santé à la lecture de l'affiche.

Le répondant s'est senti encouragé à ...	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Pas de réponse	Effectif total
... rechercher les différentes options possibles	21 (17%)	28 (23%)	55 (44%)	17 (14%)	3 (2%)	124 (100%)
... demander des précisions sur les bénéfices et les risques	14 (11%)	18 (15%)	54 (44%)	34 (27%)	4 (3%)	124 (100%)
... poser des questions librement	14 (11%)	18 (15%)	48 (39%)	41 (33%)	3 (2%)	124 (100%)
... demander d'autres explications pour mieux comprendre	11 (9%)	21 (17%)	52 (42%)	37 (30%)	3 (2%)	124 (100%)
... exprimer mes préférences	14 (11%)	27 (22%)	52 (42%)	28 (23%)	3 (2%)	124 (100%)
... demander plus de temps si j'en ai besoin	13 (10%)	27 (22%)	56 (45%)	25 (20%)	3 (2%)	124 (100%)
... prendre part à la décision lorsqu'il y a un choix à faire	16 (13%)	20 (16%)	47 (38%)	37 (30%)	4 (3%)	124 (100%)

Tableau 13: Effectifs des patients répondant à la deuxième série de questions de la deuxième phase de l'étude

b) Scores d'encouragement des répondants

Le *score d'encouragement* a été calculé pour chaque patient. Trois patients n'ont répondu à aucune des questions de cette série et n'ont donc pas été comptabilisés dans le calcul du score moyen. Le score moyen d'encouragement sur l'ensemble des 121 répondants à cette série est de 2,83/4 avec un écart type de 0,86, soit une tendance plutôt positive.

D. Analyse en sous-groupe

La comparaison en sous-groupe n'a pu s'effectuer que pour les répondants ayant complété au moins en partie les 2 séries de questions - soit 119 d'entre eux - et n'ont pas pu inclure les 5 patients ayant laissé vierge l'une ou l'autre des deux séries de questions.

Il semble que le score moyen d'encouragement des « faiblement impliqués » soit plus faible que celui des autres populations.

Un test de Student a permis de comparer entre eux les scores moyens d'encouragement par groupe selon le profil d'implication:

- En comparaison avec les « moyennement impliqués » et les « fortement impliqués », le score moyen d'encouragement des « faiblement impliqués » est significativement plus faible que celui des autres groupes (avec $p < 0,0001$ dans les deux cas),
- il n'existe pas de différence significative entre les groupes « moyennement impliqués » et « fortement impliqués » ($p = 0,0606$).

Profil d'implication	Effectif	Score moyen d'encouragement	Intervalle de confiance à 95%
Faiblement impliqué	32	1,83	1,52-2,07
Moyennement impliqué	54	3,08	2,94-3,22
Fortement impliqué	33	3,33	3,09-3,57

Tableau 14: Comparaison des scores moyens d'encouragement selon les profils d'implication des patients répondant à la deuxième phase de l'étude

E. Avis et suggestions recueillis via la question ouverte

37 répondants ont souhaité faire une ou plusieurs remarques. La remarque la plus fréquente, formulée par 17 des répondants, est la notion de temps de la consultation. Le temps semble apparaître comme une pression sur les patients, les empêchant de poser leur question ou empêchant leur professionnel de santé de les écouter.

Dans les autres freins retrouvés à interroger son professionnel, on retrouve notamment:

- Un manque de connaissance des différentes options, ou de connaissances médicales pour comprendre les informations reçues (n=4),
- Un manque de confiance en soi avec la crainte du jugement ou du ridicule (n=2),
- Un problème d'organisation globale du parcours de soins faisant référence au manque de praticiens disponibles et une perte de confiance dans le système de soins Français (n=3).

Dans les éléments qui pourraient aider les patients à poser plus de questions à leur professionnel de santé, on retrouve principalement la posture du praticien : 9 répondants formulent le besoin d'être « rassuré » par un professionnel « sérieux », « humain et bienveillant », « ouvert et posé » et surtout « à l'écoute ». A cette posture s'ajoute son âge et son expérience selon l'un d'entre eux.

Certains répondants semblent encore un peu réticents à leur activation puisque 4 d'entre eux pensent que c'est d'abord au professionnel de questionner son patient afin d'ouvrir le dialogue.

Quatre patients se déclarent spontanément « très satisfaits », « en confiance » ou comme déjà habitué à poser ses questions.

IV. DISCUSSION

Bien qu'elle soit au cœur des actualités de santé publique, la prise de décision partagée en santé n'est connue à ce jour, que par une faible part de la population fréquentant les institutions de soins primaires en exercice coordonné. Il semblerait qu'il y ait une petite tendance à l'augmentation dans les populations les plus jeunes, dans lesquelles l'évolution des mentalités va à l'encontre des modèles paternalistes auxquelles les générations plus anciennes ont été confrontées. Il semble donc intéressant de soutenir cette tendance en continuant à promouvoir la prise de décision partagée.

Les résultats de la première phase étaient plutôt encourageants pour le développement de la campagne de France Assos Santé puisque les notes d'opinion moyennes positives pouvaient témoigner d'une bonne retranscription du message souhaité par le format choisi pour le faire.

Les patients sont majoritairement « moyennement impliqués » dans les décisions de soins au quotidien dans notre population. L'affiche finalisée de la campagne d'affichage de France Assos Santé, en générant un score moyen d'encouragement positif peut alors être un outil pertinent comme élément motivationnel auprès de la population générale afin de poursuivre dans ce sens. Même si le message de ce type d'affiche pouvait a priori être compréhensible par l'ensemble de la population quel que soit leur connaissance pour le sujet, il semble néanmoins qu'il faille être a minima déjà un peu impliqué pour en tirer un encouragement bénéfique. Cet outil semble donc d'autant plus pertinent auprès des populations déjà sensibilisées et impliquées, qui représentaient une part importante de notre population, mais moins efficace pour sensibiliser et augmenter la participation d'une population moins impliquée de base dans les décisions de soins concernant leur santé.

