



Sophie Vallot^{1,2}, Jonathan Yana¹,
Laura Moscovici¹, Julie Fabre^{1,2},
Sophie Brossier¹, Isabelle Aubin-Auger³,
Vincent Renard^{1,2}, Emilie Ferrat^{1,2}

1. Département universitaire d'enseignement
et de recherche en médecine générale,
Université Paris-Est Créteil.

2. DHU A-TVB, IMRB, EA 7376 CEpiA
(Clinical Epidemiology And Ageing),
Université Paris-Est Créteil.

3. Département universitaire d'enseignement
et de recherche en médecine générale,
Université Paris-Diderot.

sophie.vallot@u-pec.fr

exercer 2018;149:25-39.

Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir
aucun conflit d'intérêts en relation
avec le contenu de cet article.
Les liens d'intérêts éventuels de chacun
des auteurs sont disponibles sur le site :
www.transparence.sante.gouv.fr

INTRODUCTION

Le concept de décision médicale partagée (DMP) résulte d'une longue évolution sociale, philosophique et anthropologique des sociétés occidentales.

En 1997 puis en 1999, il a été défini par Charles¹ comme une relation comportant quatre caractéristiques principales :

- au minimum sont impliqués dans le processus de décision le patient et le soignant ;
- le soignant et le patient échangent ensemble des informations ;
- le soignant et le patient entreprennent ensemble de participer au processus de décision en exprimant leurs préférences vis-à-vis du ou des traitements ;
- un traitement est décidé, et soignant et patient approuvent sa mise en œuvre.

Elle situe le modèle de DMP entre les modèles paternaliste et informatif. Pour Charles, les différences fondamentales entre ces trois modèles sont liées au sens dans lequel circulent les informations, au type d'informations échangées, à la quantité d'informations échangée et enfin à la personne qui décide du traitement (figure 1).

La décision médicale partagée : quelle efficacité sur les résultats de santé ?

Une revue systématique de la littérature

Shared decision making: what effectiveness on health outcomes? A systematic review

D'autre part, la DMP est considérée par certains comme une composante ou une extension de l'approche centrée patient (ACP)². La DMP est même intégrée dans la définition de l'ACP sous le terme « *finding common ground* », autrement dit s'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités³.

Dans le monde comme en France, les pouvoirs publics encouragent la pratique de la DMP⁴. Le Royaume-

Uni⁵, l'Allemagne⁶, les États-Unis⁷, l'Italie, le Canada⁸ ont intégré dans leur législation des textes en faveur de la décision médicale partagée. Des fonds ont aussi été alloués dans ces pays à la recherche sur le partage du processus de décision, son impact sur la santé, son coût, ses difficultés de mise en œuvre.

Pourtant, il persiste encore un fossé entre volonté des pouvoirs publics et la pratique effective de la DMP.

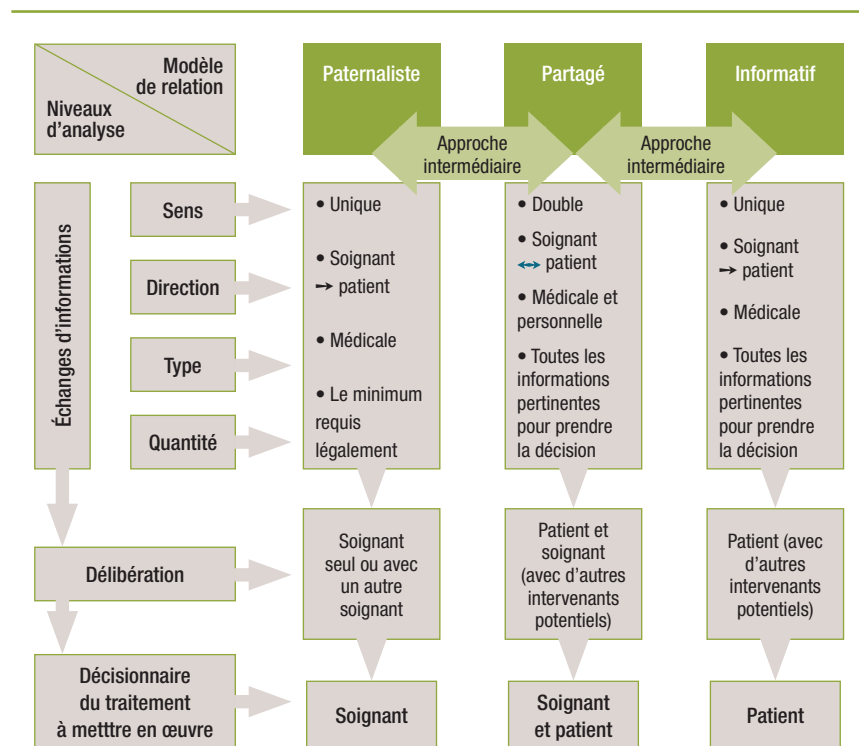


Figure 1 - Comparaison du modèle de décision partagée aux modèles paternaliste et informatif
D'après C. Charles. Adapté par S. Vallot [6]



Ainsi, en France, une enquête du *Commonwealth Fund* (fondation américaine qui coordonne des enquêtes de pratiques comparatives entre les États-Unis et 10 autres pays dont la France) a été conduite auprès de patients ayant reçu dans l'année passée des soins médicaux pour une maladie chronique, un traumatisme ou une incapacité. Seulement 43 % pensaient avoir été impli-

qués dans la décision de traitement, soit le taux le plus bas parmi les pays étudiés⁹.

À ce jour, il existe peu de données concernant la mise en pratique de la DMP en France, et peu de formations sont proposées aux professionnels de santé ou aux étudiants des études médicales et/ou paramédicales. Nombre d'hypothèses sont formulées

autour de la DMP dans la littérature, mais peu de recherches sur l'efficacité d'une telle démarche sur les résultats de santé ont été menées.

En 2012, une revue *Cochrane* a évalué les effets objectivables de l'ACP sans s'intéresser spécifiquement à la mise en œuvre de la DMP¹⁰. En effet, dans cette revue, les soignants partageaient le contrôle des décisions de traitement et de la prise en charge des problèmes de santé avec le patient ou étaient axés sur le patient en tant que personne avec ses préférences et non sur la maladie. Cette revue concluait à l'existence de preuves limitées et contradictoires sur les effets des interventions promouvant l'ACP sur les comportements de soin des patients ou sur leur état de santé.

En 2015, une autre revue a étudié spécifiquement les effets objectivables (ou mesurables) de la DMP concernant les patients¹¹. Les études incluses étaient celles utilisant un outil d'évaluation de la mise en œuvre d'une DMP entre le soignant et le soigné. Ces outils n'étaient cependant pas tous validés, et une revue de la littérature a montré que si leur fiabilité était bonne (bonne reproductibilité) leur validité (ou capacité à mesurer ce qu'on souhaite mesurer) était très hétérogène et souvent insuffisante¹². Ces outils ne sont donc pas suffisamment performants pour évaluer à eux seuls la mise en œuvre d'une DMP. Une méthode associant évaluation de la DMP par un outil spécifique et vérification de la méthodologie de l'étude elle-même était donc nécessaire.

L'objectif de ce travail était donc d'étudier les effets objectivables de la DMP sur les résultats de santé en sélectionnant des articles fondés sur la définition originelle de Charles et utilisant un outil spécifique pour évaluer la DMP.

