

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 01 juin 2026  
Par M. LEFEBVRE Hugo**

---

**Prise de décision partagée et observance thérapeutique  
dans les maladies chroniques en soins primaires :  
Étude des perceptions et des pratiques des professionnels de santé  
dans la région des Hauts-de-France**

---

**Membres du jury :**

**Présidente : Madame le docteur Julie DUMONT**, Pharmacien, Professeur des Universités – Département de Biologie cellulaire – Université de Lille

**Directrice de thèse : Madame le docteur Annie STANDAERT**, Pharmacien, Maitre de Conférences des Universités - Département de Biologie animale et Parasitologie – Université de Lille

**Membre extérieure : Madame le docteur Carole BOYER**, Pharmacien d'officine, Pharmacie Barbry – Lille







## ***UFR3S-Pharmacie***

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**





## Université de Lille

Président  
Premier Vice-président  
Vice-présidente Formation  
Vice-président Recherche  
Vice-président Ressources Humaine  
Directrice Générale des Services

Régis BORDET  
Bertrand DÉCAUDIN  
Corinne ROBACZEWSKI  
Olivier COLOT  
Jean-Philippe TRICOIT  
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

## UFR3S

Doyen  
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
Vice-Doyenne Recherche  
Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
Vice-Doyen International  
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires  
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
Vice-Doyen Territoire-Partenariats  
Vice-Doyen Santé numérique et Communication  
Vice-Doyenne Vie de Campus  
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
Hervé HUBERT  
Karine FAURE  
Emmanuelle LIPKA  
Vincent DERAMECOURT  
Sébastien D'HARANCY  
Caroline LANIER  
Thomas MORGENROTH  
Vincent SOBANSKI  
Anne-Laure BARBOTIN  
Victor HELENA

## Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen  
Premier Assesseur et  
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
Assesseur à la Vie de la Faculté et  
Assesseur aux Ressources et Personnels  
Responsable de l'Administration et du Pilotage  
Représentant étudiant  
Chargé de mission 1er cycle  
Chargée de mission 2eme cycle  
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche  
Chargé de mission Relations Internationales  
Chargée de Mission Qualité  
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU  
  
Anne GARAT  
  
Emmanuelle LIPKA  
Cyrille PORTA  
Honoré GUISE  
Philippe GERVOIS  
Héloïse HENRY  
Nicolas WILLAND  
Christophe FURMAN  
Marie-Françoise ODOU  
Réjane LESTRELIN

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

### Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85

Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Économie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Économie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86

M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86

Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

#### Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Économie pharmaceutique	86

### Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Économie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Économie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

### Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

### Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

### LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

## Remerciements

### **Au Docteur Julie Dumont,**

Je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et du temps que vous avez consacré à la lecture de ce travail. J'ai également le plaisir de vous connaître depuis plusieurs années. Des cafés commandés aux échanges autour de ce travail de thèse, j'ai toujours apprécié la simplicité et la bienveillance de nos discussions.

### **Au Docteur Annie Standaert,**

Je tiens premièrement à vous remercier de la confiance que vous m'avez accordé en acceptant de diriger ce travail de thèse et en me proposant de participer à ce projet de recherche que vous aviez initié. Je suis reconnaissant pour l'accompagnement sans faille que vous m'avez apporté, vos précieux conseils et corrections qui rendent ce travail meilleur. Merci pour la qualité de vos enseignements et votre dévouement pour les étudiants et leur réussite. J'aurai toujours plaisir à revenir à la faculté pour échanger avec vous sur les nouvelles pratiques de notre beau métier et à partager avec vous des séances d'enseignements dirigés.

### **À Carole,**

Merci d'avoir accepté, avec tant d'émotion, de faire partie de mon jury de thèse. Tu suis mon évolution au sein de la pharmacie depuis maintenant quelques années et je ne pouvais choisir une meilleure personne que toi pour représenter le membre extérieur de mon jury. Merci d'avoir toujours trouvé le temps d'écouter mes résumés sur les médicaments et les pathologies quand je révisais pendant le stage. Merci pour tous tes conseils avisés et l'intérêt que tu portais pour toutes les thématiques que j'évoquais. Merci d'avoir pris le temps de lire mon travail.

### **À toutes les personnes ayant participé à mon enquête,**

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail. Je remercie tout particulièrement Mélanie Noisette pour son accompagnement et ses conseils au début de ce projet. Mes remerciements s'adressent également à la FEMAS, et plus particulièrement à son président Guillaume Fongueuse ainsi qu'à son vice-président François Hazebrouck, pour leurs avis précieux lors de la conception de mon enquête, mais aussi pour l'invitation à participer à la Journée régionale de l'exercice coordonné et l'honneur qui m'a été fait de pouvoir y présenter ce projet en séance plénière. Enfin, je remercie chaleureusement toutes les personnes ayant pris le temps de répondre à cette étude, ainsi que celles qui ont contribué à la relayer et à la diffuser. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre participation.

### **À Mademoiselle Barbry et toute l'équipe de la pharmacie Barbry,**

Mademoiselle Barbry, je vous remercie sincèrement de m'avoir accordé votre confiance en septembre 2022, lorsque j'ai rejoint votre équipe. Je vous suis particulièrement reconnaissant pour votre accompagnement tout au long de mes études, ainsi que pour m'avoir transmis votre passion pour notre métier. Merci à tous mes collègues, actuels et passés - Manu, Catherine, Rayan, Claire, Mayssa, Anne, Laura, Julie, Delphine et Nicole - pour votre bonne humeur, votre esprit d'équipe et tous les moments partagés. Vous avez largement contribué à me faire apprécier chaque journée de travail. Merci également à tous les patients rencontrés au comptoir, qui m'ont donné, jour après jour, encore plus envie d'exercer ce beau métier.

**À Madame Herman et à Tiphaine, de la pharmacie Herman,**

Merci de m'avoir fait confiance lors de mon premier contrat étudiant en troisième année, alors que je n'avais encore aucune expérience. Merci d'avoir pris le temps de me former et de m'avoir donné l'envie de faire de l'officine ma filière de cœur, qui ne m'avait pas encore pleinement convaincu avant cette première expérience.

**À Monsieur Markiewicz et toute l'équipe de la pharmacie du Mont de Faches,**

Merci pour tous les moments partagés au fil des années avec les nombreuses personnes croisées au sein de l'équipe, que je ne peux malheureusement pas toutes citer. Merci à Patrice et Sophie pour leurs nombreux conseils, ainsi qu'à Fanny, Justine et Julie pour mes débuts. Une pensée particulière pour mon équipe du samedi, avec qui nous avons beaucoup ri tout en travaillant : Marc, Sylvie, Océane, Enzo, Clémentine, Elena et Éloïse.

**À tous les professeurs et enseignants de la faculté de pharmacie de Lille,**

Merci pour la qualité de votre enseignement, votre engagement et tout ce que vous m'avez transmis au cours de ces années. Merci plus particulièrement aux enseignants avec qui j'ai eu la chance de sympathiser à de nombreuses reprises au cours de mes études, et qui m'ont montré qu'au-delà de la relation professeur-étudiant, une relation de confrères pouvait se tisser : Christophe Carnoy, Christophe Furman, Emmanuelle Lipka, Anne Garat, Hélène Carrié, Thomas Morgenroth, Mme et M. Aliouat, et d'autres.

**À Nadia et à toute mon équipe de la K'fet,**

Merci pour ces belles années associatives passées à vos côtés, Claire, Alice et Kenza, et pour tous ces moments partagés autour d'une même envie : donner sans compter aux étudiants et au personnel de la faculté. La mission n'était pas toujours évidente, mais je suis fier du mandat que nous avons accompli ensemble. Merci Nadia pour tous les moments passés en ta compagnie, pour tes précieux conseils de maman et pour tous les bons repas offerts. J'ai sans doute passé plus de temps avec toi au comptoir de la K'fet qu'à réviser mes cours, mais ça en valait la peine. Merci enfin à toutes les personnes rencontrées dans ces lieux, qui ont contribué à égayer mon quotidien.

**À mes amis et copains de la fac,**

Je ne pourrai pas tous vous citer ici, mais chacun d'entre vous a contribué, à sa manière, à ces années. Je tiens à citer Pierre, Inès, Chloé, Constance, Amandine, Clothilde, Camille, Elena, Eloïse B, Saba et Charlotte, même si j'en oublie sûrement, pour tous les bons moments passés ensemble et tous les souvenirs partagés.

**À mes anciens colocs, Clémence, Thomas et Angèle,**

Merci pour tous ces moments passés ensemble sous le même toit. Une année pleine de fous rires, de moments conviviaux et de soirées réunissant nos nombreux amis. Une année que je n'oublierai pas.

**À mes copines de TP, Alexine, Céline, Pauline et Clotilde,**

Merci de m'avoir supporté pendant toutes ces années de cours, où je débordais d'énergie (et d'humour) pour animer nos TP. Je vous souhaite à toutes plein de belles choses pour la suite, autant dans votre vie de pharmacien que personnelle, et surtout encore beaucoup de moments ensemble en dehors des salles de cours à rigoler.

**À mes amis de lycée, Margaux, Juliette, Matéo et Tom,**

Merci de faire partie de ma vie depuis tant d'années maintenant. Je suis heureux de vous compter parmi mes amis, sans que nos chemins respectifs nous séparent, et je vous souhaite encore plein de bons moments passés ensemble.

### **À Claire,**

Ma marraine, celle qui m'a accueilli le premier à la faculté. Le fameux Biz de Claire. Merci pour tous les bons moments vécus pendant nos études, merci d'avoir toujours veillé sur moi et d'avoir été la meilleure marraine que je pouvais avoir. Je suis fier de ton parcours et je te souhaite le meilleur à venir dans cette vie à Amiens.

### **À Florine,**

Ma binôme de TP, on s'est connus au lycée et retrouvés en PACES, arrivés ensemble en pharmacie sans connaître personne. On s'est vite liés d'amitié avec les autres, sans jamais se perdre de vue. Que de belles années vécues avec toi, depuis nos premières soirées en deuxième année jusqu'à ta thèse récemment. Je suis fier de te compter parmi mes amis et j'ai hâte de passer encore de superbes moments avec Axel et toi !

### **À Marie,**

Ma sœur de cœur. Déjà six années passées à tes côtés. Je ne pourrai pas faire tenir en quelques lignes tous les souvenirs accumulés en ta compagnie, mais ils restent tous gravés dans ma mémoire et dans mes photos. Reste la personne que tu es. Je te souhaite d'être heureuse, épanouie et bien entourée toute ta vie, et j'ai hâte du jour où je serai le super tonton qui offre des cadeaux qui font du bruit à tes enfants. À tous les moments passés en ta compagnie, et à tous ceux qui restent à écrire. Sans oublier Lolo et toute ta famille qui m'ont toujours accueilli chaleureusement comme un fils.

### **À Éloïse,**

Ma Biz d'amour ! Depuis cette première soirée d'été, j'ai tout de suite su que nous allions devenir amis. J'espère avoir été un parrain à la hauteur pour t'accompagner pendant tes années en pharmacie, que je sais que tu ne voulais pas au départ. On a réussi à te les faire apprécier grâce à tous nos moments conviviaux ensemble et à nos apéros de lignée, tous plus incroyables les uns que les autres. Je suis fier que tu te sois accrochée à ton rêve de devenir dentiste et je te souhaite tout le meilleur dans cette nouvelle vie à Reims, à la faculté dentaire.

### **À Emma,**

Ma binôme d'officine, celle qui a dû supporter mon énergie débordante et mon flux de parole quand on était en cours. Ma partenaire de voyage, Écosse, Rome, Normandie, on en a fait des voyages et des découvertes ensemble. Je te souhaite le meilleur, bien entourée dans ta nouvelle vie sur la côte boulonnaise, et j'ai hâte de retourner avec toi me balader ou lire sur les plages normandes, toujours bien accueilli par ta famille.

### **À Clément,**

Mon meilleur ami depuis la deuxième année. Mon autre partenaire de voyages aux destinations extraordinaires : Croatie, Norvège, Puy du Fou, et d'autres à venir. Merci pour tous les bons moments passés avec toi, sans prise de tête. Je suis fier de ce que tu as accompli en repartant en médecine, et j'ai hâte de collaborer avec toi dans le futur. Hâte de pouvoir repasser du temps tous ensemble dans un beau chalet à la montagne. À tous nos futurs apéros jeux et à nos parties de badminton à Saint-Seine.

### **À Pauline,**

« Tu es la pote de Clément, viens, on lui fait une photo ? »

Tout a commencé au PharmaSki, quelle belle rencontre ! Entre les concerts de nos artistes préférés, notre passion commune pour les jeux de société et la lecture, que de beaux moments passés avec toi. Je te souhaite plein de courage pour la fin de ton internat, et plein de belles choses à venir, toujours heureux d'en partager avec toi.

### **À Mathieu,**

Que d'années parcourues depuis notre arrivée à la fac. De nos escapades nocturnes au casino pour tenter de récupérer l'apport pour notre future officine, à nos soirées autour de l'installation avec un vrai projet construit, le temps est passé si vite. C'est toujours un plaisir d'échanger avec toi sur tous les sujets, sans jamais se prendre la tête. Je sais que tu iras loin et j'ai hâte, peut-être, de pouvoir échanger un jour sur nos expériences futures de titulaires. Merci d'avoir partagé avec moi toutes ces messes à la bougie cette année, toujours accompagnés d'Elsa, avec qui on a tellement rigolé.

### **À Elsa,**

Depuis ce congrès des Alpes en 2021, notre amitié n'a fait que grandir. Que ce soit à la fac, en K'fet, à la messe, en Visio ou en voiture, tu as toujours su être là, avec une pensée positive ou pour profiter de l'instant. Merci d'avoir été présente et de m'avoir ramené vers la foi, lorsque j'en avais le plus besoin ces dernières années. Merci d'être cette amie extraordinaire qui sème du bonheur et transmet des sourires partout où elle passe. Je te souhaite le meilleur pour la fin de ton année, même si je n'ai aucun doute sur ta réussite. J'espère que cette amitié perdurera bien au-delà de nos études.

### **À toute ma famille,**

À ma sœur, mon frère, mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins et tous les amis de la famille qui me connaissent depuis toujours, un grand merci. Merci pour tous les bons moments passés en votre compagnie, merci d'avoir toujours été présents pour moi et de m'avoir soutenu dans toutes les grandes étapes de ma scolarité. Je suis sûr que nous continuerons à partager encore de nombreux moments de joie et d'amour au sein de cette famille soudée qui est la nôtre. Je sais que je pourrai toujours compter sur chacun d'entre vous, et réciproquement. Merci pour tout.

### **À mes parents,**

Ceux à qui je dois tout cela. Merci d'avoir toujours été là pour nous, merci d'avoir fait en sorte que nous ne manquions jamais de rien avec Lisa et Noah. Merci de nous avoir toujours fait passer avant vous. Merci d'avoir toujours cru en moi, même lorsque j'ai décidé de passer de l'IESEG à la PACES le jour de la rentrée. Je ne vous remercierai jamais assez de nous avoir donné la possibilité d'accomplir tout cela et d'être là où je suis aujourd'hui. J'espère que vous êtes fiers de notre parcours, car c'est aussi le vôtre. Je vous ai promis le chalet à la montagne si je réussissais ma vie, et j'espère pouvoir tenir cette promesse. Je ne vous le dis pas souvent, mais je vous aime très fort et je suis fier d'être votre fils. Maman, Papa, merci pour tout.

### **À mamie Hiette et mamie Brigitte,**

Vous n'êtes plus là aujourd'hui pour assister à cette thèse, mais partout où je vais, vous êtes avec moi et je pense à vous. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour m'avoir aidé à devenir celui que je suis aujourd'hui.

*« Le souvenir, c'est la présence invisible. »  
Victor Hugo*

# Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>12</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>16</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>18</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>19</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>19</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>20</b>
<b>Partie 1 : Soins chroniques, observance et prise de décision partagée (PDP) : éclairages théoriques.....</b>	<b>22</b>
<b>1. Les maladies chroniques : cadre conceptuel et enjeux.....</b>	<b>22</b>
1.1. Définitions et contexte .....	22
1.2. Exemples et prévalences .....	25
1.3. Enjeux des maladies chroniques pour le système de santé .....	26
<b>2. L'observance thérapeutique : concepts, déterminants et leviers d'amélioration .....</b>	<b>29</b>
2.1. Définitions et concepts associés à l'observance.....	29
2.2. Observance dans six pathologies chroniques en chiffres.....	33
2.3. Facteurs influençant l'observance.....	33
2.4. Conséquences de la mauvaise observance .....	39
2.5. Moyens d'évaluation de l'observance.....	42
2.6. Stratégies d'amélioration de l'observance en soins primaires.....	47
<b>3. La prise de décision partagée (PDP).....</b>	<b>54</b>
3.1. Fondements et cadre conceptuel de la prise de décision partagée.....	54
3.2. Institutionnalisation de la PDP : apports internationaux et évolution en France .....	57
3.3. Processus et modalités pratiques de la décision partagée.....	60
3.4. Leviers et freins à la mise en œuvre de la décision partagée.....	64
3.5. Place de la décision partagée dans l'amélioration de l'observance thérapeutique : enjeux, limites et perspectives .....	67
<b>Partie 2 : Matériel et méthodes .....</b>	<b>71</b>
<b>1. Contexte de l'étude.....</b>	<b>71</b>
<b>2. Objectifs de l'étude.....</b>	<b>71</b>
2.1. Objectif principal .....	71
2.2. Objectifs secondaires .....	72
<b>3. Type et cadre de l'étude.....</b>	<b>72</b>
3.1. Type d'étude.....	72
3.2. Lieu et période de réalisation de l'étude.....	73
<b>4. Population étudiée .....</b>	<b>73</b>
4.1. Population cible.....	73
4.2. Mode de recrutement .....	74
<b>5. Description du questionnaire .....</b>	<b>75</b>
<b>6. Analyse statistique.....</b>	<b>77</b>
<b>7. Aspects éthiques.....</b>	<b>78</b>