1. Choix des critères de jugement

A. Les critères de jugement secondaires, mesurés lors de la première phase de l'étude

Lors de l'évaluation de l'acceptabilité du support, nous nous sommes uniquement concentrés sur le contenu de l'affiche et avons donc volontairement écarté toutes les questions relatives au comportement du répondant en matière de prise de décision partagée. Nous nous sommes intéressés à la compréhension, à la facilité à lire l'affiche, à la clarté des messages. Il

n'existait pas à notre connaissance de questionnaire validé permettant d'évaluer la clarté d'un support de communication. Nous avons donc construit un questionnaire reprenant les items qui nous semblaient importants.

Les notes d'opinion moyennes permettaient de recueillir un avis global sur chacun des supports-test. Elles ont été calculées en ne tenant compte que des questions complétées par les répondants à la partie du questionnaire concernant les affiches afin d'être les plus fidèles possibles à leur ressenti. Elles permettaient d'observer une tendance générale plutôt positive ou négative des avis des répondants. La comparaison de ces notes n'a pas été réalisée car l'objectif n'était pas de choisir l'une ou l'autre affiche pour la suite du projet, ni de comparer l'avis des patients avec celui des professionnels, mais d'obtenir des pistes d'amélioration des deux parties.

Afin d'anticiper le déploiement régional de la campagne, France Assos Santé avait besoin de partenaires relais au plus près des professionnels de santé pour faire connaître leur projet et faire parvenir les affiches dans les structures de soins. C'est le travail qu'ils ont débuté avec l'EHESP après la première phase de l'étude qui leur permettait réellement d'établir une stratégie de diffusion en termes pratiques : l'impression des affiches, leur envoi aux partenaires relais et leur acheminement final jusque dans les structures de soins primaires. Des questions relatives à ces problématiques ont été ajoutées au questionnaire destiné aux professionnels de santé pour appuyer leur travail.

B. Le critère principal, mesuré lors de la deuxième phase de l'étude

L'évaluation de la prise de décision partagée s'appuie sur un critère composite : l'augmentation des connaissances, la baisse du conflit décisionnel ou encore de l'anxiété ; ainsi que la réalisation de ses différentes étapes au cours d'une consultation avec un professionnel de santé. Il existe des outils pour évaluer sa mise en place ou sa qualité à l'issue d'une consultation ; cependant ces questions se posent autour d'une question de santé bien spécifique, dans une situation donnée. En utilisant une affiche finalisée qui évoquait le concept de prise de décision partagée sans illustrer de situation d'application concrète, il semblait plus pertinent de mesurer un ressenti global. Nous avons donc fait le choix de mesurer l'impact de l'affiche via l'encouragement ressenti à s'impliquer dans les différentes étapes de la prise de décision partagée avant une consultation. Cela permettait ainsi de faire le pont entre la prise de décision partagée en général et l'activation du patient attendue dans ce type de campagne d'affichage.

La mesure du critère de jugement principal a donc été complexe car il n'existait pas à notre connaissance de questionnaire validé permettant de mesurer l'effet général d'une affiche sur l'intention d'implication.

Ainsi, nous avons construit la première partie du questionnaire de la deuxième phase qui permettait d'établir le niveau d'implication du patient, en s'inspirant de l'échelle validée en anglais « Decision Self-Efficacy scale » (DSE) (34) dont il n'existe pas de traduction validée en français. Elle permettait de mesurer le niveau de confiance en soi dans le fait d'être capable de mettre en œuvre tous les éléments nécessaires à la prise d'une décision en matière de santé de façon la plus éclairée possible, mais pas nécessairement partagée. Notre questionnaire s'est donc basé sur les items de la DSE qui nous semblaient se rapprocher au plus près des fondements de la prise de décision partagée et des messages véhiculés par l'affiche. Ces items ont été traduits et parfois regroupés afin de simplifier les questions et faciliter les réponses des patients.

L'échelle SDM-Q9, référence concernant la mesure de la prise de décision partagée n'a pas été utilisée car c'est une échelle à utiliser après une consultation au cours de laquelle une décision a été prise. De plus, elle mesure un peu l'implication du patient mais surtout la pratique des professionnels, or notre étude s'intéressait à l'effet de l'affiche sur le ressenti du patient. Il était également important que le niveau d'implication reflète les habitudes du patient dans son parcours médical en général et que cela ne revienne pas à l'évaluation des pratiques d'un professionnel de santé.

Par ailleurs, nous avons choisi de ne pas utiliser l'échelle French PAM « Patient Activation Measure » (35) qui permettait la mesure des connaissances, des compétences et de la confiance en soi du patient à prendre en charge sa santé de façon globale. Celle-ci aurait témoigné du niveau d'activation habituel du patient mais ne s'intéresse pas spécifiquement aux prises de décision concernant une question en santé. La version française, qui comprend 13 questions, nous semblait ainsi trop large par rapport à la prise de décision partagée qui restait le corps du thème. De plus, nous souhaitons un questionnaire plus court afin de limiter au maximum les réponses incomplètes qui étaient nombreuses dans la première phase de notre étude. Enfin la PAM n'était pas non plus utilisable pour la deuxième partie du questionnaire de cette deuxième phase car afin d'attribuer l'activation du patient à la lecture de l'affiche, il aurait fallu faire une étude avant après, ce qui n'était pas permis par le calendrier de l'étude.

D'autre part, on peut mesurer l'impact d'une démarche sur différentes échelles de temps. Par souci de pragmatisme et facilité d'organisation, le niveau d'encouragement ressenti a été mesuré en post-exposition immédiate. Cette temporalité permettait de refléter un potentiel effet pouvant avoir un impact sur la consultation qui va suivre la lecture de l'affiche si celle-ci s'y prêtait, et non un changement de mentalité ou de comportement qui mettrait plus de temps à se mettre en place.