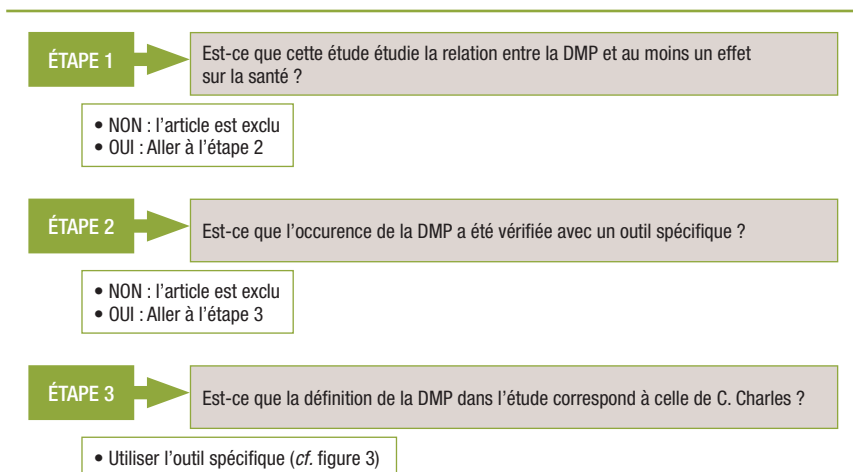


Figure 2 - Processus de sélection des études

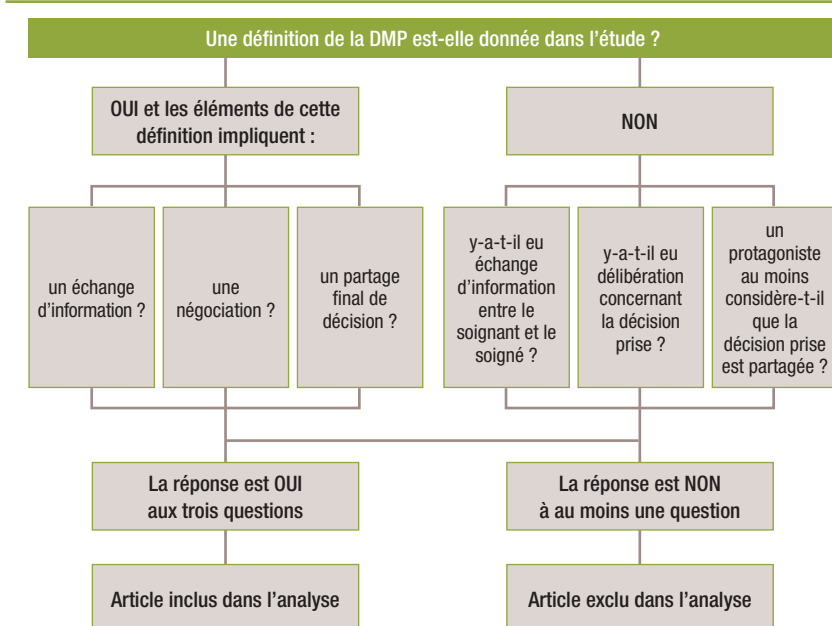


Figure 3 - Outil spécifique utilisé pour compléter l'étape 3

MÉTHODE

Cadre conceptuel

Afin de sélectionner les études en accord avec la définition de Charles¹ et pour lesquelles le partage de la décision était avéré, un processus de sélection

des études en trois étapes a été établi (figures 2 et 3). Pour être incluses, les études devaient :

- étudier la relation entre DMP et au moins un résultat de santé direct ou indirect (figure 4). Les résultats directs de santé étant des résultats de santé objectivables tels que la douleur et les résultats indirects étant des états intermédiaires cognitifs ou émotionnels tels que la confiance envers le praticien ou la satisfaction du patient ;
- évaluer la pratique ou non de la DMP par un outil spécifique ;
- se reporter à une définition de la DMP compatible avec celle de Charles ou avoir une méthode qui s’y rapporte.

Stratégie de recherche

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée entre mai 2015 et août 2016 et rapportée selon les recommandations PRISMA¹³.

La stratégie de recherche a été développée avec un spécialiste en informatique et réalisé au moyen d'Ovid MEDLINE®. Comme il n'existe pas de terme MeSH pour « *Shared decision making* », différents mots clés ont été combinés pour mener cette recherche (tableau 1). Quand les mots clés n'étaient pas indexés sous forme de termes MeSH, ceux-ci ont été recherchés dans les titres ou les extraits ou bien grâce à l'onglet « *other terms* » dans la recherche avancée de PubMed.

Les autres bases de données interrogées étaient la BDSP, le SUDOC, le moteur de recherche Athéna de l'UPEC, la collection électronique des pério-

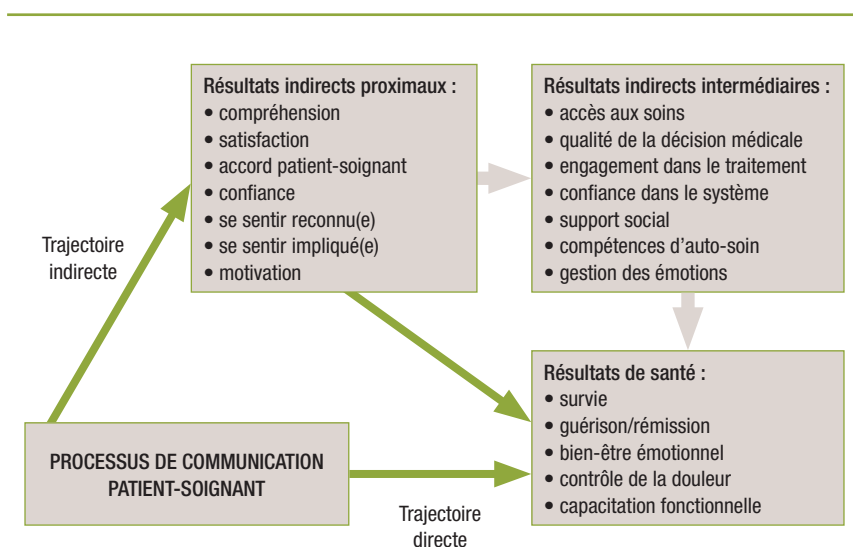


Figure 4 - Les trajectoires directes et indirectes pour améliorer les résultats de santé
D'après Street, et al. Adapté par S. Vallot [6]

diques de l'éditeur SAGE et BASE. L'intégralité des références bibliographiques des articles sélectionnés a également été examinée.

Toutes les études publiées entre mars 1997 (première publication de Charles) et août 2016 ont été incluses.

Sélection des études et critères d'inclusion et d'exclusion

L'inclusion et l'analyse des études ont été réalisées indépendamment par deux chercheurs (JY et SV) à l'aide d'une fiche standardisée¹⁴. Les désaccords ont été discutés avec un troisième relecteur (EF) et réglés par consensus.

Les quatre critères d'inclusion devaient être remplis :

- le type d'étude : interventionnelle ou observationnelle afin d'avoir une idée la plus exhaustive possible de l'effet de la DMP ;
- lieux, acteurs : tous types de lieu (ambulatoire ou hospitalier), de professionnels de santé impliqués (médicaux ou paramédicaux), de patients (adultes ou enfants) et de pathologies puisque la DMP est potentiellement adaptable à toutes les situations de soin ;
- évaluation dans l'étude d'un lien entre DMP et un résultat de santé direct ou indirect tel que décrit dans le modèle de Street et al.¹⁵ (figure 4) ;

Treatment outcome OR health impact assessment OR outcome assessment health care OR health impact assessment OR quality improvement	AND	patient-centered care OR decision making OR empowerment = patient participation OR negotiating Not mesh: shared decision making	AND	medication adherence OR patient compliance OR health care costs OR quality of life OR morbidity OR mortality OR patient satisfaction OR comprehension OR accident prevention OR health expenditures OR length of stay OR drug related side effects and adverse reactions OR primary prevention OR secondary prevention OR patient participation OR patient safety OR quality of health care OR gatekeeping
--	-----	--	-----	--