<b>Partie 3 : Résultats du questionnaire .....</b>	<b>79</b>
<b>1. Description de l'échantillon .....</b>	<b>79</b>
1.1. Questionnaires recueillis et retenus.....	79
1.2. Caractéristiques professionnelles des répondants.....	79
1.3. Répartition géographique des répondants .....	79
1.4. Modalités d'exercice .....	80
<b>2. Pratiques et représentations de la PDP .....</b>	<b>80</b>
2.1. Analyse de la prise en charge récente.....	80
2.2. Implication et place des patients dans les décisions .....	82
2.3. Connaissance et compréhension du concept de PDP .....	83
<b>3. Formation à la PDP et besoins identifiés .....</b>	<b>84</b>
3.1. Formation antérieure à la PDP .....	84
3.2. Besoin perçu d'une formation complémentaire .....	84
3.3. Modalités privilégiées pour une formation à la PDP .....	86
<b>4. Perception du lien entre PDP et observance thérapeutique .....</b>	<b>87</b>
<b>5. Intérêt pour le projet de recherche DÉMÉPOT.....</b>	<b>88</b>
<b>6. Organisation de l'exercice et coopération interprofessionnelle .....</b>	<b>90</b>
6.1. Organisation et fonctionnement des MSP .....	90
6.2. Exercice hors MSP et coopération interprofessionnelle .....	92
<b>Partie 4 : Discussion.....</b>	<b>95</b>
<b>1. Perception et intégration de la prise de décision partagée dans les pratiques de soins primaires.....</b>	<b>95</b>
<b>2. Connaissance de la PDP et besoins de formation.....</b>	<b>96</b>
<b>3. Perception du lien entre prise de décision partagée et observance thérapeutique .....</b>	<b>97</b>
<b>4. Organisation des soins primaires et coopération interprofessionnelle .....</b>	<b>98</b>
<b>5. Apports, limites et perspectives pour le projet DÉMÉPOT .....</b>	<b>100</b>
5.1. Apports de l'étude.....	100
5.2. Limites de l'étude .....	102
5.3. Perspectives .....	103
<b>Conclusion.....</b>	<b>105</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>106</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>112</b>

## Liste des abréviations

ALD : affection de longue durée  
ARS : Agence régionale de santé  
AVC : accident vasculaire cérébral  
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive  
BPM : bilan partagé de médication  
CNAM : Caisse nationale d'Assurance Maladie  
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé  
CSP : Code de la santé publique  
DéMÉPOT : décision médicale partagée et observance thérapeutique  
DMP : décision médicale partagée  
DMP : dossier médical partagé  
DOT : *Directly Observed Therapy*  
EBM : *Evidence Based Medicine*  
ETP : éducation thérapeutique du patient  
FEMAS : Fédération de l'exercice coordonné pluriprofessionnel  
HCSP : Haut Conseil de santé publique  
HTA : hypertension artérielle  
INR : *International Normalized Ratio*  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
IPDAS : *International Patient Decision Aid Standards*  
MCV : maladie cardiovasculaire  
MEMS : *Medication Event Monitoring System*  
MICI : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin  
MPR : *Medication Possession Ratio*  
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
PDA : préparation des doses à administrer  
PDC : *Proportion of Days Covered*  
PDP : prise de décision partagée  
RCP : réunion de concertation pluriprofessionnelle  
RGPD : règlement général sur la protection des données  
SIP : système d'information partagé  
SPIS : Service public d'information en santé  
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des répondants par profession .....	79
Tableau 2 : Modalités des échanges interprofessionnels rapportées par les répondants, selon la profession de santé avec laquelle les interactions sont déclarées .....	94

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements et épisodes de soins, en 2023 (Source : CNAM, juillet 2025).....	28
Figure 2 : Illustration des concepts d'observance et d'adhérence (34) .....	31
Figure 3 : Observance dans six pathologies chroniques. Données IMS base EPPM 2014 (39) .....	33
Figure 4 : les cinq dimensions de l'adhésion selon l'OMS (37) .....	34
Figure 5 : Évaluation de l'observance par l'échelle visuelle continue EvalObs (60) .....	43
Figure 6 : Pilulier électronique "MEMS Cap Smart Pill Bottle" de AARDEX Groupe (63).....	47
Figure 7 : Bracelet du laboratoire Biogaran pour le rappel de prise (Source : Biogaran.fr) ...	51
Figure 8 : La décision partagée et ses trois composantes (107) .....	55
Figure 9 : Processus de prise de décision partagée selon la HAS (93).....	56
Figure 10 : 13e conférence de l'ISDM en 2026 aux USA (114) .....	57
Figure 11 : Affiche promotionnelle de la PDP par France Assos Santé (2022) .....	60
Figure 12 : le modèle de décision partagée selon Elwyn G. (104).....	62
Figure 13 : Présentation du projet lors de la plénière d'ouverture de la FEMAS .....	74
Figure 14 : Présence sur le stand de l'UFR3S lors de la journée régionale de la FEMAS ...	74
Figure 15 : Publication du questionnaire sur LinkedIn .....	75
Figure 16 : Carte de la région Hauts-de-France avec la répartition des répondants .....	80
Figure 17 : Implication du patient lors de la dernière prise en charge (n=62) .....	81
Figure 18 : Implication du patient selon le mode d'exercice (n=62) .....	81
Figure 19 : Implication des patients dans les décisions de manière générale (n=62).....	82
Figure 20 : Implication des patients dans les décisions selon la profession (n=49).....	82
Figure 21 : Importance comparée du vécu du patient et de l'expertise professionnelle (n=62) .....	83
Figure 22 : Répartition des notes attribuées à la définition de la décision partagée et moyenne générale obtenue (n=62) .....	84
Figure 23 : Intérêt pour une formation à la PDP en fonction de l'appartenance à une MSP..	85
Figure 24 : Raisons exprimées d'un manque d'intérêt pour une formation à la PDP (n=17) .	85
Figure 25 : Format souhaité de formation à la PDP (n=43) .....	86
Figure 26 : Durée souhaitée de formation à la PDP (n=43) .....	86
Figure 27 : Pathologies d'intérêt pour le développement de la PDP (n=62) .....	87
Figure 28 : Participation au projet selon l'appartenance à une MSP (n=62).....	88
Figure 29 : Participation au projet selon la profession exercée (n=54) .....	88
Figure 30 : Raisons d'un non-intérêt pour le projet de recherche (n=39).....	89
Figure 31 : Utilisation d'un SIP dans le cadre de l'exercice en MSP (n=39) .....	90
Figure 32 : Raisons d'utilisation d'un SIP (n=37) .....	91
Figure 33 : Fréquence des RCP dans le cadre de l'exercice en MSP (n=38).....	91
Figure 34 : Thématiques évoquées en RCP (n=37).....	92
Figure 35 : Raisons d'un non-exercice en MSP (n=15).....	92

## Introduction

La prévalence des maladies chroniques connaît une augmentation constante et constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. En France, près de 25 millions de personnes sont atteintes d'au moins une pathologie chronique, soit plus de 37% de la population, et les projections estiment que cette proportion pourrait dépasser 43% à l'horizon 2030. Ces pathologies, par leur caractère durable et évolutif, entraînent un retentissement important sur la qualité de vie des patients et nécessitent une prise en charge prolongée, associant traitements médicamenteux, suivi régulier et adaptations thérapeutiques répétées au cours du temps.

Toutefois, la prise en charge de ces pathologies s'accompagne d'un défi majeur de santé publique : La non-observance thérapeutique. On estime qu'entre 30 et 50% des patients ne suivent pas correctement leur traitement pouvant entraîner une inefficacité thérapeutique, des risques de complications évitables et un coût économique supplémentaire pour le système de santé. Parmi les pathologies concernées par cette mauvaise observance, on retrouve principalement l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'asthme, la dépression et l'hypercholestérolémie, cette dernière étant marquée par un taux d'arrêt du traitement d'environ 40% dès la première année.

La non-observance thérapeutique résulte de mécanismes complexes et multifactoriels. Elle dépend de facteurs liés au patient, à la maladie, au traitement lui-même, mais également aux professionnels de santé et à l'organisation du système de soins. Les causes fréquemment identifiées incluent une compréhension insuffisante de la maladie ou des bénéfices attendus du traitement, la survenue d'effets indésirables réels ou perçus, la complexité des schémas thérapeutiques ainsi qu'une communication parfois insuffisante entre le patient et les soignants. Ces éléments soulignent les limites d'un modèle de soins centré uniquement sur la prescription, sans réelle implication du patient dans les décisions le concernant.

Dans ce contexte, plusieurs stratégies visant à améliorer l'observance thérapeutique ont été développées, parmi lesquelles la simplification des traitements, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le renforcement de l'accompagnement par les professionnels de santé. Ces approches mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge plus globale et coordonnée, particulièrement adaptée aux spécificités des maladies chroniques. C'est dans cette perspective que les soins primaires apparaissent comme un cadre privilégié pour répondre aux enjeux de l'observance, en favorisant la continuité du suivi, la coordination interprofessionnelle et une relation de soins inscrite dans la durée.

Au sein de ce cadre, la prise de décision partagée (PDP) s'impose comme un modèle de soin pertinent pour renforcer l'adhésion thérapeutique. Cette démarche repose sur une collaboration active entre le professionnel de santé et le patient, intégrant à la fois les données issues de la médecine fondée sur les preuves, l'expertise clinique du soignant et les préférences, valeurs et contraintes du patient. En permettant au patient de devenir acteur des décisions thérapeutiques qui le concernent, la PDP favorise l'appropriation du traitement et constitue un levier majeur d'amélioration de l'observance dans la prise en charge des maladies chroniques.

Partant de l'hypothèse selon laquelle la PDP pourrait améliorer l'observance thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques en soins primaires, le projet DéMÉPOT a été initialement conçu afin d'évaluer cet impact sur une période de suivi de douze mois, en comparaison avec l'observance rétrospective des mêmes patients sur l'année précédente. Un premier projet de financement déposé auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France n'a cependant pas abouti, notamment en raison d'une représentativité territoriale jugée insuffisante et d'une implication limitée des différentes professions de santé de premier recours.

Afin de répondre à ces limites, l'élaboration et la diffusion d'un questionnaire à destination de l'ensemble des professionnels de santé exerçant en soins primaires dans la région Hauts-de-France ont été envisagées. Cette enquête vise à décrire les pratiques actuelles de la PDP, à analyser les modalités organisationnelles dans lesquelles elle peut s'inscrire, notamment au sein des structures de soins coordonnées, et à évaluer l'intérêt des professionnels pour ce modèle de soin ainsi que pour une éventuelle participation à un projet de recherche. Elle permet également d'identifier les freins et les leviers à l'intégration de la PDP dans la pratique quotidienne.

L'analyse des résultats doit ainsi permettre de mieux comprendre la place de la PDP dans les pratiques de soins primaires et de constituer une base de recrutement de professionnels susceptibles de participer à une future phase interventionnelle du projet DéMÉPOT.

Avant d'aborder l'évaluation de la prise de décision partagée dans les pratiques professionnelles, il convient d'examiner les fondements théoriques qui structurent la prise en charge des maladies chroniques et conditionnent l'observance thérapeutique.

# Partie 1 : Soins chroniques, observance et prise de décision partagée (PDP) : éclairages théoriques

## 1. Les maladies chroniques : cadre conceptuel et enjeux

Au quotidien, le professionnel de santé soigne des malades. Qu'il soit médecin, pharmacien, infirmier, mais aussi kinésithérapeute, dentiste ou même podologue, sa mission est de prendre en charge un patient et sa maladie. Qu'il travaille en ville ou à l'hôpital, il intervient à un moment déterminé dans le parcours de soin d'un patient.

Il convient dans un premier temps de définir ce qu'est la maladie chronique, les enjeux qu'elle représente pour le système de santé et les spécificités de sa prise en charge en soins primaires.

### 1.1. Définitions et contexte

#### o La maladie

*Male Habitus* en latin, signifie *qui est en mauvais état*. Il a donné les termes « maladie » et « malade » en français.

Il n'existe pas une définition unanime de la maladie. Celle-ci a évolué au fil des époques et des connaissances scientifiques. Selon le point de vue adopté, celui du professionnel de santé, du patient ou de la société, la notion de maladie n'est pas décrite ou vécue de la même manière (1). Contrairement à la langue française, le terme « maladie » est, dans la littérature anglaise, marqué par cette nuance de vision (2). « *Sickness* », « *illness* », et « *disease* » marquent les perspectives distinctes de la maladie :

- o « *Disease* » est l'approche adoptée par la profession médicale. La maladie correspond à des anomalies fonctionnelles ou structurelles du corps. Elle a une cause, des symptômes, un pronostic et des traitements plus ou moins efficaces et spécifiques. De ce point de vue, les faits biologiques sont plus importants que l'expérience ressentie du patient. Cette notion tend à négliger le contexte socio-économique, la culture et la personnalité du patient, en privilégiant ce qui est mesurable et rationnel (3).
- o « *Illness* » est l'expérience vécue par le patient de ses différents symptômes. Cette expérience est subjective et se construit en fonction des interprétations attribuées à sa condition, ainsi que par sa représentation de la maladie et celle de ses proches. Le patient ressent des symptômes, qu'il ne classe pas automatiquement dans une grille comme le ferait le médecin (3).

Ces deux termes ne coïncident que partiellement. La maladie (*disease*) et sa représentation subjective (*illness*) ne vont pas systématiquement l'une avec l'autre. Il est en effet possible d'avoir une « *disease* sans *illness* » : lorsque le médecin détecte une anomalie biologique mais que le patient ne ressent aucun symptôme et ne se sent pas malade. Il peut être difficile de faire entendre à un patient hypertendu qu'il est malade alors que lui-même se sent en parfaite santé. A l'inverse, il existe des

« *illnesses sans diseases* » : lorsque le patient ressent des symptômes mais qu'aucune anomalie n'est détectée et aucun diagnostic posé. On parle généralement de somatisation, l'expression de phénomènes mentaux se présentant comme des phénomènes physiques (4).

Il paraît donc essentiel d'évoquer le troisième terme attribué à la maladie dans la littérature médicale anglaise :

- « *Sickness* » : C'est le processus de sociabilisation de la maladie instauré par la société. Tomber malade est un processus social et la société, par l'instauration de normes, tente de légitimer ce statut de malade. Selon P. Cathébras, « La culture détermine les symptômes perçus comme anormaux et leur donne forme pour entraîner une reconnaissance de l'entourage » (3). Ce troisième terme tente de faire prendre en compte au soignant la construction sociale, culturelle et psychologique que le patient se fait de sa maladie (1).

Une définition actuelle, simple et accessible est celle du Larousse qui décrit la maladie comme : « *une altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome).* »

Cette vision générale sert de point d'entrée avant d'examiner d'autres définitions plus spécialisées.

La définition de la maladie a traversé l'histoire, les institutions et les différents courants scientifiques. Certaines sont classées ci-dessous du plus ancien au plus contemporain, ce qui permet de comprendre l'évolution du concept :

- Selon **Hippocrate** (médecin de l'Antiquité, vers 460-377 av. J.-C.), la maladie est un déséquilibre des humeurs (bile noire, bile jaune, flegme et sang) perturbant l'harmonie du corps. Le rôle du médecin est de rétablir l'équilibre par le régime, la diététique et l'environnement (5).
- Selon **Rudolph Virchow** (médecin, fondateur de la pathologie cellulaire, 1821-1902), toute cellule dérive d'une autre cellule et les maladies sont liées à l'atteinte d'une cellule ou d'un groupe de cellules. C'est le début d'une médecine moderne (6).
- Selon **Claude Bernard** (médecin, fondateur de la médecine expérimentale, 1813-1878), Il y a continuité entre le normal et le pathologique. La maladie n'est pas un état nouveau, qualitativement différent de l'état normal, mais une variation quantitative d'un processus normal, un écart par rapport à une norme (7).
- Selon **l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946)**, la santé est : « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Ainsi, la maladie est un état dans lequel le bien-être physique, mental ou social est altéré, elle est tournée vers une approche globale et multidimensionnelle.

Les approches contemporaines voient la maladie comme une altération de l'état de santé, mais aussi une construction sociale, culturelle et institutionnelle dépendant d'un

contexte, d'attentes sociales, et d'une normalité redéfinie par les connaissances scientifiques.

- **La maladie chronique**

D'après le **Haut Conseil de santé publique** (HCSP), la maladie chronique est définie selon les caractéristiques suivantes (8) :

- La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer,
- Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle,
- Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
  - Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle
  - La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

Les maladies chroniques, par opposition aux maladies aiguës caractérisées par une apparition soudaine et une évolution brève, se distinguent par leur installation insidieuse, leur impact durable sur l'état de santé du patient, et la nécessité d'une prise en charge globale intégrant des dimensions thérapeutiques, éducatives, préventives et organisationnelles.

- **L'affection de longue durée (ALD)**

Créée en 1945 avec la Sécurité Sociale (9), l'ALD est un dispositif administratif et réglementaire de l'Assurance maladie française permettant la prise en charge à 100% de certaines maladies considérées comme graves ou coûteuses (10). Elle se base sur un protocole de soins, après accord du médecin-conseil de l'Assurance maladie. On distingue les ALD exonérantes et non exonérantes.

Les ALD exonérantes sont divisées en 3 catégories (9) :

- ALD 30 : Liste des maladies les plus courantes et coûteuses établie par le ministère de la santé.  
*Exemples : diabète, insuffisance cardiaque grave, cancer, accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant.*
- ALD 31 : Ce sont les affections « hors liste » qui sont des formes évolutives ou invalidantes de maladies graves, nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 6 mois.  
*Exemples : embolie pulmonaire répétitive, asthme, ulcère chronique.*

- ALD 32 : Ce sont les polyopathologies. Lorsqu'un patient est atteint de plusieurs maladies avec un traitement lourd et long, il bénéficie de ce dispositif permettant la prise en charge des dépenses en rapport avec ses pathologies.  
*Exemple : patient souffrant d'une hypertension, d'un diabète et d'asthme.*

Les ALD non exonérantes sont des pathologies nécessitant un traitement d'une durée supérieure à 6 mois, mais le patient n'est pas pris en charge à 100% par l'Assurance maladie dans le cadre de ses soins.

*Exemples : glaucome, arthrose, épilepsie, hypothyroïdie.*

La notion de maladie chronique relève d'un concept médical et épidémiologique, non limité par une liste, défini ci-dessus par les hautes instances comme évoluant depuis plusieurs mois, persistant dans le temps, nécessitant un suivi et un traitement régulier avec un impact sur la qualité de vie et d'éventuelles limitations fonctionnelles (11).

Ce concept est à différencier de l'ALD qui est un statut administratif, défini par le Code de la Sécurité Sociale, offrant une reconnaissance financière pour certaines maladies chroniques particulièrement lourdes.

Une maladie chronique ne bénéficie pas systématiquement d'une prise en charge en ALD (migraine chronique, lombalgie chronique) et réciproquement, certaines ALD peuvent être des maladies aiguës graves (tumeurs malignes) (12).

## 1.2. Exemples et prévalences

En tenant compte de la définition d'une maladie chronique établie par le HCSP et les informations publiées sur le site de l'Assurance maladie des personnes prises en charge pour une pathologie chronique, il est possible de dresser une liste des maladies chroniques les plus répandues en France et leurs prévalences en population générale.

Ces données s'appuient sur les informations individuelles renseignées dans le système national des données de santé. La Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) compte 67,4 millions de personnes en 2023 ayant au moins une consommation de soins dans l'année (13).