2. Choix de la méthode

L'analyse quantitative a été privilégiée ici car elle permettait d'obtenir rapidement une mesure d'appétence de la cible pour les affiches et une mesure de leur potentiel en situation réelle auprès d'une population à grande échelle. Ce mode de participation, anonyme et volontaire, permettait également de témoigner d'une visibilité de la campagne, d'un certain intérêt des répondants pour celle-ci ou pour le sujet qu'elle aborde ; ce qui n'aurait pas été le cas dans une étude qualitative par entretiens avec recrutements des patients par les professionnels.

Une étude qualitative par entretiens aurait pu permettre de recueillir un besoin de la population lors de la création du logo et des affiches dans une étude préliminaire au lancement de la campagne ; or le projet de France Assos Santé avait déjà débuté lorsque cette étude a été mise en place. Elle aurait également été utilisée pour une évaluation des comportements personnalisés en réponse à l'affiche ce qui ne correspondait pas aux critères principaux de cette étude.

3. Les forces de l'étude

La force principale de notre étude tient dans son originalité et le fait qu'il s'agisse de la première étude mesurant l'impact sur l'intention et la motivation immédiate à participer à la décision de soins, au travers d'une intervention collective via des supports essentiellement visuels.

De plus les supports utilisés ont été créés principalement par des patients pour des patients, et ont également permis d'inclure les suggestions et avis des professionnels de santé. Cette campagne a donc été élaborée afin de correspondre au mieux aux attentes des deux parties

essentielles à la prise de décision partagée. L'étude s'est également construite de façon dynamique en parallèle des avancées de la campagne pour s'y ajuster au mieux.

Une autre des forces de notre étude est le nombre de réponses obtenues qui était satisfaisant pour l'analyse statistique.

L'anonymat des réponses lors du recueil permettait de limiter le biais de désirabilité des répondants, notamment vis-à-vis de leurs habitudes dans la relation avec leur professionnel de santé.

4. Les faiblesses de l'étude

L'une des faiblesses de l'étude est l'absence de questionnaires validés permettant de répondre à nos objectifs et la nécessité d'en créer.

Une autre faiblesse importante réside dans le design de l'étude elle-même et le fait qu'il s'agit essentiellement d'un travail exploratoire qui ne permet pas de mesurer l'impact de la campagne sur les comportements des patients et donc l'effet réel sur la consultation. Le calendrier et la complexité de cette évaluation nous ont poussés à choisir un objectif principal plus abordable en mesurant l'effet immédiat sur le ressenti du patient.

Il existe également plusieurs biais potentiels à prendre en compte dans la lecture des résultats de notre étude :

- Un biais d'échantillonnage en lien avec le recrutement de la population uniquement dans la patientèle fréquentant des MSP : les pratiques des professionnels de santé sont impactés par la coordination pluriprofessionnelle autour du patient, qui leur est imposée dans ce genre de structure ;
- Un biais d'intervention par l'exposition aux supports tests ayant été affichés pendant la 1^{ère} phase dans les mêmes salles d'attente où le recueil a été réalisé lors de la 2^e phase ; les habitudes d'implication ont pu être modifiées par les premières affiches, de même que nos questionnaires en eux-mêmes pouvaient aussi avoir un effet sur la motivation du patient ;

Enfin, il nous semble important de rappeler que cette étude a été réalisée pendant la période de pandémie de la covid-19 au cours de laquelle les systèmes de soins ont parfois adopté un fonctionnement particulier. Ces aménagements ont pu impacter le recueil des données ainsi que

les comportements habituels des patients dans la relation de soins avec leur professionnel de santé ou leur fréquentation des établissements de soins primaires.

5. La campagne d'affichage comme outil d'activation ?

Les interventions personnalisées ont déjà prouvé leur efficacité pour augmenter l'activation des patients dans la relation de soins, tant que celles-ci étaient adaptées aux compétences du patient. Cependant les populations qui sont les plus activées par ces interventions sont habituellement celles avec un niveau d'activation initialement plus faible que les autres. Ce sont justement ces populations qui sont le moins enclines à participer aux interventions personnalisées (25,36), en faisant donc une cible intéressante pour les campagnes de communication à grande échelle et les interventions collectives comme la nôtre.

En montrant un niveau d'encouragement influencé par le niveau d'implication habituel du patient, nos résultats viennent à la fois confirmer la nécessité d'interventions adaptées au niveau d'activation et d'implication du patient ; mais soulèvent une interrogation quant à l'aptitude d'une affiche comme mode d'intervention adapté aux compétences ou aux besoins des populations les moins activées qui auraient dû sinon être les plus encouragées.

Ainsi nos affiches comme intervention collective à faible coût, peuvent permettre d'encourager un mouvement existant dans les populations déjà à minima « moyennement impliquées » en les autorisant à poser les questions qu'ils sont en capacité de faire émerger seuls. Les populations les moins impliquées, qui ne semblent pas tirer de bénéfice d'une campagne comme la nôtre, devraient elles, continuer d'être visées par des interventions plus personnalisées et donc plus adaptées aux compétences ou à l'histoire de chacun.

En reprenant l'idée que le niveau d'encouragement varie - dans un sens ou dans un autre - en fonction du niveau d'activation et d'implication du patient, et au vu de l'absence d'encouragement positif ressenti par les patients faiblement impliqués (profil 1), il paraît alors surprenant que les patients les plus impliqués (profil 3) ne soient pas encore plus encouragés que ceux ayant un niveau d'encouragement moyen (profil 2). Il existe une tendance avec un score d'encouragement légèrement supérieur pour les patients les plus impliqués et il est possible que l'absence de différence significative entre ces 2 groupes soit liée à un manque de puissance statistique de notre étude.