Tableau 1 - Equation de recherche OVID MEDLINE



Étude	Année	Lieu de soin	Type d'étude	Durée du suivi	Pays	Nombre de patients inclus	Critères d'inclusion
I. Tiensel [58]	2013	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	18 mois	Allemagne	1 433	Patients majeurs ayant au moins 2 prescriptions d'antihypertenseur, assurés et parlant allemand
S. R. Wilson [60]	2010	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	2 ans	États-Unis	612	Patients majeurs de moins de 70 ans avec un asthme mal contrôlé non intermittent non BPCO ou insuffisants respiratoires.
K. A. Swanson [57]	2007	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	2 ans	États-Unis	1 481	Adultes avec une dépression
F. Légaré [46]	2012	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	6 mois	Canada	359	Adultes et enfants accompagnés de parents ou de tuteurs légaux avec un diagnostic d'infection respiratoire aiguë et pour lequel l'utilisation d'antibiotique a été discutée pendant la consultation
T. Krones, et al. [45]	2008	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	6 mois	Allemagne	1 132	Patient ayant eu une mesure du cholestérol sanguin dans les 4 semaines
A. Deinzer, et al. [37]	2011	Soins premiers	Essai contrôlé non randomisé	1 an	Allemagne	86	Adultes hypertendus inclus dans un programme d'ETP
M.M. Alamo, et al. [34]	2002	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	1 an	Espagne	110	Adultes avec des douleurs musculaires chroniques ou une fibromyalgie, première consultation
A. Edwards, et al. [39]	2004	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	1 mois	Royaume-Uni	747	Patient avec une fibrillation auriculaire, des ménorragies, des symptômes de ménopause ou un prostatisme
A. Loh, et al. [49]	2007	Soins premiers	Essai randomisé multicentrique	6-8 semaines	Allemagne	405	Patient avec une dépression diagnostiquée récemment
M. Gattellari, et al. [40]	2001	Oncologie	Essai randomisé multicentrique	2 semaines	Australie	233	Première consultation d'oncologie
C. Bieber, et al. [35]	2006	Rhumatologie	Essai randomisé monocentrique	1 an	Allemagne	67	Adultes souffrant de fibromyalgie
C. Bieber, et al. [36]	2006	Rhumatologie	Essai randomisé multicentrique	1 an	Allemagne	85	Adulte ayant un diagnostic de FMS selon les critères ACR

Tableau 2 - Résumé des données concernant les essais contrôlés (randomisés ou non)
 ACR : Appropriateness Criteria ; ETP : éducation thérapeutique ; FMS : Fibromyalgia syndrome ;
 ↗ : augmentation ou amélioration ; ↘ : diminution ; RD : résultat direct ; RI : résultat indirect.

Méthode d'évaluation de la DMP	Outil d'évaluation de la DMP	Outil d'évaluation des critères de jugement	Critères de jugement (principaux en gras)	Critères significatifs / valeur de p	
Questionnaire au patient	9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM Q 9)	Questionnaire au patient et automesure de la pression artérielle	Perception de participation, PAS, PAD, connaissance sur l'hypertension, adhésion et FDRCV	Aucun	
Questionnaire au patient	Utilisation d'un outil non validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient et dossiers médicaux	Adhésion au traitement, qualité de vie, coût	↗ Qualité de vie (RI)	p = 0,009
				↗ Adhésion au traitement (RI)	p < 0,0001
Questionnaire au patient	Utilisation d'un outil validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient	Satisfaction	↗ Satisfaction (RI)	p = 0,001
Questionnaire au patient et au soignant	Modified Control Preference Scale (CPS)	Questionnaire au patient et au soignant	Utilisation d'antibiotiques, accord avec la décision, regret décisionnel, désir de s'engager dans la DMP, qualité de vie	↘ Utilisation d'antibiotiques (autres)	p < 0,001
Questionnaire au patient	SDM Q 9	Questionnaire au patient et score de Framingham	Satisfaction, regret décisionnel, statut des FDRCV	↗ Satisfaction (RI)	p < 0,001
				↘ Regret décisionnel (RI)	p = 0,02
Questionnaire au patient	COMRADE	Questionnaire au patient et automesure de la tension artérielle	Tension artérielle, connaissance sur l'hypertension, qualité de la relation et qualité de vie en lien avec la santé	Aucun	
Questionnaire au patient	Utilisation d'un outil non validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient et feuille de suivi médical	Intensité de la douleur, nombre de symptômes associés, nombre de points douloureux, statut de santé subjectif, détresse psychologique	↘ Détresse psychologique (RD)	p = 0,04
				↘ Nombre de points sensibles (RD)	p = 0,05
Questionnaire au patient	Combined Outcome Measure for Risk communication And treatment Decision making Effectiveness (COMRADE scale)	Questionnaire au patient	Risque dans la communication et confiance dans la décision	Aucun	
Questionnaire au patient	Patient perceived involvement in care scale (PICS) and a patient participation scale (MSH-scale)	Questionnaire au patient et report de l'adhésion par le soignant	Satisfaction, adhésion, durée de consultation, sévérité de la dépression	↗ Satisfaction (RI)	p = 0,014
				↘ Durée de consultation (RD)	NS
Questionnaire au patient	Utilisation d'un outil validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient	Anxiété, quantité d'information et support émotionnel reçu, satisfaction	↘ Anxiété (RI)	p = 0,03
				↗ Satisfaction (RI)	p = 0,0005
				↗ Quantité d'information (RI)	p = 0,004
Questionnaire au patient et au soignant combiné à une interview qualitative du patient	14-item Questionnaire on Doctor–Patient Interaction (FAP) and DDPRQ (for physician)	Questionnaire au patient	Intensité de la douleur, dépression, statut de santé subjectif	Aucun	
Questionnaire au patient et au soignant	14-item Questionnaire on Doctor–Patient Interaction (FAP)	Questionnaire au patient	Qualité de la relation soignant-soigné	↗ Qualité de la relation soignant-soigné (RI)	p < 0,001



Soins | Décision médicale partagée

Étude	Année	Lieu de soin	Type d'étude	Durée du suivi	Pays	Nombre de patients inclus	Critères d'inclusion
C. L. Roumie [54]	2011	Soins premiers	Étude cas-témoin, multicentrique	6 mois	États-Unis	1 341	Vétérans du Tennessee ayant déjà été inclus dans une étude pendant 6 mois
K. E. Glass [41]	2012	Soins premiers	Étude transversale, multicentrique	Inconnu	États-Unis	488	Adultes enregistrés dans une liste de volontaires à la recherche
C. Golin, et al. [42]	2002	Soins premiers	Étude transversale, monocentrique	Inconnu	États-Unis	198	Adultes ayant un diabète de type 2
M. Heisler, et al. [44]	2003	Soins premiers	Étude transversale, multicentrique	Inconnu	États-Unis	4 198	Adultes ayant un diabète diagnostiqué depuis au moins un an
M.R. Patel, et al. [52]	2012	Soins premiers	Étude de cohorte, multicentrique	2 ans	États-Unis	808	Femme adultes souffrant d'asthme chronique.
M. Heisler, et al. [44]		Soins premiers	Étude transversale, multicentrique	1 an	États-Unis	2 000	Vétérans recevant des soins pour leur diabète
A. Smith, et al. [56]	2009	Oncologie	Étude de cohorte, multicentrique	4 mois	Australie	55	Adultes ayant un diagnostic récent de cancer du sein
P. Little, et al. [48].	2014	Chirurgie	Étude de cohorte, monocentrique	1 mois	Royaume-Uni	661	Adultes en consultation de chirurgie
K. Quachning, et al. [53]	2013	Rhumatologie	Étude de cohorte, multicentrique	6 mois	Allemagne	402	Patients majeurs, parlant allemand et sans troubles cognitifs suivant un programme de réhabilitation
G.R. Wallen, et al. [59]	2012	Rhumatologie	Étude transversale, monocentrique	Inconnu	États-Unis	109	Patients majeurs souffrant de maladie rhumatologique
S. Singh [55]	2010	Oncologie	Étude transversale, monocentrique	Inconnu	Australie	63	Patient adulte consultant en oncologie
J.E. Edbrooke-Childs [38]	2015	Psychiatrie	Étude cas-témoin, multicentrique	Inconnu	Royaume-Uni	177	Enfant dont le médecin fait partie du Child Outcomes Research Consortium
J. Mandelsblatt [50]	2008	Oncologie	Étude transversale, multicentrique	6 à 18 mois	Etats-Unis	613	Femmes de plus de 67 ans ayant un cancer du sein résidant en ville, parlant anglais, sans trouble cognitif ou physique majeur
O. Ommen [51]	2011	Chirurgie	Étude transversale, multicentrique	Inconnu	Allemagne	2197	Adultes hospitalisés en chirurgie

Tableau 3 - Résumé des données concernant les études observationnelles

I-CAMP : Complementary and Alternative Medicine Use in Arthritis ; ↗ : augmentation ou amélioration ; ↘ : diminution ; RD : résultat direct ; RI : résultat indirect.