En 2023, les pathologies et traitements chroniques concernaient 37% de la population française (soit près de 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes). Parmi les patients pris en charge pour une maladie chronique en France, la répartition était la suivante :

- **Traitements du risque cardiovasculaire primaire** incluant en grande majorité l'hypertension artérielle (HTA) essentielle et les dyslipidémies  
⇒ 8 806 700 personnes soit **13% de la population** ;
- **Maladies psychiatriques** (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires, troubles addictifs, troubles du comportement ou de la personnalité) et **traitements psychotropes** délivrés sans diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou ALD récente (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques)  
⇒ 8 650 300 personnes soit **12% de la population** ;

- **Maladies cardiovasculaires (MCV) chroniques** incluant principalement l'insuffisance cardiaque chronique et la maladie coronaire chronique  
⇒ 5 366 400 personnes soit **8% de la population** ;
- **Diabètes** (type 1 et 2)  
⇒ 4 364 800 personnes soit **6,5% de la population** ;
- **Maladies respiratoires chroniques** incluant notamment l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)  
⇒ 3 992 600 personnes soit **6% de la population** ;
- **Cancers** (principalement cancers du sein, prostate, colorectal, de la peau et bronchopulmonaire)  
⇒ 3 352 800 personnes soit **5% de la population** ;
- **Maladies neurologiques** (démences, Parkinson, sclérose en plaque, épilepsie, myasthénie, lésions médullaires...)  
⇒ 1 885 900 personnes soit **3% de la population** ;
- **Maladies inflammatoires** (polyarthrite rhumatoïde, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, spondylarthrite ankylosante) **ou rares** (amylose, mucoviscidose, hémophilie, maladies métaboliques héréditaires) **ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**  
⇒ 1 465 700 personnes soit **2% de la population** ;

### 1.3. Enjeux des maladies chroniques pour le système de santé

Les maladies chroniques représentent un défi majeur pour l'Assurance Maladie. Leur prévalence en constante augmentation, leur évolution souvent prolongée et leurs répercussions économiques, sociales et fonctionnelles imposent une révision complète de l'organisation des soins (8). A l'inverse des pathologies aiguës, elles nécessitent un suivi régulier, une implication active du patient et une coordination de l'équipe soignante. Cette dynamique impose au système de santé de relever plusieurs défis majeurs. Le premier est d'ordre épidémiologique, par le nombre croissant de patients concernés ; le second est économique, en raison du coût financier qu'elles représentent ; le troisième concerne la nécessité d'une organisation des soins, plus intégrée et coordonnée pour répondre aux exigences de la chronicité que ces maladies imposent.

#### 1.3.1. Un poids épidémiologique croissant

La prévalence des maladies chroniques augmente de manière continue en France et dans le monde. D'après les chiffres publiés annuellement par la CNAM, il y a dix ans environ 23 millions de français étaient concernés par une maladie ou traitement chronique (35% de la population) (14). En 2023, huit années ont passé et malgré les progrès du monde moderne dans le domaine médical, deux millions de personnes supplémentaires sont concernées par les maladies chroniques, portant la prévalence en population à 37%. Le modèle actuel permet d'estimer que plus de 43% de la population française sera concernée par une maladie chronique d'ici 2030 (15).

De nombreux facteurs sont liés à cette montée en puissance des maladies chroniques. L'augmentation de l'espérance de vie, couplée aux progrès réalisés dans le domaine

médical, entraîne un vieillissement de la population (16). La durée de vie des malades est également rallongée, faisant basculer des pathologies auparavant aiguës en maladies chroniques. La découverte de nouvelles techniques scientifiques permet d'établir des diagnostics toujours plus précoces. Autrefois découvertes de manière fortuite, les pathologies chroniques sont désormais signalées de plus en plus vite.

Cette croissance s'explique également par l'accumulation de nombreux facteurs de risque, responsables en partie de l'explosion des maladies chroniques. La consommation d'alcool et de tabac, les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité participent à l'élévation de la tension artérielle, au surpoids, à l'hyperglycémie et dyslipidémies (17). En parallèle, la prévalence des maladies chroniques est étroitement liée à la pollution de l'air et aux conditions de vie et de travail défavorables (16).

Cette augmentation s'accompagne d'une progression de la multimorbidité. En effet, les pathologies chroniques sont souvent associées entre elles chez une même personne, complexifiant la prise en charge médicale. La principale cause de morbidité et mortalité est attribuée aux maladies chroniques, redéfinissant les besoins de santé et imposant un suivi médical étroit, durable et personnalisé. En 2023, les maladies cardio-neurovasculaires étaient la deuxième cause de décès en France (21,4%) juste derrière les tumeurs avec 27% des décès (18).

### **1.3.2. Une charge économique majeure**

Dans un contexte financier difficile en France, où chaque économie d'argent compte, les dépenses annuelles de l'Assurance Maladie sont colossales. En 2023, c'est près de 202 milliards d'euros qui étaient remboursés aux 67,4 millions d'assurés. La part occupée par les maladies chroniques est prépondérante : 60% des dépenses, environ 126 milliards d'euros (13).

Ces coûts massifs s'expliquent par la prise de traitements au long cours, la multiplication des consultations médicales, soins paramédicaux et actes diagnostiques. Les complications ou décompensations des maladies chroniques entraînent des hospitalisations, parfois répétées (19). De plus, les dépenses incluent le prolongement des arrêts de travail, la perte en autonomie et la dépendance des personnes âgées, ainsi que la perte de productivité (20).

La prévalence croissante des maladies chroniques s'accompagne mécaniquement d'une augmentation des dépenses liées à leur prise en charge. Entre 2015 et 2023, les dépenses remboursées par la CNAM ont augmenté de 50 milliards d'euros (soit + 32,5% en 8 ans). Les maladies cardiovasculaires chroniques constituent un poste majeur de dépenses : elles expliquent à elles seules 9% de l'augmentation totale des dépenses de santé, soit près de 5 milliards d'euros sur les huit dernières années (13).

Les maladies chroniques fragilisent la soutenabilité financière du système de santé en mobilisant durablement des ressources importantes. Cela rend nécessaire une réorganisation de la prise en charge, levier essentiel pour réduire les coûts liés aux complications et améliorer les résultats de santé.

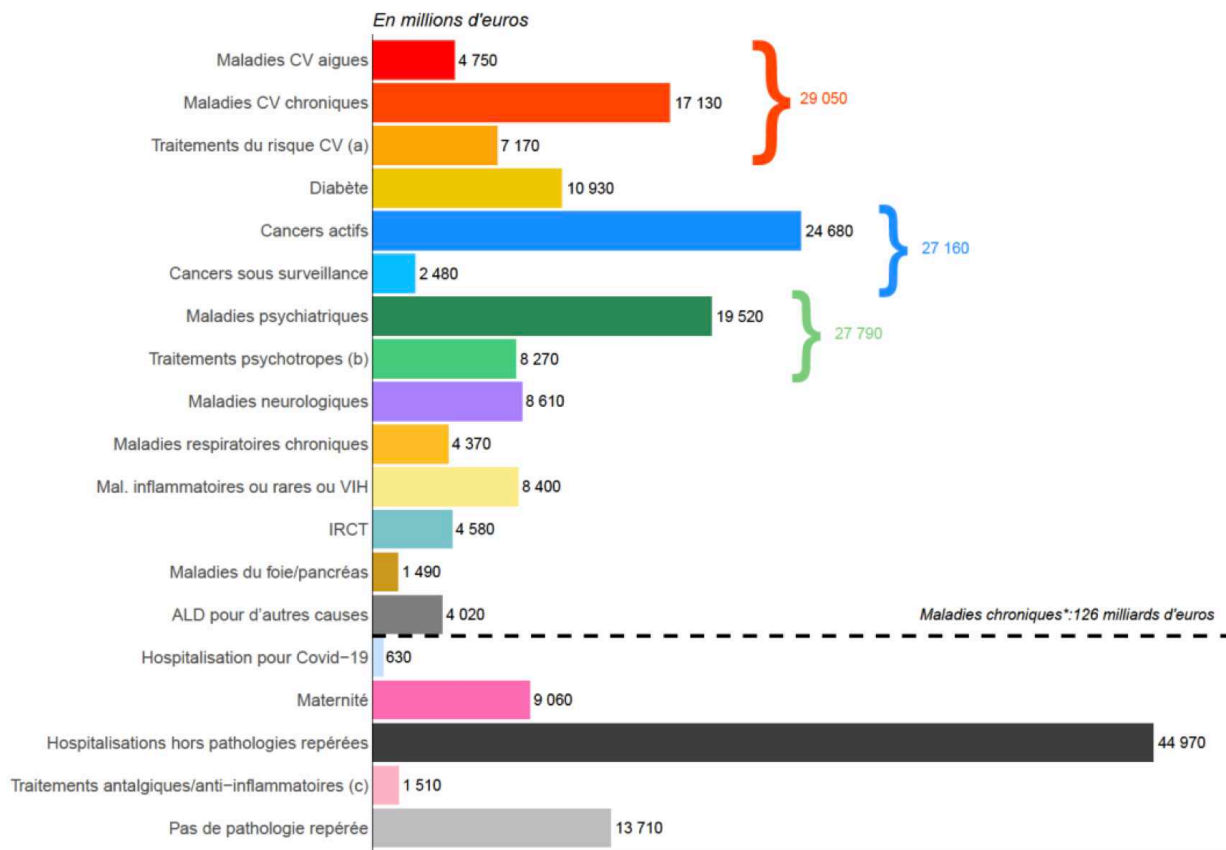


Figure 1 : Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements et épisodes de soins, en 2023 (Source : CNAM, juillet 2025)

### 1.3.3. Un besoin d'organisation des soins plus coordonnée

L'organisation actuelle des soins se concentre principalement sur une prédominance de l'hôpital par rapport à la médecine de premier recours (21). Vingt-deux pourcents des dépenses totales sont induites par des hospitalisations (44,9 milliards d'euros) (13). Or les services d'accueil des urgences sont connus pour leur saturation, alors qu'une partie des patients auraient pu être pris en charge en ville.

Les maladies chroniques, par leur nature durable et complexe, nécessitent une approche structurée, continue et multidisciplinaire. Le système de santé doit s'adapter pour renforcer la coopération entre les nombreux professionnels de santé et la coordination entre leurs interventions (21). Cela passe par la mise à disposition d'outils permettant de renforcer la continuité de suivi, notamment via l'accélération du déploiement du dossier médical partagé (DMP) (16) ou des messageries sécurisées. Fluidifier les parcours de soins des malades par une meilleure transmission des informations permet d'éviter les ruptures de prise en charge lors du passage hôpital-ville, mais aussi la redondance d'actes prescrits et les réhospitalisations évitables aux conséquences financières importantes (22).

La prise en charge des maladies chroniques nécessite d'aller au-delà d'une succession d'actes médicaux et doit se tourner vers une approche globale, en intégrant davantage la prévention (8). Qu'elle soit primaire (réduction des facteurs de risque), secondaire (dépistage précoce) ou tertiaire (éviter les complications), la prévention doit être pleinement intégrée dans la prise en charge (23). Elle vise à retarder l'apparition de la maladie, en limiter sa progression et réduire les hospitalisations et coûts associés (8).

## 2. L'observance thérapeutique : concepts, déterminants et leviers d'amélioration

La prise en charge des maladies chroniques implique la prise d'un traitement au long cours, plus ou moins important. Le contrôle efficace de ces maladies est conditionné au bon respect des traitements prescrits par le médecin. Cependant, de nombreuses études montrent un faible taux d'observance des traitements chroniques. Plus de 80% des patients ne suivent pas suffisamment leurs traitements pour obtenir des bénéfices optimaux (24,25).

Cette notion d'observance des traitements préoccupait déjà les scientifiques il y a plus de 2 000 ans. Hippocrate disait : « Les malades mentent fréquemment à leur médecin lorsqu'ils disent avoir pris le traitement prescrit » (25).

Cette notion s'inscrit dans un continuum allant de l'adhésion optimale aux situations de non-observance, influencées par de nombreux facteurs liés au patient, au traitement, aux professionnels de santé et au système de soins. Les conséquences d'une mauvaise observance sont à la fois cliniques, économiques et organisationnelles, justifiant le développement de méthodes de mesure adaptées ainsi que de stratégies visant à l'améliorer. Dans l'objectif d'une meilleure compréhension de cette problématique, cette partie débutera par la définition des différents termes relatifs à l'observance thérapeutique.

### 2.1. Définitions et concepts associés à l'observance

Beaucoup de termes sont employés dans la littérature pour désigner une même pratique, celle de suivre les prescriptions médicales, et l'historique des termes employés (obéissance, coopération, soumission, adhérence...) rend compte d'une évolution de la pensée (26). Les notions d'observance, de compliance, d'adhésion, d'alliance thérapeutique et d'inobservance seront successivement définies afin d'en préciser les différences conceptuelles et les liens.

#### 2.1.1. Observance

Du latin *observantia*, qui signifie « observation de la règle », l'observance est décrite en 1979 par Haynes comme l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique. Cela passe par le respect de la prise médicamenteuse, mais aussi par d'autres aspects du traitement comme la psychothérapie, le respect des règles d'hygiène de vie, la réalisation des examens complémentaires et la présence aux rendez-vous (25–29).

Cette notion renvoie à une attitude passive du patient face au médecin qui exerce une autorité sur lui (30). Elle correspond à une pratique comportementale et mesurable : l'acte de suivre un traitement. On la mesure en taux d'observance, étant le rapport entre le nombre de prises de médicaments effectives sur une période donnée et le nombre total de prises de médicaments prescrites sur cette même période (31).

L'observance est un phénomène dynamique, variable dans le temps et dans la forme. Un même patient peut être observant à un moment donné, puis non-observant à un autre moment en fonction des événements de vie rencontrés (24,31).

L'utilisation du terme « observance » est cependant devenue controversée dans la société actuelle. En effet, si l'observance est la capacité du patient à prendre un traitement selon une prescription donnée, cela suppose que le patient ait une attitude d'obéissance face au soignant exerçant une autorité sur lui (31).

### 2.1.2. Compliance

*Compliance* est la traduction anglaise du terme « observance », incorrectement utilisée en français. Cet anglicisme est souvent utilisé dans la littérature sans réelle distinction avec l'observance. Il renvoie à une notion de soumission et de conformation à la thérapeutique, revenant à considérer qu'il existe des « mauvais patients » (ceux qui désobéissent) et « bons patients » (ceux qui se soumettent) (32).

A l'origine, *compliance* est un terme renvoyant à de tout autres significations. Il est utilisé en cardiologie pour décrire la capacité d'une grosse artère de se dilater lorsque la pression augmente. C'est l'inverse de l'élasticité (25). Ainsi cette ancienne vision paternaliste et directive de la médecine valorisait un modèle établissant un lien entre pression (celle qui est exercée) et volume (le traitement reçu), décrivant le patient comme un « objet », se conformant aux ordres du médecin (26,33).

La place du patient dans la décision médicale est complètement occultée selon cette définition obsolète. La nécessité d'une collaboration entre patient et soignant amène certains auteurs à préférer le terme d'adhésion thérapeutique (25,32,33).

### 2.1.3. Adhésion thérapeutique

Selon l'OMS, on définit l'adhésion comme « une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit » (28).

Avec cette définition, le patient se retrouve partie prenante de son traitement. L'adhésion correspond donc au degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique (31). Elle fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et motivations du patient (24). Sous cet angle apparaît la notion que l'observance n'est pas stable dans le temps et dépend de facteurs divers : psychosociaux, motivationnels et de contexte (28,29).

Contrairement à l'observance, l'adhésion ne peut être mesurée à un instant donné. Elle constitue la dimension attitudinale du suivi thérapeutique, tandis que l'observance en représente la traduction comportementale (24). Elle peut se synthétiser comme le rapport entre ce que le patient fait de manière acceptée et ce que le médecin dit en essayant de convaincre (31). Elle apporte une place plus active au patient face à sa maladie et ses traitements.

L'adhésion thérapeutique est un processus dynamique qui s'inscrit dans le temps. Elle est décrite selon trois étapes successives : l'initiation, l'implémentation et la persistance (29,32,34).

- **L'initiation** (ou adhésion primaire) correspond au moment où le patient prend le traitement pour la première fois après sa prescription. Elle traduit l'acceptation initiale du traitement et constitue une étape déterminante dans la mise en place de la prise en charge.

- **L'implémentation** désigne l'adéquation entre la prise réelle du traitement et la prescription médicale. Elle inclut le respect des doses, des horaires et de la fréquence d'administration, et reflète la régularité du comportement thérapeutique du patient au quotidien.
- **La persistance** correspond à la durée pendant laquelle le patient poursuit son traitement, de l'initiation jusqu'à son arrêt définitif. Elle représente la dimension temporelle de l'adhésion et souligne l'évolution du suivi thérapeutique dans le temps, en particulier dans le cadre des maladies chroniques. Elle précède l'interruption de traitement, voire l'abandon thérapeutique.

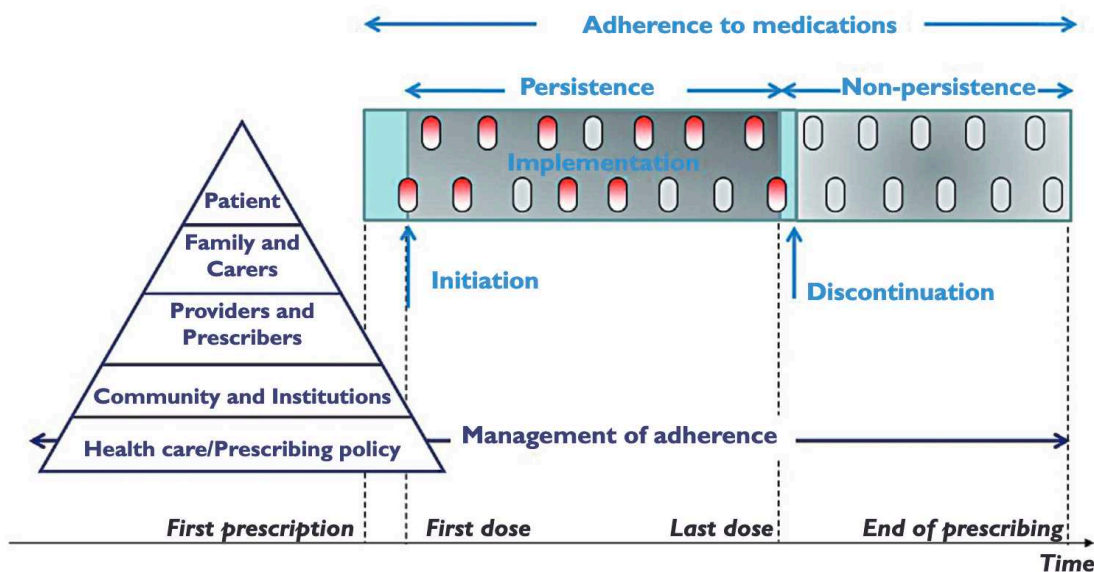


Figure 2 : Illustration des concepts d'observance et d'adhérence (34)

#### 2.1.4. Alliance thérapeutique

La notion d'alliance thérapeutique s'est développée devant une utilisation du terme d'adhésion, encore trop médico-centrée (31). André Grimaldi décrit cette alliance comme « une relation égalitaire, mais asymétrique, où le patient vient chercher chez le médecin d'une part, la compétence, d'autre part, l'aide au changement, dans un rapport adulte-adulte »(35).

