



Atelier 4

Prise de décision partagée : une co-construction des parcours de soins

François Blot (*réanimateur – Mission Ethique et expérience patient – IGR*)

Julien Mancini (*médecin de santé publique – Aix-Marseille Université, Inserm*)

Mme Yannick Piau (*Association Patients en Réseau*)

Thibaut Reverdy (*oncologue médical – HCL*)

1. Évolution des modèles décisionnels

La prise de décision médicale (PDP) a historiquement reposé sur un modèle paternaliste, dans lequel le médecin décidait pour le patient. À l'opposé, le modèle du patient décideur transfère la responsabilité décisionnelle au malade.

La prise de décision partagée constitue un modèle intermédiaire, fondé sur un processus structuré en trois étapes :

- échanger les informations,
- délibérer sur les options
- décider conjointement.

Ce modèle vise à concilier expertise médicale et valeurs du patient.

2. Bénéfices de la prise de décision partagée

Les données de la littérature montrent que la PDP améliore la qualité et la sécurité des soins, renforce la concordance entre professionnels et patients, améliore la communication, augmente les connaissances du patient et son confort décisionnel, et favorise l'acceptation des traitements.

Elle participe également au respect des droits et de l'autonomie du patient, en tenant compte de son niveau souhaité d'implication.

3. Freins et points de vigilance

Les obstacles identifiés sont principalement organisationnels : contraintes temporelles, difficulté d'impliquer les proches, articulation avec le dispositif d'annonce, et caractère itératif du processus décisionnel.

La décision en cancérologie n'est pas un acte ponctuel mais un processus évolutif. Le souhait d'implication du patient peut varier au cours du parcours.

Des interrogations subsistent concernant les situations cliniques concernées (présence de plusieurs options thérapeutiques, possibilité d'abstention thérapeutique) et la formation des professionnels à ce mode d'interaction.

4. Leviers organisationnels et pédagogiques

Plusieurs pistes ont été discutées :

- adaptation de la temporalité du dispositif d'annonce,
- distinction entre temps médical et temps paramédical,
- reformulation par un tiers,
- intégration d'outils d'aide à la décision.

La formation des professionnels constitue un levier majeur, la pratique de la PDP s'inscrivant dans une courbe d'apprentissage. Les outils d'aide à la décision facilitent l'information et structurent la délibération.

L'implication de patients partenaires, tant dans le soin que dans la recherche, représente également un levier structurant pour diffuser cette culture collaborative.

Conclusion

La prise de décision partagée en cancérologie constitue un changement de paradigme qui dépasse la seule relation médecin-patient. Elle suppose une transformation organisationnelle, une formation adaptée des professionnels et la mise à disposition d'outils structurants.

Son intégration dans les pratiques quotidiennes représente un enjeu majeur d'amélioration de la qualité des soins et de respect de l'autonomie.