Méthode d'évaluation de la DMP	Outil d'évaluation de la DMP	Outil d'évaluation des critères de jugement	Critères de jugement (principaux en gras)	Critères significatifs / valeur de p	
Questionnaire au patient	Primary Care Assessment Survey (PCAS)	Questionnaire au patient	Adhésion, contrôle de l'hypertension	↗ Adhésion au traitement (RI)	p = 0,03
Questionnaire au patient	SDM Q 9	Questionnaire au patient	Satisfaction avec la décision	↗ Satisfaction avec la décision (RI)	p < 0,001
Questionnaire au patient	Patient Desire to Participate in Medical Decision making (DPMD)	Questionnaire au patient	Satisfaction	↗ Satisfaction (RI)	p = 0,0001
Questionnaire au soignant	Utilisation d'un outil non validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient et résultats biologiques	Prescriptions liées au diabète, satisfaction avec la communication du soignant, contrôle biologique (HbA1c, tension artérielle et LDL) (RD)	Aucun	
Interview du patient	Plan de soin négocié écrit	Interview du patient	Adhésion, utilisation de corticostéroïdes, symptômes, hospitalisation	↗ Adhésion au traitement (RI)	p < 0,001
				↘ Symptômes (RD)	p < 0,001
				↘ Utilisation des corticostéroïdes (RD)	p = 0,04
Questionnaire au patient	Provider Participatory Decision Making Style Scale	Questionnaire au patient	Compréhension de l'autosoin et de l'autogestion dans le diabète	Aucun	
Questionnaire au patient et codage de la consultation	Echelle OPTION	Questionnaire au patient	Anxiété, conflit décisionnel et satisfaction	↗ Satisfaction (RI)	p = 0,004
Questionnaire au patient	Utilisation d'un outil non validé, créé pour l'étude	Questionnaire au patient	Satisfaction, autonomie, pénibilité des symptômes	↗ Satisfaction (RI)	p < 0,001
				↗ Autonomie (RI)	NC
				↘ Pénibilité des symptômes (RD)	NC
Questionnaire au patient	SDM Q 9	Questionnaire au patient	Niveau d'interaction avec l'équipe de soin, niveau d'empathie dans la relation, satisfaction du patient, observance et acceptation du traitement	↗ Interaction avec l'équipe (RI)	p = 0,001
				↗ Niveau d'empathie dans la relation (RI)	p < 0,001
				↗ Satisfaction (RI)	p = 0,023
				↗ Acceptation du traitement (RI)	p < 0,001
Interview du patient	3-item participatory decision-scale at the end of the I-CAMP1	Interview du patient	Utilisation de médecine alternative et divulgation	↘ Usage (RD)	p < 0,005
				↘ Dissimulation (RI)	p < 0,005
Retranscription et codage de consultations	Système de codage validé inspiré de l'échelle OPTION	Retranscription et codage de consultations	Satisfaction et anxiété	Aucun	
Questionnaire au patient et au soignant	Emotional State Questionnaire (ESQ)	Questionnaire au patient et au soignant	Difficultés psychosociales = efficacité du traitement psychiatrique et fonctionnement de la relation	↘ Difficultés psychosociales (RI)	p < 0,05
Questionnaire au patient et au soignant	Patients' Perceived Involvement in Care Scale	Questionnaire au patient et au soignant	Satisfaction, impact du cancer, utilisation de traitement adjuvant, choix du type de chirurgie	↗ Satisfaction (RI)	p = 0,003
				↘ Impact du cancer (RI)	p = 0,04
Questionnaire au patient	Cologne Patient Questionnaire	Questionnaire au patient	Confiance	↗ Confiance (RI)	p = 0,001



Question n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RAPPORT TOTAL	11	12	13
Auteur														
G.R. Wallen, et al. [59]	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	0	0	0
J. Edbrooke-Childs, et al. [38]	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	0	0	0
K. Quaschnig, et al. [53]	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	0	0	0
S. Singh, et al. [55]	1	1	0	0	2	1	1	0	0	1	7	0	0	0
M.R. Patel, et al. [52]	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	6	0	0	0
A. Deinzer, et al. [37]	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	8	0	0	0
P. Little, et al. [48]	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	0	0	0
J. Mandelblatt, et al. [50]	1	1	1	0	2	1	1	0	0	1	8	0	0	0
K.E. Glass, et al. [41].	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	0	0	0
C.L. Roumie, et al. [54]	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	1	1	0
O. Ommen, et al [51].	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	6	1	1	1
M. Heisler, et al. [44]	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4	0	0	0
A. Smith, et al.[56]	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	6	0	0	0
M. Heisler, et al. [43]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	0	0	0
C. Golin, et al.[42]	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	9	1	1	0
A. Loh, et al. [49]	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	6	0	0	1
C. Bieber, et al. (2006) [36]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	0	0	0
A. Edwards, et al. [39]	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	7	1	1	1
M. Gattellari, et al. [40]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	0	1	0
T. Krones, et al. [45]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	0	0	0
F. Légaré, et al.[46]	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	1	1	1
K.A. Swanson, et al. [57]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	0	1	1
I. Tinsel, et al. [58]	1	1	0	1	2	1	1	0	1	1	9	1	1	1
C. Bieber, et al. [35]	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	10	0	0	0
M. M. Alamo, et al. [34]	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	10	1	0	1
S.R. Wilson, et al. [60]	1	1	1	1	2	1	1	0	0	1	9	1	1	1

Table 4 - Résultats détaillés de l'analyse des études non randomisées avec l'échelle de Down's and Black
Lien internet : <https://jech.bmj.com/content/jech/52/6/377.full.pdf>

– l'étude avait pour objectif principal de comparer l'effet sur les résultats de santé avec et sans DMP.

Les critères de non-inclusion étaient :

– la pratique de la DMP n'était pas objectivée à l'aide d'un outil spécifique (figures 2 et 3) ;

– la définition de la DMP ou la méthodologie de l'étude ne correspondait pas à la définition de la DMP proposée par Charles après lecture approfondie de l'article (SV et JY).

Critères qualité

Les données extraites lors de l'analyse étaient : le type de publication, le nom de l'auteur principal, l'année de publication,

le lieu de soin, le cadre de conception de l'étude, la durée de l'étude, la taille de l'essai, les caractéristiques de la population incluse, la méthode de mesure de la DMP et du résultat de santé, les résultats principaux et secondaires de l'étude.

La grille d'évaluation de Downs et Black a été utilisée pour évaluer la qualité des études¹⁶. Cet outil a été sélectionné car il permettait d'évaluer à la fois les études interventionnelles et observationnelles et permettait de calculer un score pour chaque étude prenant en compte la validité interne et externe de l'étude. La qualité était jugée excellente si score entre 26 et 28, bonne entre 20 et 25, moyenne entre 15 et 19 et faible si ≤ 14 .

RÉSULTATS

Caractéristiques des études sélectionnées

La recherche initiale a dégagé 1 468 articles, seuls 26 ont été inclus car ils correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion préétablis de l'étude (figure 5). Il s'agissait de 11 essais contrôlés randomisés (ECR), un essai contrôlé non randomisé et de 14 études observationnelles : 8 études transversales, 4 études de cohorte et 2 études cas-témoins.

Parmi ces 26 articles analysés, 8 (31 %) ont été réalisés en Allemagne, 10 (38 %) aux États-Unis et 3 (11,5 %)

TOTAL VALIDITÉ EXTERNE	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	TOTAL VALIDITÉ INTERNE	TOTAL
0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	12
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	7	13
0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	7	13
0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	7	14
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	9	15
0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	7	15
0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	8	15
0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	15
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	10	16
2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	9	17
3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	10	19
0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	8	12
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	8	14
0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	8	17
2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	7	18
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	10	17
0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	8	17
3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	9	19
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	9	19
0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	20
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	11	22
2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12	23
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	11	23
0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	23
2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	11	23
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12	24

au Royaume-Uni et en Australie/ Nouvelle-Zélande. Les autres pays d'études étaient l'Europe et le Canada. Les lieux de soin variaient en fonction des études : 16 (61,5 %) ont été menées en soins premiers, 4 (15 %) en oncologie, 3 (11,5 %) en rhumatologie, 2 (8 %) en chirurgie et 1 (4 %) en psychiatrie.

Huit études (31 %) étudiaient les effets de la DMP quel que soit le diagnostic du patient. Dans les autres études, les pathologies étudiées étaient le diabète (n = 3 ; 11 %), l'hypertension (n = 3 ; 11 %), la fibromyalgie (n = 3 ; 11 %), l'asthme (n = 2 ; 8 %), le cancer du sein (n = 2 ; 8 %), le cancer

quel que soit l'origine (n = 2 ; 8 %) ; la dépression (n = 2 ; 8 %) et la toux (n = 1 ; 4 %).