L'alliance thérapeutique renvoie à la naissance d'un lien collaboratif entre le patient et le professionnel de santé, basé sur la confiance, l'acceptation et l'implication du patient (32). Cette relation patient-soignant se construit par l'établissement d'un accord entre les deux parties sur des décisions thérapeutiques concernant le patient. Soignant et patient construisent un projet dans lequel ils s'engagent réciproquement pour atteindre un but fixé ensemble (32). Le patient devient pleinement acteur de son traitement (31). Il peut ainsi prendre le pouvoir sur sa maladie, en recherchant tous les moyens utiles pour comprendre et utiliser son traitement (35). Elle peut se synthétiser comme le rapport entre ce que le patient fait et ce que le patient et soignant ont décidé après négociation sans imposition (31).

### 2.1.5. Inobservance thérapeutique

L'inobservance thérapeutique désigne l'inadéquation entre le comportement du patient et les recommandations thérapeutiques qui lui ont été prescrites. Elle concerne l'ensemble des gestes du traitement, qu'il s'agisse de la prise médicamenteuse, du respect des doses, des horaires, de la durée du traitement ou des mesures hygiéno-diététiques associées (29,31).

L'inobservance n'est pas un phénomène homogène et peut se manifester à différentes étapes du processus d'adhésion thérapeutique (29).

- **Difficultés d'initiation** : le traitement prescrit n'est jamais débuté. Cette situation peut résulter d'une difficulté pour accepter la maladie ou d'accepter de se traiter. La difficulté peut également provenir du choix du traitement. Le patient est prêt à prendre un traitement mais avec des conditions et pas dans l'immédiat. (29,32).
- **Difficultés d'implémentation** : Le traitement est initié mais suivi de manière irrégulière ou incomplète, non conforme à la prescription médicale. Cela inclut notamment les oublis de prises, les retards ou avances dans les horaires, les modifications volontaires de doses (sous ou surdosage), les prises groupées, les prises discontinues et interruptions ponctuelles non justifiées médicalement. Par exemple, les « vacances thérapeutiques » sont un phénomène correspondant à l'arrêt temporaire du traitement chronique le temps des vacances. Cette forme d'inobservance est particulièrement fréquente dans les maladies chroniques et peut être difficile à détecter. Elle n'est pas nécessairement intentionnelle et peut résulter de contraintes du quotidien pour acquérir les médicaments, organiser les différentes prises ou pour l'administration effective des traitements (24,29,32).
- **Difficultés de persistance** : Le traitement est arrêté prématurément, sans avis médical, avant la durée recommandée. Cet arrêt peut survenir après une amélioration clinique ressentie, du fait d'effets indésirables persistants mal tolérés, ou en lien avec une perte de motivation et une rupture du suivi médical. Cette forme d'inobservance représente un enjeu majeur dans les maladies chroniques, car elle compromet l'efficacité à long terme des traitements et expose à un risque accru de complications (29,36).

Par ailleurs, l'inobservance peut être **intentionnelle**, lorsque le patient fait un choix conscient de ne pas suivre le traitement, ou **non intentionnelle**, liée à des oublis, des difficultés cognitives ou organisationnelles. Elle peut être **partielle**, lorsque certaines recommandations sont respectées et d'autres non, ou **totale**, lorsque le traitement est complètement abandonné. Elle peut enfin être **transitoire** ou **définitive**, traduisant une rupture durable avec la prise en charge thérapeutique (32,36).

## 2.2. Observance dans six pathologies chroniques en chiffres

Selon l'OMS, dans les pays développés, l'observance moyenne des traitements au long cours ne dépasse pas 50%, un chiffre qui reste stable depuis plusieurs décennies malgré les progrès thérapeutiques et technologiques (37).

Les taux d'inobservance varient selon les pathologies. Ils sont particulièrement élevés dans les maladies chroniques asymptomatiques ou peu symptomatiques, telles que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou l'ostéoporose, mais restent également significatifs dans des pathologies symptomatiques comme le diabète ou l'asthme (32,37,38).

D'après une étude menée par le CRIP et IMS Health France, les taux d'observance sont de 40% dans l'HTA, 37% dans le diabète de type 2, 36% dans l'insuffisance cardiaque et 44% dans l'hypercholestérolémie. Seule l'ostéoporose affiche un taux d'observance supérieur à un patient sur deux avec 52% des patients observants. L'asthme est la pathologie où le taux d'observance est le plus faible, avec seulement 13% d'observance. Cette hétérogénéité souligne le caractère multifactoriel de l'observance thérapeutique (39).

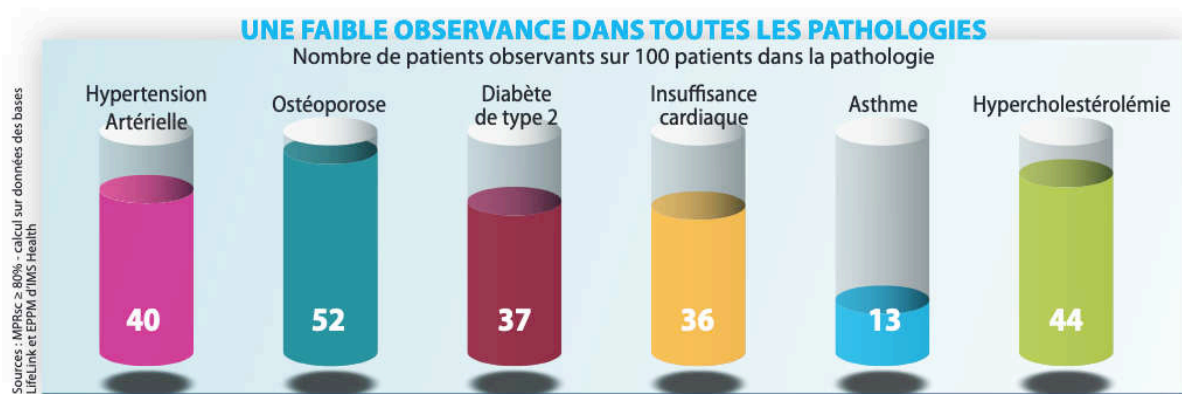


Figure 3 : Observance dans six pathologies chroniques. Données IMS base EPPM 2014 (39)

Les données disponibles montrent également une diminution rapide de l'observance dans le temps. 20 à 30 % des patients ne débutent pas le traitement ou l'interrompent dans les premiers mois suivant la prescription. À six mois, près de 40 à 50 % des patients présentent une observance insuffisante. Après une année, environ 50 % des patients ont interrompu ou ne prennent plus régulièrement leur traitement (31,33,37).

## 2.3. Facteurs influençant l'observance

L'observance thérapeutique est un phénomène complexe résultant de l'interaction de multiples déterminants. Selon l'OMS, ces déterminants peuvent être structurés selon cinq dimensions : les facteurs liés au patient, à la maladie, au traitement médicamenteux, au système de soins et les facteurs socio-économiques (28,37). Cette approche multidimensionnelle est particulièrement pertinente dans le contexte des maladies chroniques, où la prise en charge s'inscrit dans la durée et mobilise de nombreux acteurs.

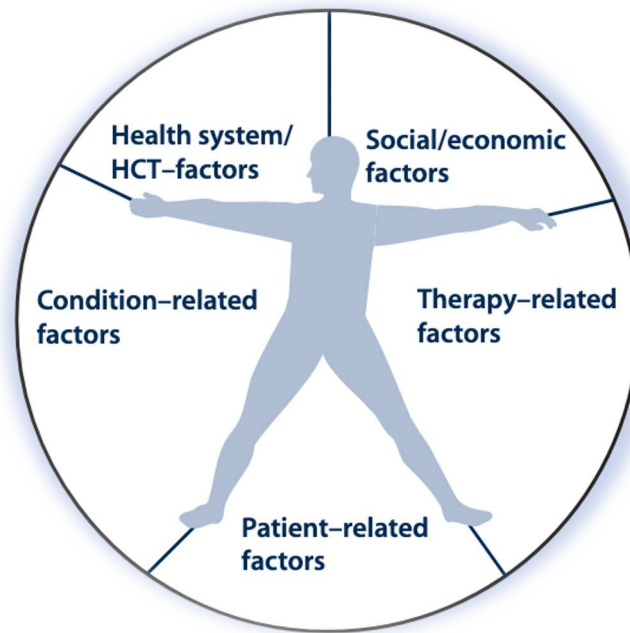


Figure 4 : les cinq dimensions de l'adhésion selon l'OMS (37)

### 2.3.1. Facteurs liés au patient

Les facteurs liés au patient constituent une dimension centrale dans la compréhension des situations de non-observance. Ils regroupent l'ensemble des connaissances, croyances, perceptions et attentes du patient dans la gestion de sa maladie. Les connaissances du patient concernant sa pathologie, ses représentations du traitement, ainsi que sa motivation à s'impliquer dans la prise en charge, interagissent de manière complexe pour influencer l'observance thérapeutique (37).

Une **compréhension insuffisante** des objectifs, modalités de prise ou des bénéfices attendus peut conduire à des oublis ou à un manque d'investissement de la part du patient (37). Les **croyances personnelles**, souvent influencées par l'entourage, l'expérience familiale ou des sources d'information non médicales (médias, « marabouts », naturopathes intégristes), modulent également l'adhésion (27). Les **représentations négatives des médicaments**, telles que la peur des effets indésirables, d'une dépendance ou d'une accoutumance, constituent des freins fréquents à la prise des traitements (27,37,40).

Les **expériences passées** négatives comme des effets indésirables gênants ou invalidants, associées ou non à des signes d'efficacité très modérés, modulent l'adhésion au traitement (31). Ces préoccupations s'inscrivent parfois dans une vision plus globale de **méfiance** envers les médicaments, la médecine ou la science, et peuvent être renforcées par des discours sociétaux ou culturels défavorables (36,37).

Les **représentations liées à la maladie** elle-même constituent un autre déterminant majeur de non-observance (27). Elles se définissent comme « l'idée que l'on se fait de quelque chose » et s'appuient sur les connaissances antérieures. Elles correspondent à la manière dont le patient perçoit sa pathologie, son origine, son évolution, sa gravité et ses conséquences potentielles (28). Ces représentations permettent au patient de donner du sens à sa maladie et orientent les stratégies qu'il adopte en réponse (31).

La **motivation** du patient constitue un élément central de l'observance. Elle dépend à la fois de la valeur accordée au traitement, reposant sur un équilibre perçu entre bénéfices attendus et contraintes imposées, et de la confiance du patient dans sa capacité à suivre le plan thérapeutique, également appelée sentiment d'auto-efficacité (31,37).

Enfin, des **facteurs psychologiques et émotionnels**, tels que l'anxiété, la dépression ou le sentiment de stigmatisation lié à la maladie, influencent significativement l'adhésion thérapeutique. La peur du regard de l'entourage, la crainte d'une dépendance au traitement ou d'une altération de l'image de soi peuvent entraîner un évitement ou une modification de la prise des traitements (37,41).

### 2.3.2. Facteurs socio-économiques

Les facteurs sociaux et économiques exercent une influence importante sur l'observance thérapeutique. Ceux fréquemment associés à une mauvaise observance sont la pauvreté, l'illettrisme, un faible niveau d'éducation, l'absence de soutien social efficace, le chômage, l'instabilité du logement, l'éloignement géographique des structures de soins, le coût élevé des traitements, ainsi que certaines croyances religieuses ou familiales concernant la maladie et les soins (37).

**L'âge** est un déterminant dont l'influence est variable selon les pathologies et les stades de développement, les difficultés étant particulièrement marquées aux âges extrêmes de la vie (31,37,41). Chez les **personnes âgées**, l'inobservance est favorisée par la polymédication, la complexité des schémas thérapeutiques, les troubles fonctionnels et cognitifs, ainsi que par les nombreuses comorbidités. Les conséquences d'une erreur thérapeutique peuvent y être plus graves, ce qui renforce l'enjeu de l'adhésion au traitement (27,32,37,41). A l'inverse, chez les patients plus jeunes, notamment les **enfants** et les **adolescents**, l'observance peut être entravée par une dépendance aux parents, puis par la recherche d'autonomie propre à l'adolescence. Tandis que l'observance de l'enfant dépend étroitement de la capacité des parents à comprendre et appliquer les recommandations thérapeutiques, l'adolescence est marquée par un processus de séparation parentale, une prise de risques accrue et l'influence des pairs avec la perception contraignante du traitement (26,37,40,41).

Les **capacités cognitives** du patient conditionnent fortement son aptitude à gérer un traitement au long cours. Les troubles cognitifs peuvent entraîner des oublis de prises, des difficultés à respecter les horaires, ou encore des problèmes pratiques tels que l'ouverture des conditionnements médicamenteux.

La **littératie en santé** représente un autre facteur clé. Elle correspond à la capacité à comprendre, évaluer et utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne afin d'atteindre les objectifs personnels et d'élargir ses connaissances. Il est estimé qu'une personne sur deux parmi les 18-65 ans ne dispose pas de compétences suffisantes pour répondre aux exigences de la vie courante (42). Cette difficulté concerne notamment les personnes ne maîtrisant pas la langue française, les situations d'illettrisme ou celles d'analphabétisme si la personne n'a jamais été scolarisée. Une faible littératie peut compromettre l'autogestion des traitements, par exemple dans l'interprétation d'un chiffre affiché sur un lecteur de glycémie ou la compréhension des posologies (42,43).

**L'appartenance ethnique** a parfois été rapportée comme facteur associé à l'observance, indépendamment du pays de résidence. Ces différences semblent liées à des croyances culturelles, mais aussi à des inégalités sociales sous-jacentes (37).

Les attitudes des patients vis-à-vis des traitements sont en partie façonnées par des **valeurs culturelle et religieuse** transmises au cours de la socialisation, souvent de manière implicite. Les travaux de Sylvie Fainzang, anthropologue à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), montrent que les patients issus d'une culture catholique ou musulmane tendent à accorder une forte confiance au savoir médical et à suivre les recommandations des professionnels de santé, tandis que les patients de culture juive adoptent plus souvent une posture critique, valorisant l'échange et la discussion autour des prescriptions. A l'inverse, la culture protestante semble associée à une recherche accrue d'autonomie et de responsabilité individuelle dans la gestion du traitement (44).

Les **conditions de vie et de travail** influencent fortement l'adhésion thérapeutique. Des horaires professionnels atypiques, un rythme de vie décalé ou incompatible avec les contraintes du traitement peuvent obliger certains patients à modifier leurs heures de lever, de repas ou de prise médicamenteuse, rendant le suivi du traitement difficile (31,36). La **stabilité financière** constitue également un facteur déterminant : le coût des traitements, les éventuels restes à charge et les difficultés d'accès à un logement stable peuvent compromettre la régularité des prises. Enfin, la **stabilité familiale et sociétale**, incluant l'insertion professionnelle et le soutien des proches, joue un rôle majeur. Un environnement soutenant favorise l'observance, tandis que l'isolement social ou familial peut l'altérer (27,36,41).

### 2.3.3. Facteurs liés à la maladie

Les facteurs liés à la maladie correspondent aux contraintes spécifiques imposées par la pathologie elle-même. Ils influencent l'observance à travers les caractéristiques cliniques de la maladie, telles que la symptomatologie, la sévérité, l'évolution et le retentissement fonctionnel, en modulant la perception du risque et l'importance accordée au traitement par le patient (37).

**L'intensité des symptômes** apparaît comme l'un des déterminants centraux de l'adhésion au traitement. Une observance plus élevée est généralement observée lorsque le patient perçoit une amélioration rapide de son état, notamment par une diminution des douleurs ou symptômes fonctionnels, comme dans les pathologies algiques (41). A l'inverse, l'observance est souvent plus difficile lorsque la maladie est asymptomatique ou peu symptomatique, comme dans l'hypertension artérielle ou les dyslipidémies, où l'absence de gêne immédiate peut conduire à une minimisation de la nécessité d'un traitement (27,31). L'observance, dans le cas des maladies cardiovasculaires, se retrouve meilleure lorsque le patient est traité en prévention secondaire (après un premier événement) qu'en prévention primaire (32).

**L'activité de la maladie** influence également les comportements d'observance. Certaines pathologies chroniques évolutives, telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), illustrent ce phénomène : l'observance est généralement meilleure en période de poussée symptomatique qu'en phase de rémission, où le retour à un état de « normalité » peut entraîner un relâchement du suivi thérapeutique (30).

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la **gravité de la maladie** ou la sévérité du pronostic ne s'accompagnent pas toujours d'une meilleure observance. La complexité des traitements, la charge émotionnelle associée au diagnostic ou encore le sentiment de fatalité peuvent au contraire constituer des freins à l'adhésion (32,41).

La **durée de la maladie et du traitement** joue également un rôle essentiel. Les traitements au long cours exposent les patients à une lassitude progressive (41), en particulier lorsque les bénéfices du traitement sont différés dans le temps, alors que les contraintes (prises quotidiennes, effets indésirables, organisation de la vie quotidienne) sont immédiates (45). Cette situation favorise l'émergence d'une **fatigue thérapeutique**. Elle se traduit par une baisse de la motivation, des prises irrégulières, des interruptions non prescrites, voire un arrêt complet du traitement (36,41,46).

Enfin, la **nature** même de la maladie peut impacter directement les capacités d'observance. Les pathologies psychiatriques constituent un exemple majeur, en raison de leurs répercussions cognitives, comportementales ou perceptives, telles que les troubles de la mémoire, de l'attention, de la personnalité ou encore les troubles sensoriels. Ces atteintes peuvent altérer la compréhension du traitement, la capacité à en respecter les modalités ou la reconnaissance de son importance (27,31,41).

Par ailleurs, les **comorbidités** jouent un rôle modificateur essentiel sur l'observance. La dépression, fréquemment associée à des pathologies comme le diabète ou l'infection par le VIH, ainsi que les conduites addictives (alcool, drogues), sont reconnues comme des facteurs aggravants de l'inobservance thérapeutique, en complexifiant la prise en charge et en altérant l'engagement du patient (32,37,45).

#### 2.3.4. Facteurs liés au traitement

Le traitement lui-même influence grandement l'observance du patient. Celle-ci est généralement meilleure lorsque le patient perçoit son **traitement** comme **efficace, sûr** et **bénéfique** pour sa santé. A l'inverse, une efficacité ressentie comme insuffisante peut conduire à une remise en question du traitement, en particulier lorsque les bénéfices sont différés ou peu perceptibles (26,47).

La **tolérance** du traitement représente un facteur majeur influençant l'adhésion thérapeutique. La survenue d'effets indésirables, qu'ils soient précoces ou tardifs, peut amener le patient à modifier volontairement les doses, à espacer les prises, voire à interrompre le traitement. Ces manifestations sont d'autant plus susceptibles d'altérer l'observance qu'elles impactent la qualité de vie ou qu'elles n'ont pas été suffisamment anticipées et expliquées lors de l'instauration thérapeutique (29,31,41).

