

Décision partagée dans une campagne de santé publique: quels outils de communication choisir?^a

MICHAEL BALAVOINE, ALAIN BIRCHMEIER, STÉPHANE DAVID, SÉBASTIEN JOTTERAND et BAPTISTE PEDRAZZINI

Rev Med Suisse 2018; 14: 854-7

INTRODUCTION

Parmi les nombreux rôles que le médecin de premier recours joue en santé publique, Jean-Frédéric Levesque a identifié celui de dépister des pathologies bien identifiées de façon précoce.¹ De bons résultats ne peuvent être obtenus qu'en ayant recours à la décision partagée (DP) et informée du patient, notamment lorsque plus d'une méthode de dépistage existent.² Pour faciliter une discussion qui prenne en compte les valeurs et les connaissances du patient, comme le préconise la démarche de DP, des outils de communication – appelés aide à la décision (AD) – ont été développés selon des critères scientifiques.² De manière toujours plus claire, la littérature indique que ces outils sont utiles pour améliorer les connaissances du patient, diminuer les conflits décisionnels et promouvoir son implication dans la décision choisie. Malgré cela, ces outils didactiques restent sous-utilisés dans les cabinets médicaux.³ Lors d'un séminaire du groupe META^{a,b} de l'Institut universitaire de médecine de famille (IUMF), cinq médecins de famille se sont penchés sur l'outil d'AD produit par la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne dans le cadre du projet pilote vaudois de dépistage du cancer colorectal (CCR). Ils ont en particulier discuté de la perception que les MF ont eue de l'outil proposé par la PMU.⁴ Cet article revient sur la construction des outils d'AD dans le cadre de

cette campagne de dépistage et résume les principaux enseignements de cette rencontre.

LA BROCHURE VAUDOISE POUR LE DÉPISTAGE DU CCR: UN MODÈLE D'AIDE À LA DÉCISION EBM

Le projet pilote de campagne de dépistage du CCR de la PMU est exemplaire à bien des égards. Il est décrit en détail dans plusieurs articles parus dans la *Revue Médicale Suisse*.^{2,5} En 2012 déjà, l'utilité scientifique de la démarche de dépistage était établie, tout comme le besoin d'un projet pilote.⁵ Le but du programme cantonal est de permettre aux résidents vaudois âgés de 50 à 69 ans de décider s'ils souhaitent effectuer un dépistage et de choisir la modalité de celui-ci. La campagne se distinguait par deux points. D'abord, l'objectif n'était pas de dépister 100% de la population, mais que 100% des personnes dépistées le soient à la suite d'une décision informée.² Ensuite, pour la première fois en Suisse dans une campagne de santé publique, un rôle central a été donné au médecin de famille (MF). Il a notamment été chargé de déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des personnes dans le programme.²

Deux alternatives de dépistage sont présentées à chaque candidat: test FIT (recherche immunologique de sang dans les selles) et coloscopie. Pour aider le MF dans sa démarche de DP, la PMU a établi une AD qui comporte notamment les éléments suivants:

- Une présentation des avantages du dépistage (**figure 1**).⁶ Sans dépistage, 2 personnes sur 100 décéderont d'un CCR avant 80 ans en Suisse. Avec un dépistage, 1 personne sur 100 décèdera d'un CCR. La diminution du risque absolu est donc de 1% et celle du risque relatif de 50%.
- Un tableau présentant les avantages et inconvénients respectifs des deux méthodes de dépistage (**figure 2**).⁶

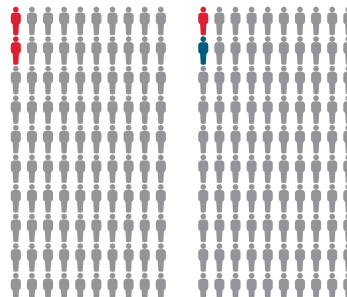
Le site internet de la PMU offre également une démonstration filmée d'un entretien modèle de DP avec l'utilisation des documents produits. Un colloque des «Jeudis de la Vaudoise» a aussi été dédié à l'explication du programme. A noter également que le programme prévoit le remboursement complet d'une consultation de DP pour chaque personne recrutée et que l'enregistrement par le MF peut se faire soit par voie électronique, soit par papier. Enfin, après consultation d'un échantillon de MF, une nouvelle version synthétique de l'AD a été réalisée.