6. Quelques pistes de réflexion

Il est intéressant de noter que le temps de la consultation, s'il semble être un frein pour les professionnels de santé à l'application de la prise de décision partagée dans leur pratique quotidienne, semble également peser lourd sur la relation médecin-patient du point de vue du patient. En France le temps moyen d'une consultation a été estimé à 16 minutes avec des déterminants principalement liés aux caractéristiques du patient (âge, sexe, profession, motif de consultation...). Les patients exerçant des professions de cadres notamment semblent bénéficier de consultations plus longues que les bénéficiaires de CMU par exemple (37,38). Pour autant, les cadres dans notre population ne connaissaient pas plus le concept de prise de décision partagée que les autres. Il semble important de se questionner sur la façon de créer un calendrier adapté à la fois aux contraintes logistiques des praticiens en lien avec la surcharge de leurs calendriers et aux besoins du patient. Si le temps de consultation semble être un facteur difficile à faire évoluer, la programmation conjointe de consultations répétées dans le temps pour limiter cette contrainte de temps pourrait être à explorer pour permettre au patient de se sentir plus écouté.

Un autre point à considérer est la plus grande tendance du patient à donner ses préférences de manière générale qu'à questionner sur les prescriptions qui leur sont faites. Interroger son professionnel sur les options, les bénéfices, les risques ou bien encore y réfléchir avant d'accepter semble plus difficile. Une hypothèse à explorer pour expliquer ces résultats pourrait être que, du point de vue du patient, cela puisse revenir à mettre en cause les connaissances de son professionnel de santé ou sa capacité à l'informer correctement. Ainsi, si le patient prend une place grandissante dans la gestion de sa santé et les décisions qui la concernent, la place du professionnel de santé comme expert et acteur principal de la consultation semble plus difficile à faire évoluer. Les professionnels de santé pourraient, afin d'appuyer le message de l'affiche les autorisant à poser des questions, les y inviter par une question ouverte.

7. La place de la campagne d'affichage de France Assos Santé dans les messages de prévention

En mesurant l'impact immédiat, nous avons essentiellement mesuré le ressenti des patients à la lecture de l'affiche qui leur était présentée et non la place de la campagne dans une stratégie de promotion de la santé.

Tout d'abord, pour que le message d'une campagne d'information ait un impact quelconque sur une population, il faut que celui-ci soit vu et lu. Les résultats des études divergent à ce sujet. Si elles étaient majoritairement lues et sources d'interrogation dans les années 1990 (39), qu'en est-il aujourd'hui avec la place grandissante qu'occupent nos smartphones ? Il semble à notre époque que le message gagne en visibilité au travers d'outils numériques, par exemple via leur diffusion sur les écrans en salle d'attente plutôt qu'en format papier. Cela permettrait également à un message de prévention d'être mémorisé plus rapidement (40).

D'autres études avant nous se sont intéressées à la place des posters comme vecteur des messages de prévention dans les salles d'attente dont l'impact est variable en fonction du thème, de son format, de la médiatisation qui y est associée ou encore de la posture du professionnel de santé à l'égard de la campagne. En effet, quand bien même le message serait compris et retenu, les patients abordent encore peu le sujet lors de la consultation qui suit. L'impact d'une campagne semble plus élevé lorsque le message est repris par le praticien lui-même pendant la consultation. (41)

Tous ces éléments sont autant de pistes à explorer pour la suite du déploiement de la campagne de France Assos Santé qui, si elle a été initiée par ces posters pour des raisons essentiellement économiques, ne sera peut-être pas suffisante en tant que telle pour avoir un impact satisfaisant sur la population générale.

La notion de temps d'exposition à la campagne, en étant confronté au message qu'elle véhicule de manière répétée et dans diverses situations ou divers endroits, pourra augmenter son impact et sera donc à prendre en compte lors de sa diffusion et de son évaluation.

8. Perspectives

Parallèlement à la deuxième phase de l'étude, France Assos Santé a démarré la diffusion régionale de sa campagne. Celle-ci a débuté au sein de son réseau associatif ainsi qu'auprès des autres MSP de la région via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Elle vise à être élargie prochainement auprès des pharmaciens et des autres professionnels de santé libéraux hors MSP. A l'affiche finalisée utilisée dans cette étude, s'ajouteront pour la diffusion, quatre déclinaisons mettant chacune en avant l'un des quatre scénarios. La version numérique est également accessible pour diffusion sur écrans numériques des salles d'attente.

A l'occasion des 20 ans de la Loi Kouchner, France Assos Santé a pu organiser une journée dédiée à la prise de décision partagée en santé en s'appuyant sur sa campagne. Cela a également permis une diffusion du message dans un contexte différent de celui de l'attente dans les structures de soin. Dans cette même idée de varier les contextes et surtout de répéter l'exposition au message, d'autres événements sont prévus dans les mois à venir.

France Assos Santé peut à présent s'appuyer sur les résultats encourageants de cette étude pour rechercher de nouveaux financements ou nouveaux partenaires tels que l'assurance maladie ou les réseaux sociaux par exemple, pour la diffusion de sa campagne à plus grande échelle.

Enfin, pour que des changements de comportement puissent s'opérer dans les suites d'une campagne d'information ou de prévention, il faut que l'environnement soit modifié lui aussi ou soit propice au changement. Il semble donc important d'envisager la sensibilisation et la formation des professionnels à la prise de décision partagée en santé pour appuyer le message véhiculé par la campagne. Cela pourra également permettre de créer un climat où l'opportunité de poser des questions est plus à même d'exister.

V. CONCLUSION

Les mentalités évoluent avec les nouvelles générations, les politiques de santé publiques s'adaptent, le système de santé tente de se réinventer. Il semble alors nécessaire que ces changements se traduisent par de nouvelles bases de la relation de soins et l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé et leurs patients. La création de cette campagne de promotion de la prise de décision partagée en santé par France Assos Santé et donc par des usagers du système de santé eux-mêmes, via leurs représentants, témoigne bien de cette demande des patients à être davantage écoutés et impliqués.

La prise de décision partagée en santé est une des pistes à encourager parmi d'autres afin que les patients puissent exister dans une relation qui leur correspond au mieux et puissent bénéficier des soins qui leur sont le plus adaptés possibles. Avec le manque grandissant de spécialistes dans nos régions pour le suivi des maladies chroniques, c'est au médecin généraliste, en première ligne dans les soins primaires, d'assurer les suivis de ces patients. Bien que n'étant pas son seul champ d'application, c'est justement dans ces suivis que la prise de décision partagée prend tout son sens en s'intéressant à des décisions qui pourront avoir un impact à long terme sur ces patients, leur anxiété, ou encore leur qualité de vie. Pourtant, bien que présente dans la littérature depuis une trentaine d'années maintenant, la prise de décision partagée en santé peine à se faire connaître auprès de la population générale et à s'ancrer dans la pratique quotidienne en soins primaires.