Les **formes galéniques** peuvent également impacter l'observance du patient. La taille des comprimés, la saveur des formes liquides, les difficultés de déglutition, la nécessité de fractionner certains médicaments ou l'absence de sécabilité peuvent représenter des obstacles pratiques à la prise du traitement (32,41). La petite taille de certains comprimés peut également être problématique pour les patients atteints de trouble de la vue (32). Ces difficultés concernent particulièrement les personnes âgées et les enfants. Par ailleurs, la **complexité d'utilisation** de certains dispositifs, notamment dans l'asthme, peut entraîner un abandon partiel du traitement lorsque les gestes techniques ne sont pas maîtrisés ou difficiles à mettre en œuvre (40). De même, certains **conditionnements**, tels que les blisters difficiles à ouvrir, peuvent constituer un frein pour les patients présentant une diminution de la force ou de la dextérité manuelle (27,32).

La **complexité du schéma thérapeutique**, représentée par le nombre de prises quotidiennes et le nombre total de médicaments à prendre, influence fortement l'observance (40,45). Celle-ci est inversement proportionnelle au nombre de prises journalières. Les traitements nécessitant plusieurs administrations par jour, notamment quatre prises quotidiennes, apparaissent difficilement compatibles avec l'organisation de la vie quotidienne et sociale (48).

Les **contraintes liées aux modalités de prise** représentent un autre facteur limitant. La voie d'administration, l'exigence d'horaires stricts, l'interaction avec l'alimentation (prise à jeun ou au cours des repas), ainsi que certaines contraintes de stockage spécifiques peuvent complexifier la mise en œuvre du traitement (32). A ces éléments s'ajoute le **temps consacré à la gestion des médicaments**, incluant la préparation, les prises, les injections éventuelles et la surveillance associée, pouvant constituer une charge significative pour les patients (26,31).

Le **coût du traitement** constitue également un déterminant important de l'observance. Un reste à charge élevé ou une prise en charge insuffisante par l'Assurance Maladie peut conduire certains patients à espacer les prises, réduire les doses ou interrompre le traitement, notamment dans un contexte de précarité économique (32,40,41).

Enfin, la **confiance accordée au médicament** influence l'adhésion thérapeutique. La notoriété du médicament ou du laboratoire peut rassurer certains patients, tandis qu'une méfiance persistante à l'égard des médicaments génériques peut entraîner des refus de substitution ou des modifications non concertées du traitement, susceptibles d'altérer l'observance (27,32).

### 2.3.5. Facteurs liés au système de soins

Les facteurs liés au système de soins constituent un déterminant essentiel de l'observance thérapeutique. Ils relèvent à la fois de la **relation entre le patient et les professionnels de santé** et de l'**organisation globale du système de soins**, ces deux dimensions étant étroitement imbriquées et complémentaires (31).

- **La relation patient-soignant**

La qualité de la relation entre le patient et les professionnels de santé joue un rôle central dans l'adhésion thérapeutique (41). Un **manque de communication** ou une **information de mauvaise qualité**, notamment au moment de l'annonce du diagnostic ou de l'instauration du traitement, peuvent altérer la compréhension du patient et compromettre durablement l'observance (45).

L'information délivrée doit être **simple, claire, spécifique et adaptée** au patient. Il apparaît également nécessaire de **vérifier la compréhension** effective de cette information, afin de limiter les malentendus et les interprétations erronées susceptibles d'entraver l'adhésion thérapeutique (42,45).

La **confiance** accordée au soignant constitue un élément fondamental de cette relation. Un manque de confiance, qu'il soit lié à des expériences passées, à une perception négative du discours médical ou à des messages contradictoires entre les intervenants, peut conduire le patient à remettre en question la pertinence du traitement et s'en écarter volontairement (27,31,32,43,47).

Dans ce contexte, la **qualité de l'alliance thérapeutique** apparaît comme un déterminant majeur. Une alliance solide a un impact significatif sur la perception du patient de l'utilité de son traitement, sur son sentiment d'auto-efficacité concernant sa capacité à suivre la prescription, sur le niveau d'adhésion, ainsi que sur la satisfaction globale du patient (31).

Par ailleurs, il semble que la **nature du professionnel prescripteur** puisse influencer l'observance. Certaines études suggèrent qu'un traitement initié ou recommandé par un médecin spécialiste serait associé à une meilleure adhésion qu'un traitement prescrit par un médecin généraliste, possiblement en lien avec la perception d'une expertise plus spécifique par le patient, sensible au « prestige » du soignant. Cependant, cette différence peut être atténuée par la qualité de la relation et la continuité du suivi, indépendamment du type de prescripteur (27,30,32).

Enfin, le **temps consacré à la consultation** conditionne fortement la qualité de la relation patient-soignant. Un temps d'échange insuffisant limite les possibilités d'explication, de clarification et de repérage des difficultés d'observance. La routine des renouvellements d'ordonnance, lorsqu'elle s'effectue sans réévaluation ni accompagnement, peut entraver la capacité du patient à maintenir une observance optimale dans la durée (27,45,49).

- **L'organisation et la qualité du réseau de soins**

Un **manque de coordination** entre les différents acteurs de santé, associé à un **manque de cohérence** dans le parcours de soins du patient, constituent des obstacles majeurs, en particulier dans les maladies chroniques nécessitant l'intervention de multiples acteurs (27,41).

La **disponibilité des soignants**, à court et à long terme, conditionne la continuité du suivi et la capacité à adapter le traitement aux besoins évolutifs du patient. L'harmonisation des messages délivrés par les différents professionnels est également essentielle afin d'éviter les **discours contradictoires** susceptibles de générer de la confusion et perte de confiance (27,31,32,41).

Des **difficultés d'approvisionnement** peuvent également altérer l'adhésion thérapeutique. Celles-ci peuvent être liées aux contraintes de renouvellement des prescriptions médicales, aux difficultés de déplacement du patient ou à un accès limité à une pharmacie de proximité et autres lieux de soins dans le cas de déserts médicaux. Les situations de rupture de stock ou arrêts de commercialisation de certains traitements sont également susceptibles d'entraîner des interruptions non volontaires du traitement ou des substitutions mal comprises par le patient (32).

## **2.4. Conséquences de la mauvaise observance**

La mauvaise observance des traitements constitue un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. D'après l'OMS, « l'amélioration de l'observance thérapeutique aurait un impact plus important sur l'état de santé des populations que toute nouvelle avancée thérapeutique » (37). L'inobservance ne se limite pas à une simple inefficacité du traitement, mais entraîne également des conséquences médicales, épidémiologiques et économiques considérables, affectant à la fois le patient, le système de santé et la société dans son ensemble (32).

### 2.4.1. Conséquences pour l'état de santé du patient

Les conséquences de l'inobservance sur la santé individuelle sont multiples et dépendent de nombreux facteurs, notamment de la pathologie concernée, du traitement prescrit, de sa durée, ainsi que des caractéristiques propres au patient.

La conséquence principale est une **absence ou diminution de l'efficacité du traitement**, pouvant conduire à un contrôle insuffisant de la maladie (30). Dans l'hypertension artérielle, la non-observance représente la première cause de mauvais contrôle de la pression artérielle, exposant les patients à un risque accru de complications à long terme (37).

Elle peut également entraîner une **augmentation des événements indésirables**, notamment lorsque le traitement est pris de manière intermittente ou interrompu brutalement. Ces prises inadaptées peuvent provoquer des effets de rebond à l'arrêt, des déséquilibres métaboliques ou des interactions médicamenteuses évitables (37).

Par ailleurs, l'inobservance a un **impact négatif sur la qualité de vie du patient et de son entourage**. La progression de la maladie, la perte d'autonomie fonctionnelle et la dépendance peuvent altérer les capacités physiques, psychologiques et sociales du patient, augmentant le fardeau familial et social (50). Certaines classes médicamenteuses exposent à des risques spécifiques en cas de mauvaise utilisation. Ainsi, une prise inappropriée de traitements psychotropes, comme les benzodiazépines, peut favoriser une **dépendance médicamenteuse**, avec des conséquences cognitives, comportementales et sociales importantes (37).

L'inobservance est également associée à une **augmentation de la mortalité** (41). Elle majore significativement le risque de décès, notamment dans les pathologies cardiovasculaires, où l'absence de prise régulière des traitements cardioprotecteurs augmente de plus de 50% le risque d'événements graves (33). Dans d'autres situations cliniques, comme le diabète, l'inobservance peut conduire à des complications aiguës sévères telles que le coma acidocétosique. Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, l'arrêt ou la prise irrégulière des antidépresseurs peut augmenter le risque suicidaire (32). Plus de 8 000 décès sont attribués tous les ans en France à l'inobservance des traitements (51). Enfin, dans les maladies chroniques évolutives telles que les MICI, la non-observance est associée à un **risque de rechute** significativement plus élevé, compromettant le contrôle à long terme de la maladie et la stabilité clinique (47).

### 2.4.2. Conséquences épidémiologiques

Au-delà des conséquences pour l'individu, l'inobservance peut avoir des répercussions épidémiologiques, en particulier dans le cadre des maladies infectieuses. Une observance insuffisante favorise la persistance de la transmission des agents pathogènes au sein de la population, contribuant à **l'augmentation de l'incidence de certaines pathologies** (32).

L'inobservance est également un facteur majeur dans **l'émergence et la diffusion de souches résistantes**, notamment lors de traitements antiviraux ou antibiotiques mal suivis. Dans le cas des infections par le VIH, une observance optimale permet d'assurer l'efficacité virologique individuelle, et réduire la transmissibilité du virus aux autres. A l'inverse, une prise irrégulière favorise la réplication virale et l'apparition de résistances, compromettant les stratégies de santé publique (37).

### 2.4.3. Conséquences économiques et sociétales

Les répercussions économiques de l'inobservance sont considérables et s'expriment à la fois par des **coûts directs et indirects**. Les coûts directs comprennent les dépenses liées aux consultations médicales supplémentaires, aux hospitalisations, aux examens complémentaires et à l'intensification des traitements. Les coûts indirects englobent quant à eux la perte de productivité, l'absentéisme professionnel, l'invalidité et les dépenses futures liées aux complications évitables (32).

À l'échelle nationale, le coût des mésusages médicamenteux, dont l'inobservance constitue une part majeure, représente **plusieurs milliards d'euros par an**, avec des économies potentielles importantes en cas d'amélioration de l'adhésion aux traitements (38,51). À l'échelle mondiale, l'impact économique de la non-observance était estimé à 269 milliards d'euros d'après l'étude IMS Health réalisée en 2014 (32).

L'inobservance contribue à une **augmentation des hospitalisations, des rechutes et des complications** évitables des maladies, alourdissant le système de soins et les **dépenses associées**. Ainsi, 100 000 hospitalisations pourraient être évitées chaque année grâce à une meilleure observance (38,41). Elle entraîne également une **diminution de la participation sociale et professionnelle** des patients, renforçant leur inaptitude et leur marginalisation.

Enfin, une part non négligeable des médicaments prescrits ne sont jamais utilisés, plus de 25% d'entre eux, représentant un **gaspillage économique important**, tant pour les systèmes de santé que pour les patients eux-mêmes (32,41).

### 2.4.4. Conséquences sur la relation soignant-soigné

La mauvaise observance thérapeutique a des répercussions majeures sur la relation entre le patient et les professionnels de santé. Elle fragilise en premier lieu la **relation de confiance**, en instaurant un climat de suspicion ou d'incompréhension réciproque (31,52). Le patient peut se sentir jugé ou culpabilisé en cas de difficultés d'adhésion au traitement, tandis que le soignant peut interpréter la non-observance comme un manque d'implication ou de coopération (53).

Cette situation altère la **qualité de l'alliance thérapeutique**. La communication devient alors moins ouverte et moins sincère : le patient peut hésiter à exprimer ses craintes, ses contraintes ou les effets indésirables ressentis, par peur de réprimande ou d'incompréhension. À l'inverse, le soignant peut fonder son raisonnement clinique sur des informations incomplètes ou biaisées, conduisant à une évaluation erronée de l'efficacité du traitement (31,54).

Un phénomène fréquemment observé est celui de l'**escalade thérapeutique** : face à un apparent échec du traitement, lié en réalité à une mauvaise observance, le médecin peut être amené à augmenter les doses ou à multiplier les prescriptions. Cette stratégie conduit paradoxalement à une complexification des schémas thérapeutiques, aggravant encore l'inobservance et augmentant les coûts pour des résultats cliniques souvent insuffisants (40). Il génère également un sentiment de frustration et d'échec, tant chez le patient que chez le soignant, pouvant conduire à une démotivation progressive des deux parties.

## 2.5. Moyens d'évaluation de l'observance

L'évaluation de l'observance thérapeutique représente un défi méthodologique, aucun outil ne permettant à lui seul d'appréhender avec précision le comportement réel du patient. Les méthodes disponibles, directes et indirectes, sont complémentaires et présentent chacune des avantages et des limites. Dans ce contexte, il est recommandé d'associer au moins deux méthodes d'évaluation, dont l'une repose systématiquement sur les déclarations du patient (48,55).

### 2.5.1. Méthodes directes

- **Dosage sanguin ou urinaire des médicaments ou leurs métabolites**

Le dosage plasmatique ou urinaire consiste à mesurer la concentration du médicament ou de ses métabolites dans les fluides biologiques, généralement à partir de la concentration résiduelle correspondant au niveau minimal observé au cours de la journée (32,47,55).

- 👉 Cette méthode permet une évaluation objective et spécifique d'une prise récente du traitement et peut mettre en évidence une inobservance totale, notamment en l'absence prolongée de suivi médical (47).
- 👎 Cependant, cette approche ne permet pas d'apprécier les modalités de prise ni la régularité du traitement dans le temps. Elle est invasive, coûteuse et chronophage du fait de la répétition des prélèvements (56). De plus, les variations interindividuelles du métabolisme peuvent influencer les concentrations mesurées indépendamment de l'observance (54,57). Cette méthode n'est pas applicable à certains traitements, notamment inhalés, et peut être biaisée par un effet inducteur de prise, le patient prenant son traitement peu de temps avant le dosage (27,40).

- **Observation directe de la prise**

L'observation directe, « *Directly Observed Therapy* » (DOT) en anglais, repose sur la surveillance de la prise effective du traitement par un professionnel de santé ou un proche, dans le respect de la posologie et des modalités prescrites (32,55,57).

- 👉 Elle permet de vérifier concrètement l'utilisation du médicament et d'identifier d'éventuelles erreurs de prise. Elle est parfois utilisée dans des contextes particuliers, comme en milieu hospitalier ou institutionnel (55).
- 👎 Néanmoins, cette méthode est difficilement applicable en ambulatoire, requiert une implication importante de la personne observatrice et reste peu compatible avec un suivi prolongé dans le cadre des maladies chroniques (55).

### 2.5.2. Méthodes indirectes

Les méthodes de mesure indirectes sont les plus largement utilisées en pratique clinique et en recherche. Elles reposent sur l'évaluation du comportement du patient sans preuve biologique directe de la prise médicamenteuse. Leur succès s'explique par leur relative simplicité de mise en œuvre, leur coût généralement modéré et leur meilleure compatibilité avec le suivi au long cours des maladies chroniques. Toutefois,

ces méthodes mesurent le plus souvent une approximation du comportement réel de prise et nécessitent une interprétation prudente (55,56).

- **Auto-questionnaires d'observance**

Les auto-questionnaires (ou questionnaires auto-administrés) consistent en une série de questions standardisées adressées directement au patient afin d'évaluer son observance thérapeutique. Ils permettent d'estimer la fréquence des oublis, des interruptions volontaires ou des adaptations personnelles du traitement (55). Parmi les outils les plus utilisés figurent :

- Le **questionnaire de Girerd**, créé en 2001, composé de six items explorant différents déterminants de l'observance et produisant un score de 0 à 6 (58). Le questionnaire complet figure en annexe (cf. Annexe 1).
- Le **questionnaire de Morisky**, développé en 1986 pour l'hypertension, très simple et rapide, comportant quatre questions avec un score total compris entre 0 et 4 (27). Le questionnaire complet figure en annexe (cf. Annexe 2).
- **L'échelle visuelle EvalObs**, qui évalue le nombre de jours de prise effective du traitement au cours des quinze derniers jours, invite le patient à positionner un curseur sur une règle continue allant de l'absence totale de prise à une prise complète du traitement, en fonction de son estimation personnelle de l'observance sur la période considérée (58). Un score inférieur à 13 est considéré comme une mauvaise observance (59).



Figure 5 : Évaluation de l'observance par l'échelle visuelle continue EvalObs (60)

- 👉 Les auto-questionnaires sont peu coûteux, faciles à administrer et rapidement exploitables. Ils sont adaptés à une utilisation en consultation, en pharmacie ou dans le cadre d'études épidémiologiques. Ils permettent par ailleurs d'identifier certains comportements à risque et d'initier un dialogue autour de l'observance (55).
- 👎 Ces outils reposent sur les déclarations du patient et sont soumis à des biais importants, notamment des biais de mémorisation. Les patients peuvent surestimer leur observance afin de répondre à ce qu'ils perçoivent comme une attente du soignant (ce qu'il veut entendre), ce qui limite la fiabilité des scores obtenus (40,57).

- **Carnet de suivi du patient**

Le carnet de suivi consiste en un journal que le patient renseigne de manière prospective, notant chaque prise médicamenteuse sur une période définie. Cette approche vise à recueillir une information chronologique plus précise que celle obtenue par un questionnaire ponctuel (54,55).

- 👉 Cette méthode permet une évaluation plus fine de la régularité des prises et limite certains biais liés à l'oubli rétrospectif. Elle peut également sensibiliser le patient à son propre comportement thérapeutique (54).
- 👎 Le carnet de suivi nécessite un engagement actif et constant du patient. Des erreurs de remplissage, des omissions ou un remplissage différé peuvent survenir. Cette méthode est également peu adaptée aux patients peu motivés ou présentant des difficultés cognitives (32,55).

- **Entretien avec le patient**

L'entretien repose sur les informations fournies par le patient lors d'une consultation ou d'un échange téléphonique avec un professionnel de santé. Il s'agit d'une évaluation qualitative de l'observance, souvent intégrée au suivi clinique (55,57).

- 👉 Cette approche est simple à mettre en œuvre, rapide et très répandue (47). Elle permet une évaluation individualisée de l'observance et favorise l'échange entre le patient et le soignant, entretenant une relation de confiance entre les deux (55).
- 👎 La qualité des informations recueillies dépend fortement de la formulation des questions, du contexte de l'entretien et de la relation soignant-patient (53). Cette méthode nécessite la disponibilité du professionnel de santé et demeure exposée au biais de désirabilité sociale, aussi appelé biais de non-déclaration, le patient pouvant minimiser ses difficultés ou surestimer son observance afin de répondre aux attentes perçues du soignant. Elle est également sujette au biais de la « blouse blanche », correspondant à une amélioration transitoire de l'observance à l'approche d'une consultation (40,57).