Les caractéristiques principales des études sont résumées dans les **tableaux 2 et 3**.

Qualité méthodologique

La qualité interne et externe des études a été quantifiée grâce à la grille d'évaluation de Downs et Black. Les résultats vont de 12 à 25/32 (**tableau 4**). La moyenne des résultats était de 17,5 (écart type = 3,7). Elle était de 21 pour les essais contrôlés (écart type = 2,6) et de 15 pour les études observationnelles (écart type = 2,1). La qualité des études était donc globalement bonne.

Les limites concernaient surtout la validité interne des études du fait de l'impossibilité d'avoir une étude en double aveugle, et du manque de puissance des études (population étudiée faible). Aucun effet secondaire n'a été reporté dans les études.

Mesure de la DMP

Vingt-deux études (85 %) ont utilisé un outil spécifique validé pour mesurer la DMP (questionnaire dont les critères qualité tels que la fiabilité et la reproductibilité ont été mesurés statistiquement dans une étude et jugés suffisants) tandis que 4 (15 %) ont utilisé un outil non validé. Le questionnaire validé « 9-item Shared

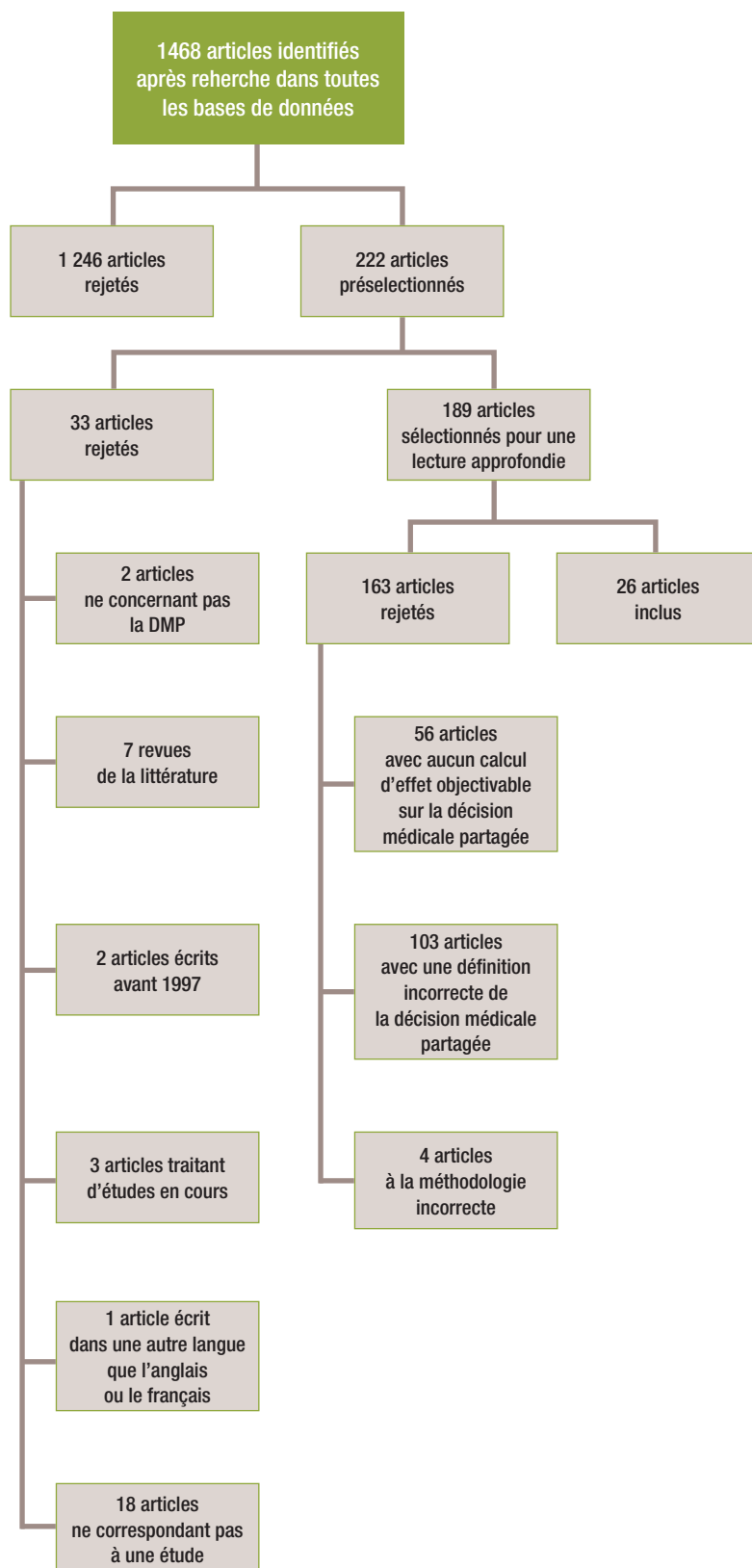


Figure 5 - Diagramme de flux

Decision Making Questionnaire » (SDM-Q-9) était l'outil le plus utilisé (n = 4 ; 15 %).

Dans la majorité des études (n = 16 ; 61 %), l'évaluation de la mise en œuvre effective du partage du processus de décision était réalisée uniquement auprès du patient. Cette évaluation se faisait :

- soit par auto- ou hétéro-questionnaire (n = 14 ; 87 %) ;

- soit par entretien duel (n = 2 ; 13 %).

Les autres modalités de recueil incluaient plus rarement :

- un questionnaire prenant en compte la perspective du patient et un autre prenant en compte celle du médecin (n = 4 ; 15 %) ;

- un questionnaire prenant en compte la perspective du patient couplé à un codage des enregistrements de la consultation (n = 2 ; 8 %) ;

- un questionnaire prenant en compte la perspective du patient et un autre prenant en compte celle du médecin couplé à un entretien qualitatif du patient (n = 1 ; 4 %) ;

- un questionnaire prenant en compte la perspective du patient et un autre prenant en compte celle du médecin couplé à une analyse des dossiers médicaux (n = 1 ; 4 %) ;

- un questionnaire prenant en compte la perspective du soignant uniquement et une analyse des dossiers médicaux (n = 1 ; 4 %) ;

- un questionnaire prenant en compte la perspective du soignant uniquement (n = 1 ; 4 %).

Synthèse des résultats

Parmi les 26 articles analysés, soit 69 résultats étudiés, 42/69 (61 %) concernaient des résultats de santé indirects tandis que 21 (30 %) concernaient des résultats de santé directs et 6 (9 %) concernaient des résultats de santé en rapport avec l'organisation du système de soins. Parmi les 69 résultats, 35 (51 %) étaient significativement en faveur de la pratique de la DMP (tableau 5).

Les résultats indirects concernaient :

- la satisfaction des patients était concernée par 12/69 résultats (17 %) dont 10 résultats positifs (29 % des résultats positifs totaux)^{40,41,43,45,48-50,53-55}.

Parmi eux, 4 concernaient des ECR^{41,45,50,58} traitant de patients atteints de dépression (n = 2)^{48,58}, de dyslipidémie (n = 1)⁴⁶ ou consultant pour la première fois en oncologie (n = 141) ;

- le renforcement de la relation soignant-soigné était concerné par 9/69 résultats (13 %) dont 6 résultats positifs (17 % des résultats positifs)^{37,52,54,60}. Parmi eux, un seul concernait un ECR ayant inclus des patients atteints de fibromyalgie³⁷ ;

- la réduction du regret et des conflits concernant la décision était concernée par 6 résultats (9 %) dont 3 positifs (9 % des résultats positifs)^{41,46,60}. Parmi eux, 2 étaient des ECR concernant soit une première visite d'oncologie⁴⁶ soit une visite en soins premiers quel que soit le diagnostic⁴⁶ ;

- l'empowerment (ou développement du pouvoir d'agir des individus et des groupes sur leurs conditions sociales, économiques ou politiques) était concerné par 2 résultats (3 %) dont 1 positif en consultation de chirurgie (3 %)⁴⁹ ;

- l'adhésion du patient au traitement ou à la décision thérapeutique était concernée par 10/69 résultats (6 %) dont 6 positifs (6 %)^{53-55,60,61}. Parmi eux, un ECR⁶¹ sur l'asthme non contrôlé ;

- la connaissance des patients sur leur maladie était concernée par 3 résultats (3 %), dont 1 positif (3 %) dans un ECR⁴¹ après une première visite en oncologie.