La campagne de France Assos Santé, en étant capable d'encourager une part de la population à communiquer plus librement dans la relation de soins et de générer des nouveaux questionnements lors d'une consultation, est un bon élément participant à sa promotion. Il serait intéressant par la suite de pouvoir observer l'impact à plus long terme aussi bien sur les patients que sur les professionnels de santé. L'évaluation des changements de comportement des patients et du ressenti des professionnels de santé face à cette nouvelle sollicitation par leurs patients, pourrait déterminer réellement l'impact de la campagne sur l'implantation de la prise de décision partagée en soins primaires.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Moumjid N, Carretier J, Marsico G, Blot F, Durif-Bruckert C, Chauvin F. Moving towards shared decision making in the physician-patient encounter in France: State of the art and future prospects. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. juin 2017;123-124:41-5.
2. Loi Huriet-Séruciat [Internet]. déc 20, 1988. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000508831/>
3. Conseil de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale, Article 35 - Information du patient [Internet]. mars 14, 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
4. DGOS. L'historique depuis 1945 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/les-usagers-et-leurs-representants/article/l-historique-depuis-1945>
5. Agence Régionale de Santé. Qu'est-ce que la démocratie en santé ? [Internet]. 2021 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>
6. OMS, Charte d'Ottawa,1996. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>.
7. Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022, 2017 [Internet]. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
8. France Assos Santé, Guide du Représentant des Usagers du système de santé 5e édition, 2019 [Internet]. [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/200373/3968/Guide-Representant-Usagers-sante-2019.pdf?1551445131>
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
10. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique*. 2018;30(4):517.
11. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. août 2013;70(4):351-79.
12. HAS, Synthèse « décidons ensemble, état des lieux », 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble.

13. HAS, Brochure patient « Oser parler à son médecin : pourquoi est-ce important? »,2013 [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf
14. Emanuel EJ. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA J Am Med Assoc.* 22 avr 1992;267(16):2221-6.
15. 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):681-92.
16. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med.* mars 2012;366(9):780-1.
17. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* oct 2012;27(10):1361-7.
18. Vallot S, Yana J, Moscovia L, Fabre J, Brossier S, Aubin-Auger I, et al. Décision médicale partagée *I Soins.* 2019;15.
19. Shay LA, Lafata JE. Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Med Decis Making.* janv 2015;35(1):114-31.
20. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
21. Moumjid N, Protière C, Morelle M, Brémond A, Mignotte H, Faure C, et al. La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient : évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France. *J Gest Déconomie Médicales.* 2009;27(3):134.
22. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* sept 2014;96(3):281-6.
23. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* déc 2008;73(3):526-35.
24. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 avr 2017;4:CD001431.
25. Deen D, Lu WH, Weintraub MR, Maranda MJ, Elshafey S, Gold MR. The impact of different modalities for activating patients in a community health center setting. *Patient Educ Couns.* oct 2012;89(1):178-83.
26. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient: *Rech En Sci Gest.* 24 nov 2017;N° 119(2):55-73.
27. Cegala DJ, Street RL, Clinch CR. The Impact of Patient Participation on Physicians' Information Provision During a Primary Care Medical Interview. *Health Commun.* 22 mai 2007;21(2):177-85.

28. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. *Patient Educ Couns.* sept 2011;84(3):379-85.
29. Arrêté du 24 avril 2017 portant agrément des statuts de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034492975>
30. France Assos Santé - Pays de la Loire, Résultats enquête Décision Médicale Partagée, 2019.
31. Insee. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. 2022 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
32. Insee. État de santé de la population – France, portrait social [Internet]. 2019 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
33. Insee. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge [Internet]. 2022 [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-figure1_radio1
34. AM O'Connor, Sample Tool: Decision Self-Efficacy Scale. © 1995. Disponible sur: www.ohri.ca/decisionaid.
35. Patient Activation Measurement disponible sur <https://www.insigniahealth.com/products/pam>.
36. Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. *Health Aff (Millwood)*. févr 2013;32(2):207-14.
37. Drees. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats N°481, Avril 2006. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481> [Internet]. [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
38. Deveugele M. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ.* 31 août 2002;325(7362):472-472.
39. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. 1994.
40. Babel J. Impact des messages de prévention médicale en salle d'attente de médecine générale: papier vs vidéo. *Médecine humaine et pathologie.* hal-03298056. 2020.
41. Mb HNS, McKeown M, Michael F Evans, Onil K Bhattacharyya. L'«attente» dans la salle d'attente. *Médecin Fam Can.* mai 2013;

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Affiche illustrée « consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin »

Annexe 2 : Affiche « Foire aux Questions »

Annexe 3 : Edito de présentation

Annexe 4 : Questionnaire patient Phase 1

Annexe 5 : Questionnaire professionnel de santé Phase 1

Annexe 6 : Affiche finalisée de la campagne

Annexe 7 : Questionnaire patient Phase 2

Annexe 1 : Affiche illustrée « consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin »



**Décision Médicale
Partagée**

Patient : échangez et décidez
avec vos professionnels de santé

**J'ai peur que
les antibiotiques
soient trop forts...
Quel est votre avis ?**

Il existe deux options [...]



**Qu'en
pensez-vous ?**



**France
Assos
Santé**
La voix des usagers

Pour ma santé : décidons ensemble

Annexe 2 : Affiche « Foire aux Questions »



Foire Aux Questions - La Décision Médicale Partagée

Patient : échangez et décidez avec vos professionnels de santé

La Décision Médicale Partagée est une solution pour aborder vos soins et votre parcours de santé avec sérénité.



Mon fils est malade. Mon médecin propose des antibiotiques. Je préférerais un traitement moins fort. Puis-je lui en parler ?