- **Dénombrement des médicaments retournés**

Cette méthode consiste à demander au patient de rapporter ses médicaments lors de la consultation afin de compter le nombre de comprimés ou de gélules restants et de le comparer à la quantité théoriquement attendue (47,55,57).

- 👉 Elle est simple, peu coûteuse et facilement intégrable à la pratique clinique, notamment lors des consultations de suivi (32,55).
- 👎 Cette approche ne permet pas de vérifier l'ingestion réelle du médicament et peut conduire à une surestimation de l'observance (57). Elle nécessite que le patient rapporte effectivement ses traitements et une connaissance précise des dates de début et de fin de prise, ce qui la rend moins fiable pour les traitements chroniques prolongés (47).

- **Taux de renouvellement des ordonnances**

L'analyse des délais entre les renouvellements d'ordonnances permet d'estimer indirectement la continuité du traitement et la persistance thérapeutique. Elle repose sur l'observation de la régularité avec laquelle le patient sollicite le renouvellement de sa prescription auprès du médecin prescripteur, traduisant la poursuite du suivi médical et l'intention de maintenir le traitement dans le temps. (40,55).

- 👉 Les données sont facilement accessibles par voie informatique et permettent un suivi longitudinal simple, notamment dans les systèmes de soins informatisés (55).
- 👎 Le respect des délais de renouvellement ne garantit pas la prise effective du traitement. Certains patients peuvent renouveler leurs prescriptions sans consommer l'intégralité des médicaments, ou modifier les modalités de prise (54).

- **Taux de délivrance en pharmacie : MPR et PDC**

Le « **Medication Possession Ratio** » (MPR) correspond au rapport entre la quantité totale de médicaments délivrée en pharmacie et la quantité théoriquement nécessaire pour couvrir une période d'observation donnée, le plus souvent fixée à douze mois. Il est exprimé sous forme de pourcentage et calculé à partir des données de délivrance issues des bases médico-administratives. Un seuil conventionnel de 80 % est fréquemment retenu pour qualifier une observance jugée satisfaisante, bien que ce seuil puisse varier selon la pathologie étudiée et le contexte thérapeutique (30,32,40).

Le MPR est calculé comme :

$$\frac{\text{nombre total de jours de traitements dispensés}}{\text{nombre de jours écoulés entre la première et dernière dispensation} + \text{nombre de jours de traitements de la dernière dispensation}}$$

- 👉 Le MPR présente plusieurs avantages : il s'agit d'une méthode non invasive, objective et reproductible, qui ne modifie pas le comportement du patient et permet l'analyse de larges populations sur des périodes prolongées. Il est ainsi particulièrement adapté aux travaux d'épidémiologie en vie réelle, où il constitue un indicateur largement utilisé pour l'évaluation indirecte de l'observance médicamenteuse (27,32).
- 👎 Cependant, le MPR mesure la possession du médicament et non sa prise effective. Il ne renseigne ni sur la régularité des prises, ni sur le respect des posologies ou des modalités d'administration. Cette méthode peut conduire à une surestimation de l'observance lorsque les médicaments sont délivrés mais non consommés, stockés ou interrompus prématurément (47,55). Par ailleurs, le MPR ne permet pas d'identifier les comportements d'observance intermittente car il ne prend pas en compte les dates de renouvellements intermédiaires. Le phénomène des « vacances thérapeutiques » peut entraîner une période de carence suivie d'une période de surstockage en médicaments (61). Les deux périodes se compensent dans le calcul, alors qu'en pratique les médicaments ne peuvent être consommés rétroactivement. Un autre biais possible est quand le patient s'approvisionne plus tôt que la fin de son approvisionnement initial, ce qui peut amener à des MPR supérieurs à 100%. Le ratio MPR est alors ramené à 100% (62).

La « **Proportion of Days Covered** » (PDC) constitue une mesure alternative du taux de délivrance, exprimant la proportion de jours au cours desquels le patient dispose effectivement du traitement sur la période étudiée (61,62).

Le PDC est calculé comme :

$$\frac{\text{nombre de jours pendant lequel l'ensemble du traitement était accessible au patient}}{\text{nombre de jours sur la période analysée}}$$

- 👉 Contrairement au MPR, la PDC plafonne à 100 % et tient compte des chevauchements de délivrance, ce qui limite le risque de surestimation lié à l'accumulation de médicaments. Elle est ainsi particulièrement pertinente pour l'évaluation de traitements chroniques continus et pour les comparaisons entre populations (61,62).
- 👉 Néanmoins, comme le MPR, la PDC reste une mesure indirecte de l'observance reposant sur les données de délivrance. Elle ne permet pas de garantir la prise réelle du médicament ni d'apprécier les modalités précises d'administration. Ces deux indicateurs doivent donc être interprétés avec prudence et idéalement combinés à d'autres méthodes d'évaluation, notamment reposant sur le recueil du point de vue du patient (61).

- **Piluliers électroniques**

Les piluliers électroniques, et en particulier les dispositifs de type « *Medication Event Monitoring System* » (MEMS), reposent sur l'intégration d'une puce électronique au niveau du conditionnement du médicament, le plus souvent dans le bouchon du flacon. Cette puce enregistre de manière automatique la date et l'heure de chaque ouverture du pilulier, considérée comme un événement de prise médicamenteuse. Les données collectées permettent ainsi une analyse fine du comportement de prise, incluant la régularité, la fréquence et la persistance du traitement au cours du temps (27,41,55,57).

- 👉 Cette méthode offre une mesure indirecte précise de l'observance, avec une résolution temporelle élevée, permettant d'identifier des schémas d'inobservance complexes tels que les retards de prise, les oublis répétés ou les interruptions transitoires du traitement. Elle est particulièrement utilisée en recherche clinique et dans des études interventionnelles, où elle est souvent considérée comme l'une des méthodes indirectes les plus proches du comportement réel de prise (27,55).
- 👉 Cependant, les dispositifs MEMS restent contraignants sur le plan logistique et sont très onéreux, ce qui limite leur utilisation aux essais cliniques et à des durées d'observation limitées (54). Par ailleurs, la connaissance par le patient de la présence d'un dispositif de surveillance électronique et le cadre d'un suivi renforcé peuvent induire une amélioration transitoire de l'observance, relevant d'un biais de participation de type effet Hawthorne, susceptible de conduire à une surestimation des comportements observés. Enfin, ces dispositifs ne garantissent pas la prise effective du médicament, l'ouverture du pilulier pouvant ne pas être suivie de l'ingestion du traitement ou, inversement, une prise pouvant être réalisée sans ouverture du dispositif, notamment en cas de sortie anticipée des doses (30,54,57).



Figure 6 : Pilulier électronique "MEMS Cap Smart Pill Bottle" de AARDEX Groupe (63)

### • Marqueurs biologiques indirects d'observance

Les marqueurs biologiques indirects reposent sur l'analyse de paramètres biologiques reflétant l'efficacité globale d'un traitement médicamenteux, sans mesurer directement la prise du médicament. Parmi les plus utilisés figurent l'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans le diabète, l'*International Normalized Ratio* (INR) pour les traitements anticoagulants, les concentrations d'hormones thyroïdiennes dans l'hypothyroïdie, ou encore le bilan lipidique dans la prise en charge des dyslipidémies. Ces indicateurs traduisent l'exposition thérapeutique cumulée du patient et constituent ainsi une approche indirecte de l'observance (27,41).

- 👉 Ces marqueurs présentent l'avantage d'être intégrés au suivi clinique habituel, de bénéficier d'une large disponibilité et de ne pas nécessiter de dispositif spécifique supplémentaire. Ils sont couramment utilisés en pratique clinique et en recherche pour apprécier l'efficacité du traitement à moyen ou long terme. Un déséquilibre biologique inattendu, survenant en l'absence de modification thérapeutique ou de progression évidente de la maladie, peut alerter le soignant sur une possible inobservance et justifier une réévaluation du traitement ou un approfondissement de l'entretien avec le patient (43,64).
- 👎 Toutefois, ces paramètres biologiques sont influencés par de nombreux facteurs indépendants de l'observance, tels que l'évolution naturelle de la pathologie, la variabilité inter et intra-individuelle, les interactions médicamenteuses ou les modifications du mode de vie. Ils ne permettent pas de distinguer clairement une inobservance d'une inefficacité thérapeutique ou d'une résistance au traitement. De ce fait, les marqueurs biologiques doivent être considérés comme des indicateurs indirects, non spécifiques, nécessitant une interprétation prudente et combinée à d'autres méthodes d'évaluation de l'observance (55,64,65).

## 2.6. Stratégies d'amélioration de l'observance en soins primaires

Après avoir décrit les différentes méthodes d'évaluation de l'observance thérapeutique et leurs limites, il convient désormais de s'intéresser aux leviers permettant de l'améliorer. En effet, la mesure de l'observance ne prend tout son sens que si elle est suivie d'actions adaptées. Ces stratégies s'inscrivent principalement dans le cadre des soins primaires, qui seront abordés dans un premier temps.

### 2.6.1. Les soins primaires : cadre privilégié pour l'observance

Cette sous-partie s'attachera à présenter les soins primaires à travers leurs principales définitions, les acteurs et lieux d'exercice qui les composent, ainsi que leurs caractéristiques essentielles, avant d'en souligner l'intérêt dans l'amélioration de l'observance thérapeutique.

#### a) Définitions

Lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata en 1978, l'OMS décrivait les soins primaires comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus (...) par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays » (66).

Près d'un demi-siècle plus tard, une approche, plus claire définit les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé. Cette conception rejoint la notion anglo-saxonne de « *primary health care* », qui souligne explicitement leur rôle de soins de premier recours, point d'entrée privilégié dans le système de santé, une dimension que la terminologie française rend de manière moins immédiate. Ils incluent l'ensemble des services nécessaires pour répondre à la majorité des besoins en santé de la population et s'inscrivent tout au long du parcours de soins, depuis la promotion de la santé et la prévention des maladies jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs (67).

#### b) Acteurs et lieux d'exercice des soins primaires

Les soins primaires mobilisent une diversité de professionnels de santé dont le pilier central est le médecin généraliste (environ 99 000 en 2023) (22). On y compte également les pharmaciens, infirmiers libéraux, sage-femmes, kinésithérapeutes, psychologues, dentistes, podologues, orthophonistes, diététiciens, assurant une offre de proximité et constituant la base du système de soins ambulatoire (68).

Ils exercent dans une grande diversité de structures : cabinets libéraux, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires, pharmacies d'officine.

#### c) Focus sur les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP constituent un pilier du renforcement des soins primaires. Ce sont des structures d'exercice coordonné réunissant au minimum : des médecins généralistes, paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes) et éventuellement des pharmaciens, sage-femmes, dentistes, etc (69). Elles reposent sur un projet de santé pluriprofessionnel avec des protocoles de prise en charge communs, une organisation formalisée de la coordination via la réalisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle et des actions territoriales (prévention, éducation thérapeutique, dépistages). Le regroupement de plusieurs types de professionnels en un même lieu et leur coordination permettent un accès aux soins facilités, une continuité des soins en cas d'absence du professionnel et une prise en charge globale autour des besoins du patient (70). On en compte plus de 2 500 en 2025 en France dont 287 dans les Hauts-de-France avec plus de 5 000 professionnels de santé investis sur l'ensemble du territoire régionale comme l'atteste la carte située en Annexe (Cf. Annexe 3).

#### d) Les caractéristiques essentielles des soins primaires

Les soins primaires se différencient des soins spécialisés hospitaliers et se caractérisent par leur : (71–73)

- **Accessibilité** : porte d'entrée dans le système de santé, accessible à tous, favorisant une relation thérapeutique solide, une consultation précoce et une orientation si nécessaire vers des structures spécialisées ;
- **Globalité** : capacité à prendre en charge un large éventail de besoins de santé tout au long de la vie, permettant de limiter les recours spécialisés inutiles ;
- **Continuité** : capacité d'assurer une prise en charge cohérente et fluide dans le temps, à travers différents épisodes de soins et transitions, reposant sur une relation durable et de confiance entre le patient et les soignants ;
- **Approche centrée sur la personne** : L'individu est considéré dans sa globalité sur les plans physique, mental et social, à la différence des soins spécialisés qui se concentrent sur un organe ou une pathologie. Elle soutient une vision des soins primaires qui valorise l'expérience vécue du patient, renforce les capacités d'autogestion et s'appuie sur des connaissances partagées au sein de la communauté ;
- **Coordination** : Organiser et harmoniser la prise en charge à travers l'ensemble des services de santé, permettant une articulation fluide entre les différents intervenants et une réduction des risques associés aux transitions hôpital-ville.

#### e) Cadre privilégié pour soutenir l'observance

Les soins primaires occupent une place déterminante dans le maintien et l'amélioration de l'observance thérapeutique, en particulier dans la prise en charge des maladies chroniques. Par la nature même de leur organisation, ils constituent un cadre privilégié pour accompagner le patient sur le long terme et intervenir de manière précoce face aux difficultés d'adhésion aux traitements (73).

L'inscription du suivi dans la durée permet un repérage plus fin des situations d'inobservance, qu'il s'agisse de ruptures de traitement, d'oublis répétés ou de difficultés liées à la tolérance des traitements. La répétition des contacts avec les professionnels de santé favorise l'identification des freins à la prise et permet des interventions ajustées aux besoins du patient (31,51,74).

La dynamique collaborative propre aux soins primaires facilite une adaptation réactive de la prise en charge. Les échanges entre professionnels contribuent à limiter les incohérences thérapeutiques, à simplifier les schémas de traitement lorsque cela est possible et à anticiper les facteurs susceptibles d'altérer l'observance (27,39). Ce cadre favorise par ailleurs l'instauration d'une relation de confiance durable entre le patient et les soignants, condition essentielle à l'adhésion thérapeutique. Le dialogue régulier permet au patient d'exprimer ses représentations, ses attentes et ses contraintes, renforçant ainsi son implication dans la prise en charge (39).

Enfin, les soins primaires constituent un environnement propice à l'implication active du patient dans les décisions thérapeutiques. En soutenant une approche centrée sur le partage de l'information et la co-construction du projet de soins, ils contribuent à une meilleure appropriation du traitement et à une observance plus durable (16,52,75).

## **2.6.2. Outils et soutiens à l'observance en soins primaires**

En complément du cadre organisationnel offert par les soins primaires, différents outils et dispositifs de soutien peuvent être mobilisés afin d'accompagner les patients dans la prise de leur traitement. Ces outils visent à faciliter l'adhésion thérapeutique, à prévenir les oublis et à renforcer la compréhension du traitement, tout en s'adaptant aux capacités, aux préférences et au contexte de vie des patients.

Les dispositifs d'accompagnement de l'observance thérapeutique reposent en premier lieu sur la qualité de la relation entre le patient et les professionnels de santé. Une relation fondée sur l'empathie, l'absence de jugement, la disponibilité et des compétences en communication adaptées favorise l'expression des difficultés rencontrées par le patient et renforce son engagement dans la prise en charge thérapeutique. Cette relation de confiance constitue un préalable indispensable à la mise en œuvre de toute stratégie visant à améliorer l'adhésion aux traitements (31,33,40).

Dans ce cadre, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) occupe une place centrale. Elle vise à renforcer l'autonomie du patient en facilitant sa compréhension de la maladie, de ses traitements et de leurs enjeux, tout en améliorant sa qualité de vie (26,76). L'ETP s'inscrit dans une approche biopsychosociale, prenant en compte les interactions entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la maladie (33). Elle repose sur des activités structurées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et les comportements de santé (40,54). Son efficacité est bien documentée dans plusieurs pathologies chroniques, notamment dans le champ des maladies psychiatriques telles que la dépression (53).

Par ailleurs, divers outils d'aide à la prise et au rappel peuvent être proposés afin de soutenir l'observance au quotidien (29,41,46,77). Ces dispositifs participent à l'engagement actif du patient dans sa prise en charge (76) :

- Les piluliers permettent de regrouper les médicaments par jour et par moment de prise, facilitant l'organisation du traitement, en particulier chez les patients nécessitant une prise médicamenteuse régulière. Leur utilisation contribue à réduire les oublis, les erreurs de prise et la charge cognitive associée à des schémas thérapeutiques complexes. La préparation et le suivi des piluliers peuvent être assurés par différents professionnels de santé, notamment les infirmiers, qui jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement quotidien du patient, en particulier à domicile ou en établissement médico-social. Ce dispositif favorise une meilleure sécurisation du circuit du médicament et participe au maintien de l'observance thérapeutique, notamment chez les patients âgés ou présentant des troubles cognitifs (53,75).
- Les outils numériques, tels que les montres ou bracelets connectés, constituent des supports innovants pour l'accompagnement de l'observance thérapeutique. Ces dispositifs permettent de programmer des rappels de prise

médicamenteuse et peuvent être associés à d'autres messages de prévention, tels que des incitations à l'activité physique ou à l'hydratation. Certains dispositifs, à l'image des bracelets développés par le laboratoire Biogaran, illustrent l'intérêt de ces outils dans la structuration des habitudes quotidiennes, en combinant rappels thérapeutiques et messages de santé globale. Leur utilisation peut ainsi contribuer à renforcer l'engagement du patient dans sa prise en charge (78,79).



Figure 7 : Bracelet du laboratoire Biogaran pour le rappel de prise (Source : Biogaran.fr)

- Les applications mobiles dédiées à la santé constituent également des supports d'intérêt pour améliorer l'observance. Elles offrent généralement des fonctionnalités de rappel de prise, des contenus éducatifs personnalisés et, pour certaines, un suivi de l'adhérence en temps réel. En donnant un rôle actif au patient dans la gestion de son traitement, ces applications favorisent l'autosurveillance et l'implication dans la prise en charge, à condition qu'elles soient adaptées au niveau de littératie numérique et aux préférences des utilisateurs (76,77).
- Enfin, les dispositifs de rappel de prise plus simples, tels que les messages par SMS, les appels téléphoniques ou les courriers électroniques, ont également montré leur efficacité pour limiter les oublis de traitement. Faciles à mettre en œuvre, ces outils présentent l'avantage d'une large accessibilité et peuvent être intégrés dans des stratégies d'accompagnement individualisées, en complément d'autres dispositifs de soutien à l'observance (33,39,75,80).