Parmi les 21 résultats directs analysés, 6 (29 %)^{37,39,51,53} étaient positifs, dont 3 dans un ECR³⁷.

La mesure de la qualité de vie des patients était concernée par 4 résultats (11 %) dont 2 positifs (6 %)^{51,61}. Parmi eux, un seul a été étudié dans un ECR⁶¹ sur l'asthme non contrôlé. Un résultat montrait une amélioration de la détresse psychologique des patients souffrant du syndrome fibromyalgique, et un autre une diminution du nombre de points douloureux pour les patients fibromyalgiques ;

- les choix des soignants sur la conduite à tenir pour les soins était concerné par 2 résultats^{45,47} sur 69 (0,2 %) dans les essais dont 1 positif dans un ECR montrant que moins de

Résultats	Nombre de résultats positifs dans les études non randomisées / Nombre de résultats totaux	Nombre de résultats positifs dans les essais randomisés / Nombre de résultats totaux
Symptômes dans l'asthme	1/1	0/1
Douleur	0/3	0/3
FDRCV	0/2	0/2
Statut de santé global	0/2	0/2
Hospitalisation	0/0	0/0
Hypertension	0/3	0/0
Symptômes psychiatriques primaires	0/2	0/2
Symptômes psychiatriques secondaires	1/3	1/3
Symptômes associés	0/1	1/1
Adhésion	5/10	1/10
Anxiété / Regret décisionnel	1/6	2/6
Connaissance	0/3	1/3
Empowerment	1/2	0/2
Qualité de vie	1/4	1/4
Qualité de la relation	5/9	1/9
Satisfaction	6/12	4/12
Surutilisation d'antibiotiques	0/1	1/1
Coût	0/1	0/1
Durée de consultation	0/1	1/1
Nombre de prescriptions de médicament	0/1	0/1
Nombre de prescriptions de biologie	0/1	0/1
Utilisation de médecine alternative	0/1	0/1
TOTAL	21 (30 %)	14 (20 %)

Tableau 5 - Caractéristiques des critères d'évaluation des études analysées

patients consommaient des antibiotiques à la suite d'une infection respiratoire aiguë grâce à la DMP⁴⁷ ;

- l'efficacité du système de soin était traitée dans 2 ECR^{42,53} (amélioration des coûts ou de la durée des consultations par exemple). L'un d'eux n'a montré aucune différence significative concernant le temps de consultation passé avec des patients traités pour dépression en soins premiers⁴⁹. Le coût a été étudié dans un seul essai contrôlé randomisé et a montré que l'intervention avec la pratique de la DMP coûtait 32 dollars de plus que celle sans DMP

(du fait de la formation du soignant) sans que ce résultat soit significatif⁶¹. On note que les coûts en post-intervention n'ont pas été pris en compte dans le calcul.

DISCUSSION

Résultats principaux

Cette revue de la littérature suggère donc que la pratique de la DMP pourrait améliorer certains résultats de santé, surtout indirects (35 résultats positifs sur les 69 analysés). Concernant les résultats de santé indirects (83 % des



résultats analysés), ceux en faveur de la DMP étaient une amélioration de la satisfaction des patients, de leur adhésion au traitement ou à la décision, un renforcement de la relation médecin-patient et une diminution des conflits et du regret lié à la décision. Concernant les résultats de santé directs (11 % des résultats analysés), la DMP semble améliorer la qualité de vie des patients ayant un asthme non contrôlé⁶⁰ et la détresse psychique liée à la maladie et le nombre de points douloureux dans la fibromyalgie³⁴. La pratique de la DMP semble réduire également la surutilisation des antibiotiques dans les infections respiratoires aiguës. Deux essais randomisés sont en faveur de sa pratique en soins premiers^{34,46}. Le temps de consultation ne semble pas être allongé à la suite de la DMP, et aucune augmentation significative des coûts n'a été observée.

Apports et limites de la recherche

L'originalité de cette revue systématique tient à la diversité des études qu'elle se propose d'étudier et à sa rigueur méthodologique prenant en compte la définition de la DMP selon Charles, modèle le plus cité dans la littérature¹⁰, pour sélectionner les articles. Ceci a permis notamment une réduction des biais autour de sa définition. Cette revue a cependant des limites. En effet, la diversité des études étudiées (observationnelles et interventionnelles) induit des différences concernant les niveaux de preuve des résultats présentés. Le meilleur niveau de preuve concernait la satisfaction du patient (10 résultats positifs sur 12 dont 4 dans des ECR). L'hétérogénéité des études ne permettait pas de réaliser une méta-analyse à ce stade.

Par ailleurs, les aspects négatifs et les effets secondaires de la DMP n'étaient pas reportés dans les études, comme par exemple une augmentation de l'inertie thérapeutique. De plus, peu d'études évaluaient la faisabilité de la DMP alors que son coût et sa durée sont des critiques fréquentes en défaveur de sa pratique⁵.

D'autre part, la qualité des essais randomisés était généralement bonne, mais peu de patients y étaient inclus, contribuant à une puissance plus faible. Bien que le modèle de C. Charles soit le plus utilisé dans la littérature, nous aurions pu utiliser les 21 critères essentiels de Makoul et Clayman³. Cependant, ceci rendait la sélection des études trop complexe. De plus, parmi les 5 modèles existants de la DMP, celui de Charles est celui qui possédait le plus de critères essentiels de la DMP.

L'outil Cochrane *bias of tool* n'a pas été utilisé dans cette étude bien qu'il permette d'analyser plus précisément certains biais tels que la procédure exacte de randomisation, et de classer les essais selon leur risque de biais et leur qualité globale (bonne, modérée, faible). Cependant, contrairement à l'échelle de Downs et Black (échelle validée pour les études interventionnelles et observationnelles sur les critères de validité interne et externe), cet outil ne permettait pas d'analyser l'ensemble des études incluses dans cette revue et donc d'avoir une vision globale de notre recherche.

Les ECR positifs avaient en moyenne un score de Downs et Black plus élevé en moyenne que les ECR négatifs ($m = 21,5$ vs $18,5$). Il semblerait donc que les ECR positifs soient de meilleure qualité que les ECR négatifs, ce qui serait en faveur d'une efficacité de la DMP.

Enfin, l'absence de *gold standard* concernant l'évaluation de la DMP induit nécessairement des fluctuations entre les études. Ce constat souligne l'importance d'une définition précise et consensuelle concernant la mesure de la DMP, seul moyen de faire réellement avancer la recherche sur le sujet et de faire appliquer ce concept dans la pratique médicale et/ou la formation des étudiants et soignants.

Comparaison avec les données de la littérature

La plupart des preuves en faveur de la DMP, dans notre revue, concernaient la satisfaction et plus globalement les résultats de santé indirects. Une autre revue de la littérature¹¹ retrouve les

mêmes résultats, avec une amélioration des résultats émotivo-cognitifs et notamment de la satisfaction du patient (33 % des résultats positifs vs 27 % dans cette revue). La revue Cochrane¹⁰ concernant l'ACP dont la DMP en est une composante selon la définition de Stewart² retrouvait également une amélioration de la satisfaction.

Notre revue montre également des résultats positifs concernant l'adhésion au traitement ou à la décision, l'anxiété, la qualité de vie, *l'empowerment* et le renforcement de la relation que ne retrouvait pas la revue précédente^{10,11}.

D'autre part, nos résultats sont proches de ceux d'une revue récente sur l'adhésion aux traitements médicamenteux¹⁷ et qui a conclu que la plupart des actions augmentant cette adhésion est liée à une meilleure intégration du patient dans les soins.

Concernant les résultats directs de santé, le pourcentage de résultats positifs est similaire à une précédente revue¹¹. Une amélioration des symptômes de la dépression grâce à la DMP est notée dans cette revue également. Ces résultats sont à mettre en lien avec une récente méta-analyse ayant démontré une amélioration de l'efficacité de psychothérapies lorsque le traitement des patients correspondait à leurs préférences¹⁸. De plus, les résultats positifs sur les antibiotiques sont similaires à ceux d'une récente revue de la littérature traitant du lien entre DMP et surutilisation d'antibiotiques¹⁹.