Discutez-en avec votre médecin pour identifier ensemble un traitement qui vous convienne et qui soit adapté à votre enfant.

J'ai lu et entendu beaucoup de choses sur les moyens de contraception. Comment faire mon choix ?

Echangez avec votre médecin ou sage-femme afin de trouver la contraception la mieux adaptée.

Je suis en situation de handicap, mon kinésithérapeute me recommande des exercices qui sont difficiles car mon lieu de vie n'est pas adapté. Comment faire ?

Parlez-en avec votre kinésithérapeute et partagez avec lui vos difficultés. Mieux informé, il pourra vous conseiller des exercices appropriés.

J'ai reçu un courrier pour effectuer un dépistage. Je ne suis pas certain de l'intérêt... Avec qui échanger ?

Il est important de rencontrer un professionnel de santé qui pourra vous informer et répondre à vos questions.

Mon dentiste me conseille la pose d'un implant. J'ai entendu dire qu'il y avait des cas de rejets. Ai-je un autre choix ?

Votre dentiste est à votre écoute pour répondre à vos questions et lever vos inquiétudes. Parlez-en avec lui pour décider ensemble du soin dentaire le plus adéquat.

Pour ma santé : décidons ensemble !

Une décision médicale est un choix qui se fait de façon éclairée et partagée entre le patient et le professionnel de santé. Partager la décision médicale, c'est gagner du temps tout au long de son parcours de santé, pour plus de confort et avec confiance.



www.france-assos-sante.org

Annexe 3 : Edito de présentation



EDITO



Jacqueline HOUDAYER
Présidente
France Assos Santé
Pays de la Loire



Sandrine HILD
Médecin généraliste
Chef de clinique
DMG Nantes

Ces derniers mois ont mis en exergue l'enjeu de la communication avec les usagers du système de santé comme levier et garant de confiance. Nous le savons tous, cette confiance est propice, pour ne pas dire nécessaire, à l'établissement d'une bonne relation de soins. France Assos Santé Pays de la Loire propose de soutenir cette dynamique, en sensibilisant les patients à l'importance de participer aux décisions de soins qui les concernent.

Côté professionnels de santé, nous sommes conscients et convaincus de la nécessité d'évoluer davantage vers une décision partagée avec les patients. Cela dépasse le principe d'autonomie inscrit dans la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Notre code de déontologie tout comme la Haute Autorité de Santé rappellent ce modèle, favorisant "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].

Côté patients, France Assos Santé est l'organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé. Une enquête menée par la délégation France Assos Santé des Pays de la Loire auprès de 120 usagers du système de santé en région révèle que la décision partagée n'est pas encore effective. Cela s'exprime notamment par l'impression de nombreux patients de "ne pas avoir de choix", renforcé par le sentiment de "ne pas avoir à poser de question" [2].

La décision médicale partagée est un levier majeur de l'amélioration des soins : mobilisons les usagers !

Sans en allonger le temps de consultation, la pratique de la décision partagée peut améliorer les résultats de santé, qu'ils soient directs ou indirects [3] : augmentation des connaissances en santé, adhésion au traitement, meilleure qualité de vie, amélioration de la relation soignant-soigné...

Alors que de plus en plus d'usagers du système de santé expriment le souhait de participer aux décisions de soins qui les concernent, vous aussi, informez-les que vous y êtes favorables ! Ce projet de communication, composé d'une affiche illustrant une situation de soins et d'une affiche "Foire Aux Questions", sensibilisera les patients à l'intérêt de la démarche à vos côtés.

Ce projet est conduit en phase test en mars et avril 2021, avec l'appui du Département de médecine générale de Nantes et son réseau R2SP, associant 10 maisons de santé pluri-professionnelles en région.

Avant d'étendre plus largement l'action sur les territoires, une évaluation sera conduite par le biais de questionnaires patients collectés dans les MSP et de questionnaires / entretiens conduits avec les professionnels participants. Cette évaluation nous permettra d'apporter les ajustements jugés nécessaires aux supports de communication proposés.

France Assos Santé et le réseau R2SP vous remercient chaleureusement pour votre participation et votre soutien dans cette démarche vis-à-vis des patients !

[1] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble

[2] <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2021/02/Resultats-enquete-Decision-Medicale-Partagee.pdf>

[3] <https://www.exercer.fr/sommaire/70>

France Assos Santé représente et défend les droits des patients et des usagers du système de santé. En Pays de la Loire, notre Union regroupe plus de 40 associations agréées du système de santé.

Informations et Contacts :

Amandine ALLAIRE, Coordinatrice FAS Pays de la Loire
aallaire@france-assos-sante.org
Tél. : 02 40 75 23 65

Sandrine HILD, Médecin généraliste, Chef de clinique DMG Nantes
(membre du R2SP)
sandrine.hild@univ-nantes.fr



7. Votre avis nous intéresse : (cochez les cases correspondantes)

	 Pas du tout d'accord	 Plutôt pas d'accord	 Plutôt d'accord	 Tout à fait d'accord
Sur l'affiche illustrée « Consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin »				
Le texte est facile à lire				
Le message est compréhensible				
L'illustration montre qu'il est important de poser des questions à mon professionnel de santé				
L'illustration montre qu'il est important d'exprimer mes préférences sur les différentes prises en charge				
L'illustration montre qu'il est important que je participe aux décisions qui concernent ma santé				
La situation choisie est adaptée au message, même si la situation illustrée ne me concerne pas directement				
Sur l'affiche « Foire Aux Questions »				
Le texte est facile à lire				
Les exemples montrent qu'il est important de me renseigner auprès d'un professionnel de santé en cas de questions sur ma santé				
Les exemples montrent qu'il est important d'exprimer mes préférences sur les différentes prises en charge				
Les exemples rappellent qu'il est important que je participe aux décisions qui concernent ma santé				
Le style « Foire aux Questions » et la présentation des différentes situations permet de comprendre plus facilement le message				

8. Avez-vous des suggestions pour nous aider à améliorer nos affiches (forme, situation, taille, couleur, ...) ? Autre choix de situation que vous auriez aimé voir ? Autres remarques ?