Les échanges réguliers avec les professionnels de santé jouent un rôle déterminant dans le maintien de l'observance, avec une place particulière du pharmacien d'officine. Accessible sans rendez-vous, ce dernier est en mesure d'assurer un suivi longitudinal des patients, de repérer les freins à l'adhésion et d'identifier précocement la survenue d'effets indésirables (37,41,51,76). Le pharmacien participe activement à l'accompagnement du patient par la réalisation de plans de prise personnalisés (81), d'entretiens pharmaceutiques ciblés (asthme, anticoagulants, oncologie) et, plus récemment, de bilans de prévention portant sur différentes thématiques en lien avec la chronicité. Ces dispositifs permettent de vérifier la compréhension du traitement, d'évaluer l'adhérence et la tolérance, et d'identifier les difficultés rencontrées. Dans certaines situations, la préparation des doses à administrer (PDA) constitue un soutien supplémentaire à l'observance. Elle consiste en la préparation anticipée d'un pilulier personnalisé, nominatif et tracé, le plus souvent à destination des établissements médico-sociaux (32). Cette préparation peut être réalisée manuellement par un

préparateur en pharmacie ou de manière automatisée à l'aide de systèmes robotisés, avant d'être systématiquement contrôlée par le pharmacien (78).

Le soutien apporté par les associations de patients représente également un levier complémentaire d'amélioration de l'observance. Ces structures contribuent à répondre aux difficultés rencontrées par les malades et leurs proches, à défendre leurs intérêts et à développer des outils favorisant l'organisation de la prise en charge (32). L'émergence de patients experts partageant leur expérience et leurs recommandations constitue une ressource précieuse pour renforcer l'adhésion thérapeutique, en particulier par le partage d'expériences vécues (39,82).

Enfin, le soutien familial joue un rôle non négligeable dans le maintien de l'observance, notamment par le rappel des prises et l'accompagnement au quotidien (40,53). Une attitude compréhensive, facilitante et marquée par des attentes positives vis-à-vis du traitement favorise une meilleure adhésion thérapeutique (47). Ce soutien est particulièrement déterminant chez les populations pédiatriques, pour lesquelles l'implication de l'entourage conditionne largement l'observance (53).

### **2.6.3. Adaptation et simplification du schéma thérapeutique**

Au regard des facteurs d'inobservance précédemment décrits, l'adaptation et la simplification du schéma thérapeutique apparaissent comme des stratégies centrales pour améliorer l'adhésion aux traitements en soins primaires (83).

Une première dimension de la simplification concerne la réduction de la fréquence quotidienne des prises médicamenteuses. (84) Le passage, lorsque cela est cliniquement possible, d'un schéma pluriquotidien à une prise unique quotidienne permet de limiter les oublis, de réduire les contraintes organisationnelles et de faciliter l'intégration du traitement dans le quotidien du patient (30,40,48,53). Cette approche s'appuie notamment sur le recours à des médicaments à libération prolongée ou à action prolongée, permettant de maintenir une efficacité thérapeutique sur une durée étendue (41,53). Ces formulations présentent également l'intérêt de limiter l'impact clinique d'un oubli ponctuel de prise, en assurant une couverture thérapeutique plus régulière (30,54). Dans certaines situations cliniques comme le traitement de l'ostéoporose, la simplification peut aller au-delà de la prise quotidienne et s'inscrire dans des schémas d'administration hebdomadaire voire mensuelle. Ces modalités permettent de réduire considérablement la fréquence des prises, tout en améliorant l'adhésion au traitement sur le long terme (30,77).

Une seconde dimension complémentaire de la simplification concerne la réduction du nombre de médicaments distincts à administrer lors de chaque temps de prise (48,85). La multiplication des comprimés ou des unités de prise à un même moment renforce la complexité du schéma thérapeutique et augmente le risque d'erreurs médicamenteuses (76). Le recours aux associations médicamenteuses, en particulier sous forme d'associations fixes, permet de limiter le nombre de médicaments à prendre sans modifier la stratégie thérapeutique globale (41,45,83). Cette approche contribue à alléger la charge médicamenteuse et à améliorer l'observance, en particulier chez les patients polymédiqués (53,76,83).

Au-delà de ces deux axes principaux, l'adaptation du schéma thérapeutique inclut également le choix de formes galéniques adaptées aux capacités et aux préférences du patient (28,77). Les difficultés de déglutition, les troubles cognitifs ou sensoriels, ou certaines limitations fonctionnelles peuvent constituer des freins importants à la prise

médicamenteuse (29,77,85). Le recours à des formes orodispersibles, liquides, transdermiques ou inhalées permet, dans certaines situations, de simplifier concrètement la prise du traitement et d'en améliorer l'acceptabilité (27,53).

La prise en compte des effets indésirables représente un autre volet essentiel de cette démarche. Les effets indésirables constituent une cause fréquente de mauvaise observance ou d'arrêt du traitement (31,59,77). En soins primaires, leur identification précoce permet d'adapter les posologies, de modifier les modalités de prise ou d'envisager un changement de molécule, afin d'améliorer la tolérance du traitement tout en maintenant son efficacité (29,45,47). Dans l'HTA, il est démontré qu'une association à petites doses est mieux tolérée et aussi efficace qu'une monothérapie à forte dose (33).

La simplification du schéma thérapeutique peut également s'inscrire dans une démarche de déprescription raisonnée. Celle-ci consiste à réévaluer régulièrement la pertinence des traitements prescrits afin d'identifier ceux dont le rapport bénéfice-risque est défavorable, en particulier chez les patients âgés ou polymédiqués (86,87). La réduction du nombre de traitements inutiles ou redondants contribue à diminuer la charge médicamenteuse globale, à limiter le risque iatrogène et à améliorer l'adhésion thérapeutique (41,50).

Le bilan partagé de médication (BPM) constitue un outil structurant de l'adaptation et de la simplification du schéma thérapeutique en soins primaires. Il s'agit d'un entretien pharmaceutique approfondi destiné aux patients de plus de 65 ans bénéficiant d'un traitement comportant plus de 5 molécules, visant à analyser de façon globale l'ensemble des médicaments pris par le patient, qu'ils soient prescrits ou issus de l'automédication (27,78). Réalisé par le pharmacien en coordination avec le médecin traitant, le BPM permet d'évaluer la compréhension du traitement, la pertinence des prescriptions et la tolérance des médicaments. Il facilite l'identification des difficultés rencontrées par le patient, notamment celles liées à la fréquence des prises, au nombre de médicaments par prise ou à la survenue d'effets indésirables. En associant activement le patient à l'analyse de son traitement, cette démarche favorise la co-construction d'ajustements thérapeutiques adaptés à son mode de vie et contribue à renforcer durablement l'observance thérapeutique (88).

#### **2.6.4. Vers une participation active du patient**

Toutefois, l'efficacité de ces différentes stratégies d'amélioration de l'observance repose largement sur la participation active du patient à sa prise en charge. L'observance ne peut être envisagée comme une simple exécution des prescriptions médicales, mais comme un processus dynamique nécessitant l'adhésion, la compréhension et l'engagement du patient dans les décisions thérapeutiques le concernant (76,77,82).

Les approches centrées exclusivement sur les outils ou la simplification des traitements montrent leurs limites lorsqu'elles ne tiennent pas compte des préférences, des attentes et des représentations du patient (89,90). Cette évolution vers un modèle plus collaboratif de la relation de soins a conduit au développement du concept de prise de décision partagée, qui constitue aujourd'hui un levier central pour améliorer durablement l'observance thérapeutique chez les patients atteints de maladies chroniques (37,52,91).

### **3. La prise de décision partagée (PDP)**

La prise de décision partagée s'inscrit dans l'évolution des modes de prise de décision en santé, à mesure que la relation de soins s'est transformée et que la place accordée au patient s'est progressivement renforcée. Elle invite à repenser les mécanismes décisionnels, les interactions entre les acteurs du soin et les cadres conceptuels qui les structurent. Cette partie introduit la décision partagée, en abordant successivement ses fondements, son développement dans les pratiques de soins et ses implications, notamment au regard des enjeux liés à l'observance thérapeutique.

#### **3.1. Fondements et cadre conceptuel de la prise de décision partagée**

##### **3.1.1. Origine et évolution du concept**

Jusqu'aux années 1980, la relation de soins a été largement dominée par un modèle paternaliste, dans lequel le médecin, considéré comme l'expert légitime, prenait seul les décisions thérapeutiques au regard de ce qu'il estimait être l'intérêt du patient (92–94). Ce modèle reposait sur le principe selon lequel le médecin savait ce qui était le mieux pour le patient et agissait dans une logique de bienfaisance, sans nécessairement intégrer les préférences de ce dernier dans le processus décisionnel (95,96). Le rôle du patient y demeurait essentiellement passif, se limitant le plus souvent à l'acceptation ou au consentement aux décisions proposées, ce qui correspond à un modèle asymétrique consensuel de la relation de soins (97–99). Cette conception est notamment illustrée par le modèle sociologique de Parsons, décrit en 1951, qui définit le rôle du malade comme devant chercher à aller mieux en sollicitant l'expertise médicale et en se conformant aux prescriptions du professionnel de santé. Dans cette perspective, l'autorité du médecin et l'obligation morale du patient de suivre le traitement constituaient les fondements du contrat thérapeutique (93,98,100).

Face aux limites de ce modèle, et afin de répondre à l'asymétrie d'information entre médecins et patients, plusieurs modèles alternatifs ont progressivement émergé (93,101,102). Le modèle du médecin décideur repose sur un transfert unidirectionnel de l'information du patient vers le médecin, ce dernier prenant seul la décision à partir des préférences exprimées par le patient. À l'inverse, le modèle informatif, également qualifié de modèle du patient décideur, confère au médecin un rôle essentiellement technique de transmission des connaissances, la décision finale relevant exclusivement du patient (93,95). Bien que distincts, ces modèles demeurent marqués par une approche non collaborative de la décision médicale, sans véritable co-construction entre le patient et le professionnel de santé (101).

C'est dans ce contexte que s'est développé, à partir des années 1970-1980, un autre modèle, qualifié de délibératif, la prise de décision partagée, en lien avec les profondes mutations des sociétés occidentales (97,103). L'essor des droits des patients, l'émergence de la démocratie sanitaire, l'amélioration de l'accès à l'information médicale, notamment via Internet, et la reconnaissance croissante de l'autonomie des patients ont contribué à remettre en question les modèles décisionnels traditionnels (92,97–99). La PDP s'est ainsi imposée comme une réponse conceptuelle et pratique à ces évolutions, en proposant un modèle véritablement collaboratif de la relation de soins (103).

### 3.1.2. Définition de la décision partagée

La décision partagée peut être définie comme un processus collaboratif et délibératif au cours duquel le patient et le professionnel de santé prennent conjointement une décision thérapeutique. Ce processus s'appuie à la fois sur les données issues de la médecine fondée sur les preuves (EBM – *Evidence Based Medicine* en anglais), l'expertise clinique du soignant, ainsi que sur les valeurs, préférences et priorités exprimées par le patient (97,104–106).

#### Modèle de la décision médicale partagée (*shared decision making*)

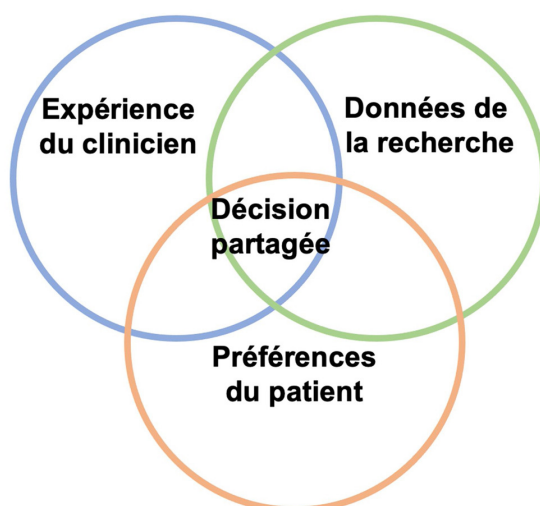


Figure 8 : La décision partagée et ses trois composantes (107)

Issue de la traduction de l'expression anglo-saxonne « *shared decision making* », elle est souvent désignée en français par l'expression « décision médicale partagée ». L'expression « prise de décision partagée » est préférée, car elle met davantage l'accent sur la dynamique du processus délibératif plutôt que sur l'acte décisionnel lui-même, et permet d'éviter toute confusion avec une décision partagée exclusivement entre professionnels de santé (93). Certains auteurs proposent d'ailleurs de parler de « processus de révélation des préférences des patients », soulignant l'importance centrale de cette dimension (108). Afin d'harmoniser la terminologie utilisée dans ce travail, le terme « prise de décision partagée » (PDP) sera retenu dans la suite de cette thèse pour désigner le concept de décision partagée.

La prise de décision partagée repose classiquement sur deux temps principaux : un premier temps d'échange et de partage d'informations, de discussion et de délibération, nécessitant des compétences spécifiques en communication et pouvant s'appuyer sur des outils d'aide à la décision, puis un second temps aboutissant à une décision conjointe, acceptée par les deux parties (101,109–111). Au cours de ce processus, le patient acquiert une compréhension des enjeux de sa maladie et des options thérapeutiques, évalue les bénéfices et les risques au regard de ses propres valeurs et participe activement à la décision retenue (95,112).

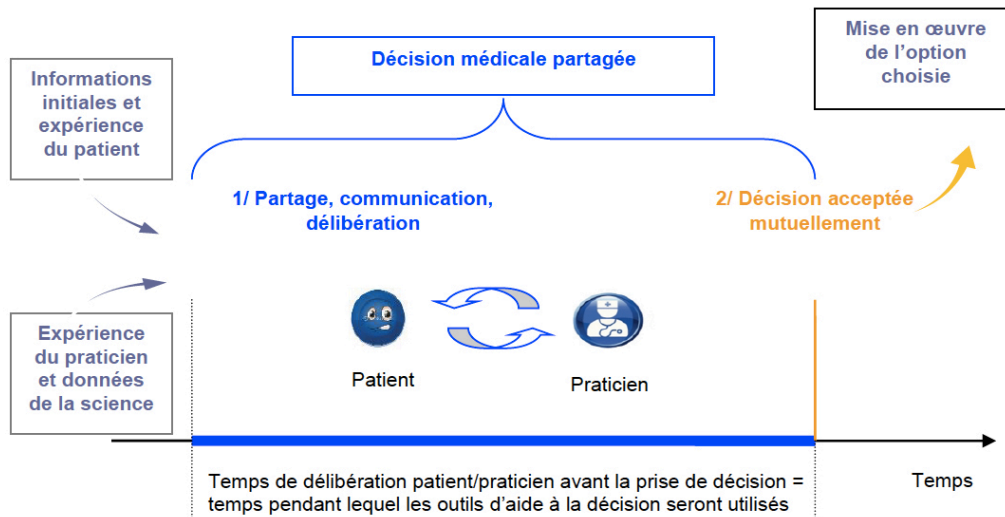


Figure 9 : Processus de prise de décision partagée selon la HAS (93)

### 3.1.3. La PDP dans le contexte des maladies chroniques

Le développement des maladies chroniques a profondément remis en question le modèle paternaliste traditionnel, en modifiant durablement le rapport des patients à leur maladie. Contrairement aux pathologies aiguës, la maladie chronique s'inscrit dans la durée et impose une gestion quotidienne, souvent sur le long terme, sans perspective de guérison immédiate (21). Dans ce contexte, le soignant ne peut plus se limiter à une intervention ponctuellement, mais doit accompagner le patient dans un processus prolongé d'adaptation et de gestion de la maladie (98,110).

La prise de décision partagée apparaît dès lors particulièrement pertinente dans les maladies chroniques, où les choix thérapeutiques impliquent fréquemment plusieurs options valides, associées à des bénéfices, des risques et des contraintes différents. Ces décisions nécessitent des arbitrages prenant en compte non seulement les données médicales disponibles, mais également le vécu, les priorités et les préférences du patient, notamment lorsqu'elles ont un impact direct sur sa qualité de vie (8,16,97,106). De nombreuses situations cliniques illustrent cette complexité décisionnelle, comme dans le cancer du sein qui peut être traité par mastectomie totale ou par chirurgie conservatrice, les deux méthodes ayant le même taux de survie mais des implications différentes sur le plan corporel et psychosocial (100,106).

Dans les maladies chroniques, les décisions thérapeutiques ne sont généralement ni uniques ni définitives. Elles s'inscrivent dans un processus dynamique et évolutif, régulièrement réévalué en fonction de l'évolution de la pathologie, de la tolérance aux traitements ou des changements dans le contexte de vie du patient (97). Dans cette perspective, la PDP s'inscrit dans les modèles contemporains de prise en charge des maladies chroniques, fondés sur la continuité, la coordination et la personnalisation des soins. En reconnaissant le patient et le professionnel de santé comme experts complémentaires, la PDP contribue à structurer les choix thérapeutiques dans une logique de partenariat de soins. Le soignant mobilise son expertise clinique et scientifique, tandis que le patient apporte son expérience vécue de la maladie, ses contraintes quotidiennes et ses priorités personnelles. Cette articulation des savoirs permet d'ancrer les décisions thérapeutiques dans une cohérence globale du parcours de soins, en tenant compte à la fois des objectifs médicaux et du contexte de vie de la personne prise en charge (93,106).

## 3.2. Institutionnalisation de la PDP : apports internationaux et évolution en France

### 3.2.1. Développement de la PDP à l'échelle internationale

À l'échelle internationale, la prise de décision partagée s'est progressivement imposée comme une composante centrale des politiques de soins centrés sur la personne et des cadres de bonnes pratiques en santé. Cette reconnaissance s'est accompagnée d'un essor continu de la communauté scientifique et professionnelle engagée dans la promotion et l'étude de la PDP, associant chercheurs, cliniciens et représentants des patients. La série de conférences internationales *ISDM Conference* illustre cette dynamique. Initiée à Oxford (Royaume-Uni) en 2001, elle s'est tenue successivement à Swansea (Pays de Galles) en 2003, Ottawa (Canada) en 2005, Fribourg (Allemagne) en 2007, Boston (États-Unis) en 2009, Maastricht (Pays-Bas) en 2011, Lima (Pérou) en 2013 et Sydney (Australie) en 2015, témoignant de la diffusion mondiale du concept au-delà des contextes anglo-saxons traditionnels. La 13<sup>e</sup> conférence de l'ISDM se tiendra du 7 au 10 juillet 2026 sur le campus de Dartmouth College à Hanover, dans le New Hampshire (États-Unis), et réunira de nouveau chercheurs, professionnels de santé, patients et décideurs autour des avancées méthodologiques et des enjeux pratiques de la décision partagée dans différents systèmes de soins (93,113,114).



Figure 10 : 13e conférence de l'ISDM en 2026 aux USA (114)

Plusieurs pays se distinguent par leur rôle moteur dans le développement et l'institutionnalisation de la PDP. Au Canada, l'environnement de financement de la recherche s'est montré particulièrement favorable, avec un accent marqué sur l'implication des patients dans la recherche et leur autonomisation dans le parcours de soins. Des modèles interprofessionnels de PDP ont été développés et les outils d'aide à la décision sont utilisés de manière routinière dans certains champs cliniques. Des groupes de recherche assurent par ailleurs la gestion d'inventaires internationaux d'outils d'aide à la décision et de plateformes recensant des programmes de formation dédiés à la PDP (113,115,116).