Cependant, contrairement aux autres revues traitant des effets de la DMP^{10,11}, notre revue rapporte une amélioration du fonctionnement du système de soin.

Les soins premiers étaient le champ d'investigation principal des études dans notre revue ($n = 16$) montrant un changement des lieux d'investigation concernant l'étude de la DMP. En effet, la précédente revue évaluant l'efficacité de la DMP¹¹ concernait surtout l'oncologie (36 % des champs étudiés).

Dans la plupart des études sélectionnées^{10,11}, l'évaluation de la mise en œuvre du partage du processus de décision se faisait majoritairement à

partir du point de vue du patient (questionnaire ou entretien) sans prendre en compte celui du soignant. Néanmoins, la revue de Shay, *et al.*¹¹, montre des résultats positifs même quand cette méthode unilatérale (évaluation de la DMP du point de vue du patient seulement) n'est pas utilisée ; par exemple, quand un observateur analyse les consultations ou quand l'avis du patient et du soignant sont requis pour évaluer la DMP. D'ailleurs, cette méthode dyadique a prouvé qu'elle était plus précise que la méthode unilatérale (prenant en compte uniquement l'avis du patient ou du médecin) pour évaluer la DMP²⁰.

Ainsi, l'absence de méthode standardisée pour évaluer la DMP limite la recherche sur la DMP puisqu'il existe toujours potentiellement un biais concernant la pratique ou non de la DMP. Cela est d'autant plus vrai que la plupart des enquêtes sur le sujet montrent une forte discordance entre patients et médecins sur la manière dont a été prise la décision²¹.

Cette diversité des méthodes d'évaluation de la DMP (auto- et hétéroquestionnaires pour les patients ou les soignants, etc.) peut être partiellement expliquée par le manque d'informations scientifiques existantes concernant les différents aspects techniques et psychosociaux de la communication en santé impliqués dans la DMP et plus généralement dans la communication en santé²².

Implication pour la pratique et la recherche

Ainsi, malgré une méthodologie qui peut encore être améliorée, la recherche sur les effets de la DMP est plutôt en faveur de sa pratique, et notamment en soins premiers. De plus, d'après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner » : « *Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* », ce qui légitime la pratique de la DMP en France. Cette pratique est d'ailleurs promue par la Haute Autorité de santé¹⁴.

La formation à la pratique de la DMP nécessite une formation longue et répétée puisque, dans l'étude de

Tiense, *et al.*⁵⁹, une formation courte de moins de six heures a échoué à montrer un effet sur l'amélioration de la tension artérielle, tandis que les longues formations (18 heures, ou répétées sur 6 mois) montrent un effet³⁸⁻⁵¹. Les autres éléments clés à prendre en compte pour que la DMP ait un effet sont les compétences communicationnelles et l'utilisation d'aides à la décision. Ainsi, pratiquer la DMP implique une modification de la formation initiale et continue des soignants.

Cependant, la plupart des universités françaises n'offrent que très peu de formation à leurs étudiants de premier et deuxième cycles concernant la pratique de l'éducation thérapeutique, de la médecine centrée patient, ou de la DMP. Quand elle existe, cette formation reste d'ailleurs plutôt théorique. Pourtant, plusieurs pistes existent déjà pour répondre à la question de la formation et de la pratique de la DMP.

D'un point de vue général, il semblerait que l'effet positif de la DMP, et plus largement de la démarche d'ACP¹⁰ soit influencé par le style de communication du soignant²³, la confiance du patient envers le soignant²⁴ mais aussi sur l'attention que porte le soignant à la délivrance des informations, sur l'importance qu'il donne au point de vue du patient et sur la manière dont le soignant gère ses émotions²⁵.

Plus spécifiquement, l'utilisation de facilitateurs, de questions ouvertes et l'explicitation des émotions par le soignant seraient corrélées à une meilleure implication du patient²⁶. Ces facilitateurs seraient l'utilisation de la première personne du singulier, les requêtes s'appuyant sur le ressenti du patient, ou sur le programme du soignant, la réduction de la responsabilité sur la décision prise et l'utilisation du mot partenariat, d'après une étude écossaise²⁷. La formation à la communication en santé est donc un prérequis indispensable à la mise en œuvre du processus de DMP.

Ces techniques communicationnelles nécessitent également d'être associées à une véritable réflexion éthique sur le soin. Une étude israélienne a montré que l'utilisation de techniques de com-

munication telles que décrites ci-dessus n'implique un partage du processus de décision que si celle-ci est recherchée par le soignant²⁸.

Par ailleurs, des aides à la décision pourraient aussi être utilisées pour faciliter le partage de la décision, mais uniquement à condition que leur utilisateur ait été préalablement formé à leur utilisation, puisque ces outils, à eux seuls, ne sont probablement pas suffisants pour modifier le processus de prise de décision²⁹. Néanmoins, ils semblent améliorer le processus décisionnel et ont un effet sur la satisfaction des patients dans la dépression (choix du médicament).

Par ailleurs, il est important de rappeler que EBM et DMP sont interconnectées et que la pratique de l'une nécessite la pratique de l'autre. En effet, la pratique de l'EBM implique la prise en compte des valeurs et préférences du patient³².

Enfin, une revue systématique de la littérature a montré que le facilitateur le plus souvent retrouvé du partage de la décision était la motivation du soignant et que le partage de la décision avait un impact positif sur le fonctionnement de la relation et sur les résultats de santé²⁶. Ainsi, la poursuite de la recherche sur l'efficacité de la DMP est indispensable à la diffusion de sa pratique. Une meilleure compréhension de ses mécanismes permettrait également d'harmoniser la recherche à ce sujet ainsi que la formation des soignants.

CONCLUSION

Cette revue systématique de la littérature suggère que la DMP peut améliorer certains résultats de santé, plutôt indirects, chez les patients. Les preuves les plus solides concernaient l'amélioration de la satisfaction, de l'adhésion au traitement ou à la décision, de la relation soignant-soigné et la diminution des conflits et regrets liés à la décision. La DMP pourrait améliorer également des résultats directs, comme la qualité de vie, la douleur ou la détresse psychologique et la consommation des anti-



biotiques dans les infections respiratoires. Aucun allongement significatif du temps de consultation dans les études ni surcoût significatif n'a été montré. Ces résultats semblent en faveur d'une pratique de la DMP en activité de consulta-

tion et notamment en soins premiers. En pratique, une formation à la pratique de la DMP (initiale ou formation continue) semble nécessaire pour la mettre en œuvre. Enfin, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour

standardiser la mesure de la DMP de manière fiable, ainsi que pour mieux comprendre les raisons de son efficacité et évaluer son impact sur d'autres critères de jugement tels que la morbi-mortalité et sur les coûts de santé. ◆

Résumé

Introduction : Pratiquer la décision médicale partagée (DMP) sous-entend que médecin et patient s'impliquent dans la discussion, partagent des informations, expriment leurs préférences et se mettent d'accord sur la décision finale. Malgré des raisons éthiques et sociologiques évidentes en faveur de la pratique de la DMP, ainsi que la promotion de sa pratique dans de nombreux pays, peu d'informations sont disponibles concernant son efficacité sur les résultats de santé des patients.

Méthode : Nous avons conduit une revue systématique de la littérature sur les effets objectivables de la DMP sur les résultats de santé entre mai 2015 et août 2016 en suivant les recommandations PRISMA. Afin de nous assurer que les articles correspondaient bien au modèle de la DMP, nous avons utilisé la définition originale de C. Charles pour sélectionner les articles. Ont été sélectionnées des études interventionnelles et observationnelles, en ambulatoire et hospitalier impliquant tout type de professionnel et de patient et évaluant un lien entre DMP et résultats de santé. Nous avons inclus 26 articles et avons analysé leur qualité avec la grille de Downs et Black.

Résultats : Cette revue systématique suggère que la DMP améliore certains résultats de santé, surtout indirects. Concernant les résultats indirects, la DMP semble améliorer la satisfaction des patients, leur adhésion au traitement, leur qualité de vie, favorise un renforcement de la relation et une diminution des conflits décisionnels et du regret lié à la décision. Concernant les résultats de santé directs, la DMP semble améliorer la détresse psychique et la douleur dans le syndrome fibromyalgique. La pratique de la DMP pourrait réduire également la surutilisation des antibiotiques et ne semble pas allonger le temps de consultation. Aucune augmentation significative des coûts n'a été observée dans une étude.