FIG 1

Le choix de faire un dépistage: présentation sous forme de fréquences naturelles

Faire un dépistage ?

En absence de dépistage, **2 personnes sur 100** décéderont de cancer du côlon avant 80 ans en Suisse




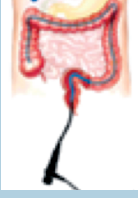
En présence d'un dépistage, environ **1 personne sur 100** décèdera de cancer du côlon avant 80 ans en Suisse

^a Cet article est le deuxième d'une série consacrée aux réflexions du groupe META intitulé «médecine de famille et santé publique: quelles perspectives?».

^b Le groupe META est un groupe de réflexion composé d'une vingtaine de médecins actifs en médecine de premier recours en Suisse Romande et rattachés à l'Institut universitaire de médecine de famille (IUMF) de Lausanne à la PMU. Ils se réunissent deux fois par année afin de débattre, de façon structurée en petits groupes, de thématiques d'intérêt particulier pour l'avenir de la médecine de famille. Les comptes rendus de ces discussions font l'objet de publications dans la *Revue médicale suisse*

(D'après réf.⁶).

FIG 2 Choix du type de dépistage

2 options offertes :	 Recherche de sang occulte dans les selles chaque 2 ans	 Coloscopie de dépistage chaque 10 ans
Comment réaliser le test ?	→ Prélèvement au domicile d'une très petite quantité de selles à l'aide d'un kit spécialement fourni → Envoi postal et analyse du prélèvement dans un laboratoire spécialisé	→ « Préparation au domicile » : régime alimentaire durant 48 heures et absorption d'une solution spéciale pour « nettoyer » son intestin la veille → Réalisation dans le cabinet d'un gastroentérologue ou en clinique / hôpital → Vous recevrez généralement un sédatif pour permettre un léger endormissement → L'examen dure habituellement 30-45 minutes, parfois davantage s'il faut enlever des polypes
Obtention des résultats	→ Retour des résultats par courrier à votre domicile et vers votre médecin	→ Résultat oral de votre examen le jour même, compte-rendu définitif par courrier à votre domicile et vers votre médecin
Remboursement du test	→ Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise Participation de 10% (quote-part, 4,60 CHF) à votre charge	→ Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise Participation de 10% (quote-part, entre 80 et 160 CHF) à votre charge
Rythme de réalisation	→ Tous les deux ans	→ Tous les dix ans
Quels sont les avantages ?	→ Pas de préparation nécessaire → Facile à réaliser	→ Meilleur test pour détecter les polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer → Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen
Fiabilité pour détecter le cancer du côlon	→ Bonne si réalisation régulière, tous les 2 ans	→ Excellente, si la « préparation au domicile » est correctement réalisée
Quels sont les inconvénients ?	→ Risque de résultat « faux négatif » : polypes et cancers ne saignent pas toujours. Il faut donc répéter le test tous les deux ans au minimum → Risque de résultat « faux positif » : un saignement digestif peut s'observer sans présence de polype ou cancer → En cas de test positif, il faudra réaliser systématiquement une coloscopie	→ Risque très faible de complication sévère (perforation de l'intestin ou saignement important) : environ 2 cas sur 1 000 coloscopies → En cas d'administration d'un sédatif, vous ne pourrez pas conduire de véhicule durant 12 à 24 heures (effets des sédatifs)

(D'après réf.⁸).

BARRIÈRES À L'UTILISATION D'UNE AD

Malgré l'exemplarité de la démarche entreprise par la PMU, plusieurs problèmes pratiques ont souvent empêché l'utilisation optimale de l'outil AD. Ils sont brièvement décrits ci-dessous.

