

Session d'automne 2015

Appel à projet thématisé

" processus partagé de décision patient-soignant "

Chaque année la Fondation MACSF enrichit et diversifie le soutien qu'elle apporte à l'amélioration de la " relation de communication patient-soignant ".

Son **appel à projet** pour cette session porte sur la thématique :

" processus partagé de décision patient-soignant "

souvent énoncée " décision médicale partagée " ou encore " prise de décision partagée " tel que présenté dans le guide méthodologique " état des lieux " de la HAS *

Les équipes **médicales** et **paramédicales** des **établissements de santé** ainsi que les **organisations professionnelles de libéraux médecins** ou **paramédicaux** ayant réalisé des **process, démarches, actions**, et/ou des **supports** de mise en place de ce processus* **sont appelées à candidater**.

Début décembre 2015, la Fondation sélectionnera au maximum **5 de ces initiatives** et valorisera chacune, aux fins de pérennisation ou d'amplification locale, à hauteur de **5.000 €**.

Elle souhaite dans un deuxième temps promouvoir ces initiatives dans les médias, dupliquer et diffuser le process, la démarche, les outils et bonnes pratiques de ces réalisations. Elle consacrera à cet effet 5.000 € supplémentaires par réalisation pour sa diffusion.

Les porteurs de projet (professionnels de santé médecins ou paramédicaux, hospitaliers et libéraux), intéressés peuvent **via le site internet macsf.fr / rubrique nous connaître / Fondation**

- retirer le dossier à compter du **1^{er} septembre 2015**
- déposer leur dossier **jusqu'au 30 octobre 2015** minuit

* Extraits des recommandations HAS en annexe de la présente notice

Informations et dossier de candidature : [Fondation MACSF - projets thématiques](#)

Renseignements complémentaires :

Solange Nougué-Débat, Assistante de direction : 01 71 23 89 16

Yves Cottret, Délégué Général : 01 71 23 86 68

Session d'automne 2015 / appel à projet thématisé :
" processus partagé de décision patient-soignant "

NOTICE DE CANDIDATURE

En adressant son dossier de candidature le porteur de projet reconnaît de fait avoir pris connaissance des procédures, des recommandations et des engagements stipulés dans la présente notice.

IMPERATIFS DE CONFORMITE ET DE RECEVABILITE

Les process, démarches, actions ou supports rapportés dans le dossier doivent se rapporter ou avoir pour thème central le " **processus partagé de décision patient-soignant** ".
Ils doivent avoir été mis en œuvre depuis moins de **5 ans** (à la date du dépôt).

Le dossier doit être dûment rempli dans le respect

- de la police de caractère automatique (arial),
- du nombre de signes et de lignes automatiques des champs, sans déstructuration de la forme du dossier qui ne peut comporter plus de 6 pages.

(NB : ne pas utiliser la touche " ENTER " pour passer d'un champ à l'autre mais progresser par la touche " TAB "),

Le respect de conformité administrative (identification et forme, remplissage de tous les champs, fourniture initiale de toutes pièces annexes indiquées) permet son examen ; à défaut le dossier fera l'objet d'un rejet de candidature.

NB : Les équipes hospitalières (EPS ou ESPIC ou cliniques) doivent impérativement fournir un courrier de leur **directeur** / **trice général(e)** qui, en cas de soutien de la Fondation MACSF, sera seul habilité(e) à signer la convention avec cette dernière.

DEPOT

- exclusivement par mail via le site macsf :
<http://www.macsf.fr/nous-connaître/formulaire-fondation.html>
- entre le 1^{er} septembre 2015 et le **30 octobre** minuit dernier délai

ENGAGEMENTS

- La Fondation MACSF
 - **informera** tous les candidats des résultats de leur candidature à compter du 14 décembre 2015 sur son site et par courrier,
 - **proposera** une convention de mécénat, entre le porteur de projet et la Fondation à signer au plus tard au 30 mai 2016.
- Chaque porteur de projet / réalisation (équipe professionnelle, établissement, organisation professionnelle) bénéficiant du soutien - notifié au plus tard le 14 décembre 2015 - s'engage :
 - **à organiser** en ses locaux, avant le 30 mai 2016, la signature de cette convention qui pourra faire l'objet de reportage presse dans tout média,
 - **à accepter** par le biais de cette convention, qui garantira par mention leur droit d'auteur, la reproductibilité / diffusion / mise à disposition d'autres équipes, établissements, organisations professionnelles de tout ou partie des process, démarche, actions et outils.

(*) ANNEXE Recommandations HAS – extraits -

La « décision médicale partagée » correspond à l'un des modèles de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont 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.

Lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, les expressions « **décision médicale partagée** », « **prise de décision partagée** » ou « **processus partagé de décision** », traduites de l'anglais « shared decision making », décrivent un processus au cours duquel :

- le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique ;
- le patient reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences. Ces options peuvent être du domaine de la prévention, du diagnostic ou du traitement, et comprennent l'option de ne pas agir ;
- un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé.

Les aides à la décision destinées aux patients sont **des outils** qui aident les **patients et les professionnels** de santé dans leur prise de décision partagée concernant une question de santé individuelle. Elles ne conseillent pas une option plutôt qu'une autre, ni ne remplacent la consultation d'un praticien. Elles sont conçues comme un complément afin d'accompagner, et non de remplacer, les conseils d'un professionnel de santé. Elles préparent le patient à prendre, avec le professionnel de santé, des décisions éclairées et fondées sur ses valeurs.

Leurs formes actuelles sont hétérogènes (**document papier, vidéo, outil multimédia interactif**) et peuvent être utilisées avant ou pendant une consultation médicale. Leur contenu vise à :

- **rendre explicite** la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise ;
- **guider le patient** afin qu'il hiérarchise les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ;
- **expliquer les étapes** du processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, famille, proches).

Les aides peuvent être déclinées de manière générique ou de manière spécifique pour une situation clinique donnée. Dans ce dernier cas, elles apportent également une information fondée sur les preuves scientifiques concernant la maladie, les options disponibles, dont celle de ne pas traiter, ainsi que les bénéfices et effets indésirables associés, leurs probabilités de survenue et les incertitudes scientifiques. Ces aides constituent un des moyens de développer les démarches centrées autour du patient. En effet, elles ont fait preuve de leur efficacité pour augmenter la participation du patient qui le souhaite aux décisions qui concernent sa santé individuelle. Elles répondent ainsi à l'enjeu principal de la décision médicale partagée, fondée sur le principe du respect de la personne.

Ces aides constituent également, au côté des recommandations destinées aux professionnels, un des moyens de mettre en pratique les principes de la médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine), puisqu'elles facilitent un temps d'échange et de délibération entre patient et professionnels de santé où sont prises en compte les données de la science concernant les différentes options disponibles, l'expérience du professionnel et les attentes et préférences du patient. Les aides à la décision destinées aux patients ont fait preuve de leur efficacité pour proposer aux patients des soins correspondant mieux à leurs valeurs et leur permettre d'acquiescer une plus juste perception du risque qu'ils encourent. Ceci sera facilité si les recommandations de bonne pratique mettent explicitement en évidence les différentes options disponibles avec leurs résultats respectifs sur les critères de jugement utiles au patient et sont formulées de manière à inciter le professionnel à partager l'information avec le patient.

Concernant la sécurité du patient, les aides à la décision comprenant des données relatives au risque ont fait preuve de leur efficacité pour améliorer la perception exacte du risque par le patient. Par ailleurs, une unique étude, rétrospective, montre qu'une plus grande implication des patients aux décisions qui les concernent est associée à une réduction des événements indésirables évitables déclarés. Obtenir une plus grande implication des patients nécessite également de développer une culture professionnelle qui valorise le rôle actif des patients tant au niveau des décisions à prendre qu'au niveau de leurs soins. Les actions ayant combiné mise à disposition d'aides à la décision destinées aux patients et formation des professionnels ont fait preuve de leur efficacité pour améliorer l'engagement des professionnels dans un processus décisionnel partagé avec le patient.

Ainsi, les aides à la décision destinées aux patients, notamment développées parallèlement aux recommandations de bonne pratique ou associées à la formation des professionnels de santé, permettent de répondre au deuxième enjeu de la décision médicale partagée, qui est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, l'introduction d'aides à la décision associées à d'autres mesures organisationnelles est associée à une réduction du recours à certains actes de soins qui, bien qu'appropriés à la situation clinique du patient, peuvent ne pas correspondre à ce que le patient valorise en termes de qualité de vie. Ainsi, des programmes d'amélioration des pratiques professionnelles comprenant la mise à disposition d'aides à la décision destinées aux patients pourraient permettre de répondre au troisième enjeu de la décision médicale partagée qui est la réduction des situations de non-qualité. Au regard des connaissances actuelles, les aides à la décision destinées aux patients n'ont pas fait preuve d'un effet sur l'état de santé du patient. Par ailleurs, il ne semble pas possible de considérer que la décision médicale partagée pourrait répondre à un enjeu financier : lorsqu'une réduction des dépenses de santé a été observée, les aides à la décision ont été associées à d'autres mesures organisationnelles.

En 2013, les aides à la décision destinées aux patients et rédigées en français sont rares. Leur développement et leur mise à disposition du public et des professionnels paraissent utiles au regard de leurs effets démontrés. Des méthodes d'élaboration de ces outils sont proposées sur la base d'une collaboration internationale susceptible d'évoluer ; elles requièrent la participation de patients et de professionnels de santé.