.....

.....

.....

.....

France Assos Santé en Pays de la Loire, par l'intermédiaire de ses 41 associations, représente et défend les droits des patients et des usagers du système de santé dans notre région.

Pour plus d'informations : www.france-assos-sante.org ou rendez-vous sur notre page Facebook !

[Vous pouvez aussi contacter notre équipe régionale : paysdelaloire@france-assos-sante.org](mailto:paysdelaloire@france-assos-sante.org) ou 02 40 75 23 65.



Annexe 5 : Questionnaire professionnel de santé Phase 1

France Assos Santé - Union des associations agréées en santé – représente et défend les intérêts des usagers du système de santé.

Le **réseau de Soins Primaires (R2SP)**, porté par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes, soutient l'une de leurs initiatives visant à sensibiliser les patients à l'importance de participer aux décisions de soins qui les concernent. Via ce réseau, l'équipe de votre MSP participe à une **phase d'étude portant sur des outils d'informations** (Edito de Présentation et Affiches) sur « la décision médicale partagée ».

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale.

Afin d'évaluer la qualité de nos supports et de les modifier avant de les diffuser dans d'autres MSP au niveau régional, nous vous remercions de prendre quelques minutes pour nous donner votre avis.

***** LANCER LE QUESTIONNAIRE *****

1/ Dans quelle MSP exercez-vous ? [zone de réponse libre]

2/ Quelle est votre profession [zone de réponse libre]

3/ Connaissez-vous la notion de décision médicale partagée?

- Oui et j'essaye de l'utiliser/l'appliquer
- J'ai déjà entendu ce terme mais ne pense pas l'utiliser actuellement dans ma pratique
- Non, je n'en avais jamais entendu parlé

4/ L'Edito vous ayant été présenté lors de la présentation de notre projet, sera envoyé comme seule présentation aux autres MSP lors de la diffusion de la campagne au niveau régional :

Celui-ci vous a-t-il permis de comprendre notre projet et d'y adhérer de façon éclairée ?

(Vous pouvez retrouver ce dit Edito en pièce jointe du mail)

- Oui + [zone de texte libre]
- A mon sens, il manque des informations importantes : merci de nous préciser ce que vous auriez souhaité voir figurer dans celui-ci + [zone de texte libre]
- Autre réponse + [zone de texte libre]

5/ Lors de la diffusion auprès de vos confrères de la région, selon vous de la part de quel expéditeur serions-nous susceptibles d'avoir le plus d'audience (en plus de France Assos Santé Pays de la Loire et le Département de Médecine Générale qui sont actuellement co-signataires de l'Edito de la phase test)? **Merci de classer les éléments par ordre d'importance**

Expéditeurs à classer :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inter-URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) / | coordonnée pluridisciplinaire en Pays de la Loire) |
| <input type="checkbox"/> URPS concernée | <input type="checkbox"/> ARS (Agence Régionale de Santé) |
| <input type="checkbox"/> APMSL (Association pour le développement de l'exercice | <input type="checkbox"/> Assurance Maladie |
| | <input type="checkbox"/> Conseil de l'Ordre |

6/ Quelle a été votre impression globale en découvrant les affiches ? (Cocher le bonhomme qui correspond à votre réponse)



8/ Lors de la présentation du projet, il vous a été demandé de disposer les documents dans votre salle d'attente. Où auriez-vous préféré afficher nos supports ?

[zone de réponse libre]

9/ Concernant l'affiche illustrée « Consultation de l'enfant et de sa mère avec le médecin »

	 <i>Pas du tout d'accord</i>	 <i>Plutôt pas d'accord</i>	 <i>Plutôt d'accord</i>	 <i>Tout à fait d'accord</i>
L'illustration montre qu'il est important que le patient pose des questions à son professionnel de santé				
L'illustration montre qu'il est important que le patient exprime ses préférences sur les différentes prises en charge				
L'illustration montre qu'il est important que le patient participe aux décisions qui concernent sa santé				
La situation choisie vous semble-t-elle adaptée au message même si elle ne concerne pas directement votre profession?				

Lors de la diffusion régionale, d'autres situations seront illustrées pour s'adapter aux différentes professions médicales et paramédicales.

Quelle(s) autre(s) situation(s) de votre profession souhaiteriez-vous voir illustrées ?

[zone de réponse libre]

Ce qui vous a déplu / dérangé dans notre choix de situation ou de dialogue?

[zone de réponse libre]

10/ Concernant l'affiche : « Foire Aux Questions »

	 <i>Pas du tout d'accord</i>	 <i>Plutôt pas d'accord</i>	 <i>Plutôt d'accord</i>	 <i>Tout à fait d'accord</i>
Les exemples montrent qu'il est important que le patient se renseigne auprès d'un professionnel de santé en cas de questions sur sa santé				
Les exemples montrent qu'il est important que le patient exprime ses préférences sur les différentes prises en charge				
Les exemples rappellent qu'il est important que le patient participe aux décisions concernant sa santé				
Le style « Foire aux Questions » Vous semble-t-il adapté pour exposer différentes situations ?				

Lors de la diffusion régionale, d'autres situations seront proposées pour s'adapter aux différentes professions médicales et paramédicales.

Ce qui vous a déplu / dérangé dans le choix des situations / les dialogues utilisés?

[zone de réponse libre]

Quel(s) autre(s) situation(s) de votre profession aimeriez-vous voir exposée(s) ?

[zone de réponse libre]

11/ Avez-vous des suggestions pour nous aider à améliorer nos outils afin qu'ils correspondent mieux à vos attentes et celles de vos confrères ?

[zone de réponse libre]

Annexe 6 : Affiche finalisée de la campagne



Pour ma santé : décidons ensemble

Annexe 7 : Questionnaire patient Phase 2 (livret feuille A4 pliée en deux)



France Assos Santé
La voix des usagers
Pays de la Loire

Pour ma santé : Décidons ensemble



France Assos Santé en Pays de la Loire, représente et défend les droits des patients et des usagers du système de santé dans notre région, c'est-à-dire vous !