Conclusion : Ces résultats semblent en faveur d'une pratique de la DMP en consultation médicale de routine. Cependant, l'absence d'outil de mesure standardisé pour l'évaluer rend difficile la recherche sur son efficacité. Des études supplémentaires sur son effet sur la morbi-mortalité et une analyse coût-bénéfices sont nécessaires pour poursuivre la réflexion sur le sujet.

→ **Mots-clés :** prise de décision clinique ; participation du patient ; évaluation des résultats et des processus en soins de santé.

Summary

Background. In shared-decision making (SDM) practice, the health care provider and the patient are equally involved in the discussion, share information, express their treatment preferences and agree to the final shared decision. Despite obvious ethical and sociological reasons favouring SDM practice and large-scale promotion of its practice in several countries, there is a lack of evidence concerning its efficiency in terms of health outcomes.

Methods. We conducted a systematic review on SDM effectiveness between May 2015 and August 2016, following PRISMA recommendations. We used the original definition of C Charles to select articles in order to ensure that they were in correspondence with the SDM relationship model. Observational and interventional studies conducted both in hospital and in ambulatory and involving all types of caregivers and all types of patients and assessing a link between SDM and health outcomes were included. Research was carried out between May and August 2016 and included twenty-six studies, which were evaluated using Downs & Black quality assessment checklists.

Results. SDM practice could improve direct and, more particularly, indirect patient outcomes. Positive indirect outcomes include enhanced patient satisfaction, better adherence, a reinforced patient-health care provider relationship and decreased decisional conflicts and regrets. It also positively affects direct outcomes such as quality of life and pain and psychological distress in fibromyalgia cases. Moreover, SDM could reduce overuse of antibiotics in respiratory infections. Time spent in consultation was reported to be similar with and without SDM practice and no increase in costs was observed in one of the studies.

Conclusion. SDM could contribute to patient health with improvement in both direct and indirect outcomes, and it may be implemented in routine medical practice. However, confusion on SDM definition and the lack of a reliable and standardized method able to assess the accuracy of shared decision making complicates research on SDM effectiveness. Further research is needed to assess its impact on morbi-mortality and economic outcomes.

→ **Keywords:** shared decision making; systematic review; health outcomes.

Références

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
2. Stewart M. Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method. London : Radcliffe Publishing, 2003.
3. Clayman ML, Bylund CL, Chewning B, Makoul G. The impact of patient participation in health decisions within medical encounters: a systematic review. *Med Decis Making* 2016;36:427-52.
4. de Silva D. Helping people share decision making. London : The Health Foundation, 2012.
5. Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:300-4.
6. Härter M, Muller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:263-70.
7. Frosch DL, Moulton BW, Wexler RM, Holmes-Rovner M, Volk RJ, Levin CA. Shared decision making in the United States: policy and implementation activity on multiple fronts. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:305-12.

8. Légaré F, Stacey D, Forest PG, Coutu MF. Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105:245-53.

9. Couillerot-Peyronnet AL, Midy F, Bruneau C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2011;59:23-31.

10. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD003267.

11. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making* 2015;35:114-31.

12. Elwyn G, Edwards A, Mowle S, et al. Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns* 2001;43:5-22.

13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097.

14. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concepts, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Saint-Denis : HAS, 2013.

15. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns* 2013;92:286-91.
16. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non randomised studies in health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:377-84.
17. Matthes J, Albus C. Improving Adherence With Medication. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111:41-7.
18. Swift JK, Callahan JL. The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65:368-81.
19. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;11:CD010907.
20. Haug MR, Lavin B. Practitioner or patient. Who's in charge? *J Health Soc Behav* 1981;22:212-29.
21. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Résultats du module « information et éducation » : l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins. Saint-Denis: Inpes; 2011.
22. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
23. Walter FM, Emery JD, Rogers M, Britten N. Women's views of optimal risk communication and decision making in general practice consultations about the menopause and hormone replacement therapy. *Patient Educ Couns* 2004;53:121-8.
24. Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN. Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *J Clin Oncol* 2008;26:1724-31.
25. Charles C, Gafni A, Whelan T. Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. *Health Expect* 2004;7:338-48.
26. Kindler CH, Szirt L, Sommer D, et al. A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia* 2005;60:53-9.
27. Silvia KA, Ozanne EM, Sepucha KR. Implementing breast cancer decision aids in community sites: barriers and resources. *Health Expect* 2008;11:46-53.
28. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69:1-8.
29. Kasper J, Köpke S, Mühlhauser I, et al. Informed shared decision making about immunotherapy for patients with multiple sclerosis (ISDIMS): a randomized controlled trial. *Eur J Neurol* 2008;15:1345-52.
30. Légaré F, Ratte 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* 2008;73:526-35.
31. LeBlanc A, Herrin J, Williams MD, et al. Shared Decision Making for Antidepressants in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:1761-70.
32. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD001431.
33. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312:1295-6.

Références des études sélectionnées

34. Alamo MM, Moral RR, de Torres LAP. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48:23-31.
35. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, et al. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008;64:13-20.
36. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2006;63:357-66.
37. Deinzer A, Veelken R, Kohnen R, Schmieder RE. Is a Shared Decision-Making Approach Effective in Improving Hypertension Management? *J Clin Hypertens* 2009;11:266-70.
38. Edbrooke-Childs J, Jacob J, Argent R, Patalay P, Deighton J, Wolpert M. The relationship between child-and parent-reported shared decision making and child-, parent-, and clinician-reported treatment outcome in routinely

collected child mental health services data. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2016;21:324-38.

39. Edwards A, Elwyn G, Hood K, et al. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision-making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract* 2004;21:347-54.
40. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 2001;52:1865-78.
41. Glass KE, Wills CE, Holloman C, et al. Shared decision making and other variables as correlates of satisfaction with health care decisions in a United States national survey. *Patient Educ Couns* 2012;88:100-5.
42. Golin C, Matteo MR, Duan N, Leake B, Gelberg L. Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *J Gen Intern Med* 2002;17:866-75.
43. Heisler M, Tierney E, Ackermann RT, et al. Physicians' participatory decision-making and quality of diabetes care processes and outcomes: results from the triad study. *Chronic Illn* 2009;5:165-76.
44. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002;17:243-52.
45. Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2008;6:218-27.
46. Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, Castel J, Turcotte S, Grimshaw J. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012;184:E726-E34.
47. Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale. *J Gen Intern Med* 1990;5:29-33.
48. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-11.
49. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2007;67:324-32.
50. Mandelblatt J, Kreling B, Figueiredo M, Feng S. What is the impact of shared decision making on treatment and outcomes for older women with breast cancer? *J Clin Oncol* 2006;24:4908-13.
51. Ommen O, Thuem S, Pfaff H, Janssen C. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health*. 2011;56:319-27.
52. Patel MR, Valerio MA, Sanders G, Thomas LJ, Clark NM. Asthma action plans and patient satisfaction among women with asthma. *Chest* 2012;142:1143-9.
53. Quaschnig K, Körner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Educ Couns* 2013;91:167-75.
54. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med* 2011;34:244-53.
55. Singh S, Butow P, Charles M, Tattersall MH. Shared decision making in oncology: assessing oncologist behaviour in consultations in which adjuvant therapy is considered after primary surgical treatment. *Health Expect* 2010;13:244-57.
56. Smith A, Juraskova I, Butow P, et al. Sharing vs. caring—the relative impact of sharing decisions versus managing emotions on patient outcomes. *Patient Educ Couns* 2011;82:233-9.
57. Swanson KA, Bastani R, Rubenstein LV, Meredith LS, Ford DE. Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Med Care Res Rev* 2007;64:416-30.
58. Tinsell I, Buchholz A, Vach W, et al. Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract* 2013;14:135.
59. Wallen GR, Brooks AT. To tell or not to tell: shared decision making, CAM use and disclosure among underserved patients with rheumatic diseases. *Integr Med Insights* 2012;7:15-22.
60. Wilson SR, Strub P, Buist AS, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;181:566-77.