La gestion du temps et des priorités

Avant même de parler de l'outil d'AD lui-même, l'inclusion d'un candidat dans une réelle démarche de DP se heurte au facteur temps. Les agendas de consultation étant très chargés, il s'avère compliqué de dédier à un patient une consultation spécifique pour discuter des options thérapeutiques concernant une pathologie. Plusieurs préoccupations et interrogations sont en compétition dans la gestion du temps de consultation et la priorisation des thématiques est un défi redoutable. Même si le fait d'être inclus dans un pro-

gramme organisé de dépistage rend le sujet plus visible, c'est souvent par opportunité que la problématique est abordée. Même en cas d'inclusion d'un candidat, la plupart des praticiens du groupe n'ont pas eu le temps de recourir à la documentation et se sont limités à une discussion sans support d'AD.

Manque de formation?

Selon le panel interrogé, la démarche complète de DP s'avère très exigeante et demande une formation poussée. Il n'est ainsi pas évident de transmettre une information neutre, même si de la documentation a préparé les questions, les réponses et les attitudes à adopter. Par ailleurs, une grande diversité de choix a été observée. Ainsi, chez l'un des médecins participants neuf patients recrutés sur dix ont choisi le FIT alors qu'un autre a obtenu la situation inverse, avec neuf patients sur dix ayant choisi la coloscopie. La documentation

d'AD à disposition et les informations spécifiques transmises au corps médical ne semblent pas en cause. Les praticiens pointent plutôt le manque de formation à ce type de démarche d'une partie d'entre eux. Un autre facteur influence aussi les prises de décision avec un patient recruté: le «bruit» du terrain, autrement dit ce que les autres médecins racontent à propos de la démarche. Pendant la durée du programme de dépistage, il est ainsi apparu que la prise de rendez-vous chez les gastroentérologues s'allongeait considérablement atteignant jusqu'à six mois chez certains spécialistes de ville. Ces délais ont provoqué une réaction des responsables du programme (COFIL interprofessionnel) qui ont décidé de communiquer sur le besoin d'encourager plutôt le FIT, dont il est apparu qu'il était souvent mal connu, les MF étant restés sur la mauvaise impression du test Gaiac, moins performant et qui devait être répété trois fois pour un examen de dépistage. Même si la

documentation à destination de la population et des médecins se montre bien balancée, il apparaît donc que plusieurs facteurs externes à l'AD elle-même influencent le comportement du médecin et le poussent à orienter plutôt qu'à partager la décision.

Valeurs du patient et complexité de la documentation

Au-delà des barrières à l'utilisation d'une AD évoquées ci-dessus, qui rappellent dans les grandes lignes des expériences internationales,³ il semble aussi que l'AD elle-même ne soit pas en adéquation avec les valeurs et les capacités de compréhension de la population générale qui visite les cabinets médicaux. Selon les participants, l'information elle-même est de très bonne qualité, mais elle est trop complexe et trop longue pour être lue et comprise par le public cible qu'elle vise.

RÔLE DU MF ET AD ADAPTÉE: QUELQUES PROPOSITIONS

Salué par les participants, le fait de renforcer le rôle du MF en santé publique s'avère compliqué lorsqu'il s'agit de se confronter à l'épreuve du terrain. Quelques pistes ont toutefois émergé de la discussion:

1. Un programme de dépistage massif devrait être accompagné d'une campagne de communication visant le grand public, cohérente et en adéquation avec les messages envoyés aux médecins. Cela permettrait de faciliter le rôle de recruteur prévu pour le MF. La discussion pourrait dans de nombreux cas être initiée directement par le patient.
2. Pour répondre de façon adéquate au patient, la production d'une AD qui soit facilement disponible, digne de confiance et utilisable de façon digitale ou papier semble souhaitable. Le fait que le site de la PMU permette déjà cela n'était pas connu de la majorité des participants. Cela indique un manque de communication de l'existence de cette ressource sur internet.
3. Le document d'AD devrait être essentiellement visuel et tenir sur une page imprimable pour que le médecin puisse la placer dans la salle d'attente afin d'attirer l'attention des patients concernés et les encourager à la discussion. Un document court et visuel devrait aussi permettre de mener une discussion à la fois différenciée et compatible

avec le temps à disposition du MF. L'infographie produite dans le cadre du magazine grand public des HUG sur le cancer colorectal pourrait être une piste intéressante à suivre et à améliorer (figure 3).⁷

CONCLUSION

Indéniablement, le MF a un rôle central à jouer dans un programme de santé

publique, notamment lorsqu'il existe une décision thérapeutique qui implique plusieurs choix possibles. Pour ce faire, une DP, idéalement soutenue par une AD, est la démarche recommandée. Mais réussir une DP en cabinet médical s'avère difficile. Le manque de temps et de formation, les influences externes mais aussi la diversité des patients dans la compréhension des enjeux liés à leur état de santé sont autant de défis à relever pour le MF. Pour réussir cette mission, la démarche devrait



(D'après réf.⁷).

être accompagnée d'une campagne de sensibilisation grand public menée par les autorités sanitaires pour que les demandes de discussions émanent directement de la population. Une AD courte et visuelle, en adéquation avec les messages délivrés à la population, pourrait se révéler très utile pour amener les patients à prendre une décision informée. L'AD est un objectif ambitieux qui aura encore besoin de temps pour s'imposer dans le quotidien du MF avec le patient citoyen actif. Il s'agit de poursuivre ces efforts stratégiques et cliniques pour aider l'AD à s'imposer toujours plus dans le quotidien des consultations.

1 Levesque J, Breton M, Senn N, et al. The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Rev* 2013;35:epub ahead of print.

2 Auer R, Selby K, Bulliard JL, Nichita C, Dorta G, Ducros C, Cornuz J. Programme cantonal vaudois de dépistage

du cancer colorectal: information et décision partagée. *Rev Med Suisse* 2015;11:2209-15.

3 Shultz CG, PhD, MSW; Jimbo M. Decision Aid Use in Primary Care: An Overview and Theory-Based Framework. *Fam Med* 2015;47:679-92.

4 L'aide à la décision se trouve ici: www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmuproessionnels-sante/pmu-program-medepistage-cancer-colon.htm

5 Bulliard JL, Ducros C, Levi F. Dépistage organisé du cancer colorectal: défis et enjeux d'un projet pilote en suisse. *Rev Med Suisse* 2012;8:1464-7.

6 Auer R, Selby K, Bulliard JL et al. Programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal: information et décision partagée. *Rev Med Suisse* 2015;11:2209-15.

7 Balavoine M. Pulsations: Avril-Juin 2017, Illustration O. Davey.

MICHAEL BALAVOINE, DRS ALAIN BIRCHMEIER, STÉPHANE DAVID, SÉBASTIEN JOTTERAND ET BAPTISTE PEDRAZZINI

Institut universitaire de médecine de famille, PMU, 1011 Lausanne

michael.balavoine@medhyg.ch

alain.birchmeier@svmed.ch | s.david@bluewin.ch

sjot@bluewin.ch | baptiste.pedrazzini@svmed.ch

Cet article est le deuxième d'une série consacrée aux réflexions du groupe META intitulé «médecine de famille et santé publique: quelles perspectives?»

Le groupe META est un groupe de réflexion composé d'une vingtaine de médecins actifs en médecine de premier recours en Suisse romande et rattachés à l'Institut universitaire de médecine de famille (IUMF) de Lausanne à la PMU. Ils se réunissent deux fois par année afin de débattre, de façon structurée en petits groupes, de thématiques d'intérêt particulier pour l'avenir de la médecine de famille. Les comptes rendus de ces discussions font l'objet de publications dans la *Revue médicale suisse*.