Les professionnels de votre maison de santé participent à un projet visant à **promouvoir la prise de décision partagée en santé** au travers d'une affiche qui sera diffusée dans tous les cabinets de tous les professionnels de santé de la région Pays de la Loire.

Ce projet fait l'objet d'un travail de thèse d'une interne pour l'obtention du doctorat en médecine générale.

VOTRE AVIS COMPTE POUR NOUS !

*Merci de nous aider en répondant à ce questionnaire anonyme et court!
Vous pourrez le déposer complété dans l'urne prévue à cet effet, ou le remettre à votre professionnel de santé.*

Pour plus d'informations : www.france-assos-sante.org ou rendez-vous sur notre page Facebook !
Vous pouvez aussi contacter notre équipe régionale : paysdelaloire@france-assos-sante.org ou 02 40 75 23 65.

Habituellement, lors des consultations avec mon professionnel de santé ..	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
... je demande s'il y a plusieurs options possibles pour prendre en charge mon problème de santé ?				
... je pose des questions sur les bénéfices et les risques des traitements ou examens complémentaires qui me sont proposés?				
... je me sens à l'aise pour poser toutes mes questions librement ?				
... je pense comprendre suffisamment les informations qui me sont données pour être capable de faire un choix ?				
... je donne mes préférences à mon professionnel de santé lorsqu'une décision doit être prise ?				
... je demande un temps de réflexion avant de prendre une décision si je sens que j'en ai besoin ?				
... mon médecin et moi choisissons ensemble l'option qui me convient le mieux lorsqu'il y a un choix à faire?				

Voici l'affiche illustrée développée par France Assos Santé. Vous pouvez la retrouver affichée dans la salle d'attente de votre professionnel de santé.



France Assos Santé
La voix des usagers

Pour ma santé : décidons ensemble

A la lecture de l'affiche ...	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
... je me sens encouragé(e) à rechercher l'existence d'autres options possibles pour prendre en charge mon problème de santé ?				
... je me sens encouragé(e) à demander des précisions sur les traitements ou examens complémentaires qui me sont proposés?				
... je me sens encouragé(e) à poser des questions librement ?				
... je me sens encouragé(e) à demander d'autres explications pour mieux comprendre les informations nécessaires pour faire un choix ?				
... je me sens encouragé(e) à exprimer mes préférences ?				
... je me sens encouragé(e) à demander plus de temps pour réfléchir à la décision à prendre si je sens que j'en ai besoin ?				
... je me sens encouragé(e) à prendre part à la décision lorsqu'il y a un choix à faire ?				

Qu'est ce qui, selon vous, pourrait vous inciter à poser plus de questions à votre professionnel de santé?

MERCI !

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 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.

Vu, la Présidente du Jury,
Professeur Leila MORET

Vu, la Directrice de Thèse,
Docteur Sandrine HILD

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : NICOLAS PRÉNOM : MARIE

**Titre de Thèse : PROMOTION DE LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE EN SANTÉ
AU TRAVERS DE LA CAMPAGNE « POUR MA SANTÉ : DÉCIDONS
ENSEMBLE » DE FRANCE ASSOS SANTÉ : ÉLABORATION DE LA CAMPAGNE
ET ÉVALUATION DE SON IMPACT IMMÉDIAT**

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : À une époque où le système de soins se remodèle pourtant progressivement sous la pression des usagers qui souhaitent être davantage impliqués dans la gestion de leur santé, la prise de décision partagée reste peu implantée en pratique courante. L'Union Régionale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé des Pays de la Loire a lancé une campagne d'affichage intitulée « Pour ma santé : Décidons ensemble » dans un but de sa promotion auprès de la population de soins primaires de la région. Cette étude a accompagné l'élaboration des outils définitifs de la campagne et recherché l'impact immédiat de ces derniers sur les patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Etude en deux phases, prospective, interventionnelle, multicentrique, avec une méthode d'analyse mixte, majoritairement quantitative. Elle s'est déroulée entre avril 2021 et juin 2022 dans cinq Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la Loire Atlantique et de la Vendée. La première phase permettait de répondre aux objectifs secondaires de l'étude : l'acceptabilité des supports-test de la campagne en calculant les notes d'opinion moyennes sur les supports-test données par les 169 patients et les 26 professionnels de santé inclus. La deuxième phase permettait de répondre à l'objectif principal de l'étude : le niveau d'encouragement ressenti par les 124 patients inclus, lors de la lecture de l'affiche finalisée en fonction de leur profil d'implication habituel dans les décisions de soins.

RÉSULTATS : Bonne acceptabilité des supports-test de la campagne : notes d'opinion moyennes positives sur les deux affiches/supports-test de la campagne de la part des patients et des professionnels de santé. La connaissance préalable de la prise de décision partagée en santé ne modifie pas l'acceptabilité des supports-test.

Les patients sont habituellement majoritairement « moyennement impliqués » dans les décisions de soins pour leur santé. Le score moyen d'encouragement ressenti à la lecture de l'affiche finalisée de la campagne est positif uniquement pour les patients « moyennement » et « fortement impliqués ». Les patients « faiblement impliqués » ont un score moyen d'encouragement significativement plus faible que celui des deux autres groupes.

CONCLUSION : La campagne de France Assos Santé est un bon outil pour encourager des populations à minima « moyennement » impliqués dans les décisions qui concernent leur santé, soit la majorité de la population. Elle semble en revanche moins pertinente pour sensibiliser des patients moins impliqués, à s'investir davantage. La campagne a été déployée au niveau régional conjointement à la fin de notre étude et il sera intéressant d'évaluer l'impact réel de celle-ci sur la consultation et les changements de comportement à plus long terme.

MOTS-CLÉS

Prise de décision partagée en santé - Shared Decision Making - France Assos Santé -
Décidons ensemble - Campagne de promotion - Profil d'implication - Impact immédiat -
Niveau d'encouragement