En Australie, la décision partagée est intégrée aux standards cliniques nationaux, notamment dans les processus d'accréditation des établissements de santé, des structures de soins ambulatoires et dans la formation médicale. Bien que l'implication des patients et l'usage des outils d'aide à la décision se soient renforcés, la formation des professionnels et l'implémentation effective de la PDP en pratique quotidienne demeurent des défis majeurs. La pérennité et l'actualisation régulière des outils à partir des meilleures données probantes constituent également un enjeu central (113,115).

Au Royaume-Uni, la PDP bénéficie d'un cadre juridique structurant les droits des patients et les responsabilités des professionnels. Des formations spécifiques ont été développées et intégrées avec succès dans les cursus médicaux, tandis que plusieurs outils d'aide à la décision sont désormais utilisés en routine. La décision partagée figure clairement à l'agenda politique, soutenue par les autorités de régulation, les sociétés savantes et les organisations de patients. Des progrès significatifs ont été observés grâce à des sites pilotes, des initiatives de renforcement des compétences et un leadership institutionnel affirmé (115,117,118).

Aux États-Unis, la décision partagée est de plus en plus reconnue comme une composante des soins fondés sur la valeur. Au cours de la dernière décennie, des initiatives fédérales et étatiques ont contribué à lier la PDP aux mécanismes de financement des soins et à renforcer la protection juridique des professionnels de santé. De nombreuses fondations soutiennent des recherches visant à identifier les meilleures stratégies d'implémentation. Néanmoins, une évolution plus profonde des représentations reste nécessaire pour reconnaître pleinement le patient comme acteur de sa prise en charge, impliquant une ouverture accrue aux innovations organisationnelles, technologiques et à la participation directe des patients (113,115).

Sur le plan international, la structuration de la qualité des outils d'aide à la décision a été renforcée par la création, en 2003, de l'*International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration*, qui élabore des standards internationaux mobilisant des acteurs issus de plus de quatorze pays. Dans ce cadre, l'État de Washington constitue un exemple singulier aux États-Unis, disposant d'un cadre législatif spécifique encadrant la décision partagée et d'un dispositif officiel de certification des outils d'aide à la décision. Depuis 2016, la *Health Care Authority* y évalue et certifie ces outils sur la base des critères IPDAS, afin d'en garantir la qualité et la fiabilité (115,119,120).

Enfin, la décision partagée s'inscrit dans des orientations plus larges de santé publique portées par l'OMS. En Europe, un rapport publié en 2008 souligne l'importance de politiques visant à renforcer le rôle actif des patients dans les décisions qui les concernent. Ces stratégies reposent notamment sur le développement de la littératie en santé, la promotion de la décision partagée et l'implication des patients dans la prise en charge et le suivi des maladies chroniques (93,121).

### **3.2.2. Institutionnalisation de la PDP en France**

En France, la reconnaissance du rôle du patient dans les décisions de santé s'inscrit dans une évolution progressive du cadre juridique et institutionnel. Dès 1994, la loi n° 94-653 relative au respect du corps humain introduit dans le Code civil la notion de consentement du patient en cas de nécessité médicale. Toutefois, au début des années 2000, les réflexions autour de la démocratie sanitaire dépassent la seule exigence du consentement éclairé pour affirmer le droit du patient à devenir acteur des décisions concernant sa santé. Cette évolution trouve une traduction majeure avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article L.1111-4 du Code de la santé publique (CSP) établit que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé », consacrant ainsi juridiquement le principe d'une décision conjointe entre le patient et le soignant. Bien que la loi n'emploie pas explicitement l'expression de « décision médicale partagée », celle-ci dispose dès lors d'une assise législative claire en France et s'inscrit pleinement dans les dynamiques de démocratie sanitaire (92,93,122).

Cette reconnaissance du patient comme acteur de sa prise en charge est renforcée en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui inscrit l'éducation thérapeutique du patient dans le parcours de soins à travers l'article L.1161-1 du CSP. L'ETP vise à permettre aux patients atteints de maladies chroniques de développer des compétences d'autogestion, relatives aux symptômes, aux traitements, aux conséquences psychosociales de la maladie et aux adaptations du mode de vie qu'elle impose. Cette approche contribue à replacer le patient au centre de la démarche de soins, au-delà d'une vision strictement biomédicale (93,94,123).

Sur le plan des recommandations professionnelles, la HAS publie en 2013 un guide de bonnes pratiques intitulé *Décider ensemble*, visant à clarifier le concept de PDP et à en proposer des modalités concrètes de mise en œuvre. Ce document présente les fondements théoriques de la PDP, ses déclinaisons dans différents contextes internationaux, ainsi que les outils d'aide à la décision facilitant la participation du patient, avant d'en discuter les effets potentiels sur la qualité des soins (93,124,125).

La loi de modernisation du système de santé de 2016 marque une nouvelle étape avec la création du Service public d'information en santé (SPIS), dont la mission est d'informer et d'accompagner les citoyens afin de favoriser leur participation aux choix en santé. Le SPIS constitue depuis lors un levier important de promotion des soins centrés sur la personne et de la décision partagée, notamment via la plateforme *sante.fr*, qui propose des informations et des outils d'aide à la décision accessibles aux patients comme aux professionnels de santé, utilisables en consultation et en dehors. Dans cette continuité, le ministère de la Santé lance en 2018, pour la première fois en France, un programme spécifiquement dédié au développement d'une culture de la décision partagée. Celui-ci repose sur un groupe de travail pluridisciplinaire associant représentants de patients, médecins, décideurs publics et chercheurs, avec pour objectif une implémentation progressive de la PDP au sein du système de santé, en débutant par le champ de la prévention du risque cardiovasculaire (126–128).

Par ailleurs, la HAS renforce son engagement en faveur de la décision partagée par la publication, en 2018, d'un document méthodologique consacré au développement des outils d'aide à la décision, à destination des professionnels de santé et des associations d'usagers. En 2019, elle intègre le partenariat avec les patients comme critère de qualité dans la certification des établissements de santé, marquant une reconnaissance institutionnelle explicite de cette approche. La même année, la HAS crée un comité dédié à l'engagement des usagers, réunissant patients et professionnels, afin de promouvoir durablement la participation des patients dans le champ sanitaire et médico-social (108,127,129).

Enfin, le rôle des associations de patients constitue un levier majeur de cette évolution. Créée en mars 2017, France Assos Santé regroupe 85 associations agréées de patients. Elle a inscrit la décision partagée parmi ses axes stratégiques pour la période 2019-2022, dans l'objectif de renforcer le pouvoir d'agir des usagers. Dans ce cadre, une campagne de communication reposant sur des affiches relayées par les professionnels de santé a été lancée en 2021. Cette initiative fait l'objet d'une évaluation, en partenariat avec la faculté de médecine et l'école de santé publique de Nantes, portant sur la compréhension et la satisfaction des patients et des professionnels, avant une analyse de son impact sur l'activation des patients à l'échelle régionale, en vue d'un éventuel déploiement élargi (127,130).

Malgré ce cadre juridique, institutionnel et associatif favorable, plusieurs travaux soulignent qu'en France, plus de dix ans après la publication par la HAS du guide national sur la décision partagée, le concept demeure encore imparfaitement défini et compris par les professionnels de santé. Si ces derniers déclarent porter une attention réelle aux préférences des patients et au recueil de leur consentement lors des décisions thérapeutiques, ces pratiques ne s'inscrivent pas toujours dans une démarche formalisée et identifiée comme relevant de la décision partagée (113,124).



Figure 11 : Affiche promotionnelle de la PDP par France Assos Santé (2022)

### 3.3. Processus et modalités pratiques de la décision partagée

La prise de décision partagée ne se résume pas à une posture relationnelle, mais correspond à un processus structuré, mobilisant plusieurs acteurs et reposant sur des étapes clairement identifiées. Sa mise en œuvre effective nécessite des compétences spécifiques en communication, une organisation adaptée de la consultation et, dans certains cas, le recours à des outils de soutien. Cette section décrit les modalités pratiques de la PDP, en précisant les acteurs impliqués, les étapes du processus décisionnel et les principaux supports mobilisables en pratique.

### 3.3.1. Les acteurs de la PDP

Selon la définition proposée par Charles *et al.*, la prise de décision partagée implique à minima la participation active de deux acteurs : le patient et le médecin. Ces deux parties sont reconnues comme détenteurs de savoirs complémentaires, dont l'articulation constitue le fondement du processus décisionnel (98).

Le patient occupe une place centrale dans la prise de décision partagée. Il apporte des informations essentielles relatives à son vécu quotidien, à ses valeurs, à ses besoins, à ses attentes et à ses craintes. Il exprime également sa perception de son état de santé et la représentation qu'il se fait de sa maladie et des traitements proposés, éléments indispensables pour contextualiser la décision thérapeutique et en apprécier la pertinence au regard de sa situation personnelle (95,106).

Le médecin contribue au processus par son expertise scientifique et clinique, indispensable à l'identification des options thérapeutiques, à l'évaluation des bénéfices et des risques, et à la prise en compte des données issues de la médecine fondée sur les preuves. Au-delà de ses compétences techniques, son rôle repose également sur des qualités relationnelles essentielles, telles que l'écoute, le respect, l'empathie et la capacité à accompagner le patient dans sa réflexion, en créant un climat de confiance propice à l'échange et à la délibération (106,125).

Bien que le terme français de « décision médicale partagée » fasse explicitement référence au champ médical, le concept ne se limite pas aux décisions impliquant uniquement un médecin. Dans la pratique, le processus peut mobiliser d'autres professionnels de santé, en particulier dans les prises en charge complexes ou chroniques. La contribution de spécialistes peut s'avérer pertinente pour affiner l'information délivrée au patient ou apporter un éclairage complémentaire sur certaines options thérapeutiques (98,131).

Les infirmiers jouent également un rôle important dans le processus de décision partagée. Leur proximité avec les patients et la nature spécifique de leurs interactions permettent souvent de faciliter la compréhension des options thérapeutiques, d'accompagner l'expression des préférences et de renforcer l'appropriation des décisions prises. Leur intervention peut ainsi compléter et enrichir l'échange entre le patient et le médecin (103).

Le pharmacien d'officine participe lui aussi à cette dynamique, notamment par son rôle d'accompagnement thérapeutique, d'explication du traitement et de suivi de l'observance. Par son accessibilité et la fréquence de ses contacts avec les patients chroniques, il constitue un interlocuteur privilégié dans l'appropriation des décisions thérapeutiques (108,111).

Dans cette évolution des pratiques, la création du statut de pharmacien correspondant marque une étape importante dans le renforcement de l'exercice coordonné. Institué afin de favoriser la continuité des soins dans un cadre collaboratif avec le médecin traitant, le pharmacien correspondant peut, pour des patients atteints de pathologies chroniques et dans le cadre d'un protocole établi, adapter certaines posologies, renouveler des traitements et assurer un suivi structuré. Cette reconnaissance réglementaire élargit son rôle décisionnel et l'inscrit plus directement dans le processus de décision partagée, en particulier lorsque les ajustements thérapeutiques sont discutés avec le patient dans un cadre coordonné (132,133).

Enfin, l'entourage du patient peut être associé au processus de décision partagée, notamment lorsque la situation clinique est complexe ou que la maladie s'inscrit dans la durée. Les proches peuvent apporter un soutien, partager leur expérience et contribuer à la compréhension des enjeux décisionnels. Toutefois, leur implication peut également complexifier les interactions entre les différents acteurs, en introduisant des dynamiques relationnelles particulières, telles que la formation de coalitions, qui nécessitent une vigilance spécifique de la part des professionnels de santé (95,98,105,108,134).

### 3.3.2. Les étapes du processus de décision partagée

La mise en œuvre de la décision partagée repose sur un processus structuré, classiquement décrit en quatre étapes distinctes, telles que définies notamment par la HAS et largement reprises dans la littérature (93,95,103). Ces étapes, désignées par les termes anglo-saxons de *Choice Talk*, *Option Talk* et *Decision Talk*, visent à favoriser une implication progressive et adaptée du patient dans la décision thérapeutique (104).

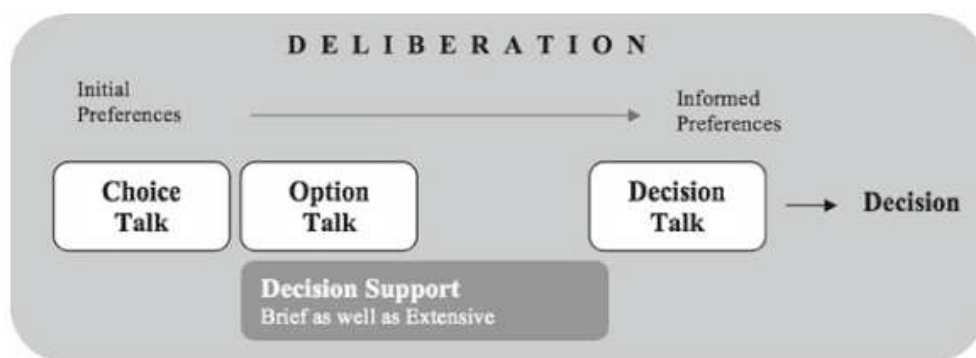


Figure 12 : le modèle de décision partagée selon Elwyn G. (104)

La première étape, dite « *Choice Talk* », consiste à instaurer un climat de confiance et à rendre explicite l'existence d'un choix thérapeutique. Le professionnel de santé s'attache à signifier au patient que plusieurs options sont envisageables et que son point de vue est légitime, attendu et valorisé dans le processus décisionnel. Il vérifie également le souhait du patient d'être impliqué dans la décision, dans le respect de son autonomie. Cette phase requiert une posture empathique et une écoute active. Bien que l'échange d'informations médicales demeure encore majoritairement asymétrique à ce stade, il est essentiel de mobiliser des questions ouvertes afin d'explorer les attentes initiales et les préoccupations du patient (95,101,104,131).

La seconde étape, dite « *Option Talk* », correspond au temps du partage d'informations. Le professionnel de santé présente le problème médical et les différentes options thérapeutiques envisageables, y compris l'abstention thérapeutique ou la surveillance, le cas échéant. L'information délivrée doit être loyale, claire, adaptée au niveau de compréhension du patient et fondée sur les données actuelles de la science. Les bénéfices attendus, les risques et les implications pratiques de chaque option sont exposés en tenant compte de la situation globale du patient, incluant sa santé physique et psychique ainsi que son environnement social. À chaque étape, la compréhension du patient est vérifiée. Cette phase vise également à favoriser l'expression des préférences, des croyances, des valeurs et des expériences du patient, notamment à l'aide du cadre V.R.A.I.E., permettant d'aborder

son **Vécu**, ses **Représentations** de la situation, ses **Attentes**, ce qui est **Important** pour lui et son **État** d'esprit actuel. Des outils d'aide à la décision, notamment visuels, peuvent être mobilisés pour soutenir cette démarche (95,96,103,104).

La troisième étape, dite « *Decision Talk* », correspond à la phase de délibération et de discussion approfondie. Les différentes options thérapeutiques sont analysées au regard de leur impact potentiel sur la vie quotidienne du patient. Le patient est encouragé à identifier, hiérarchiser et pondérer ses préférences, tandis que le professionnel de santé peut également expliciter les siennes, dans une logique de transparence. Les avantages et les inconvénients de chaque option sont discutés, notamment en lien avec les attentes du patient, leur efficacité perçue et sa capacité à les mettre en œuvre. Des outils de structuration de la discussion peuvent être utilisés afin d'aider le patient à choisir et favoriser l'émergence d'un « terrain commun » et une compréhension partagée de la situation clinique et des solutions envisagées (93,95,96,103,104).

Enfin, la quatrième étape correspond à la prise d'une décision conjointement acceptée par les deux parties. Cette décision résulte du processus de délibération et repose sur un accord mutuel, qui constitue une caractéristique fondamentale de la décision partagée. Selon les situations, la décision peut être prise immédiatement ou différée afin de permettre un temps de réflexion supplémentaire. Elle est susceptible d'être réévaluée ultérieurement, notamment dans les maladies chroniques, au gré de l'évolution de la situation clinique et des préférences du patient (93,95,103,104).

### **3.3.3. Outils d'aide à la prise de décision partagée**

Les outils d'aide à la décision constituent des supports essentiels à la mise en œuvre de la prise de décision partagée. Ils répondent à des critères de qualité définis par l'IPDAS *Collaboration*, qui les décrit comme des outils spécifiquement conçus pour aider les personnes à participer à des décisions de soins de santé lorsqu'il existe plusieurs options possibles (93,135).

Les objectifs de ces outils sont multiples. Ils visent à améliorer les connaissances des patients concernant leur pathologie et les options de prise en charge, à faciliter la clarification de leurs valeurs, attentes et priorités, et à les engager activement dans la décision. Pour répondre à ces objectifs, l'information transmise doit être la plus objective possible. Il est ainsi recommandé que les professionnels de santé s'appuient sur des recommandations officielles et utilisent des supports illustrés, simples et compréhensibles par le patient, idéalement labellisés ou validés (103,105,136).

Les outils d'aide à la décision se distinguent des supports d'information traditionnels, en ne visant pas à orienter le patient vers un choix prédéfini. Leur finalité est de présenter de manière neutre les différentes options disponibles et d'accompagner le patient dans un processus de délibération. Ils reposent sur une information factuelle concernant la maladie, son évolution avec ou sans traitement, les différentes options thérapeutiques ou de suivi, ainsi que les bénéfices attendus, les risques et les incertitudes associées. Ces outils intègrent également des éléments facilitant la compréhension de l'expérience vécue, notamment les effets indésirables ou les complications possibles, et proposent des dispositifs visant à aider le patient à clarifier ses préférences, tout en s'appuyant sur des sources documentées (104,106,137).

Les aides à la décision destinées aux patients peuvent prendre des formes variées, allant de documents imprimés (dépliants, guides) à des pratiques d'accompagnement

en face à face, telles que le coaching ou l'éducation thérapeutique, en passant par des supports numériques et multimédias interactifs. Ces outils peuvent être utilisés avant, pendant ou après la consultation médicale, seuls ou en combinaison, selon le contexte clinique et les besoins du patient (93,97,106).

Cette diversité se traduit par une grande hétérogénéité des outils disponibles. À titre d'exemple, plus de 450 outils d'aide à la décision sont recensés sur le site de l'hôpital d'Ottawa (Canada). Cet établissement met également à disposition des patients, via son site internet, un guide personnel d'aide à la décision en une page recto-verso, permettant de structurer l'aide à la décision en quatre étapes, avec le soutien éventuel d'un proche (93,103,138). Ce document est présenté en annexe (Cf. Annexe 4).

En parallèle des outils destinés aux patients, certains dispositifs s'adressent spécifiquement aux professionnels de santé. L'université Laval a notamment développé un outil générique à destination des médecins, la « Boîte à décision », conçu pour préparer le clinicien à présenter et discuter les données scientifiques avec le patient afin de favoriser une décision conjointe et éclairée (93,139).

### **3.4. Leviers et freins à la mise en œuvre de la décision partagée**

La mise en œuvre de la décision partagée résulte de l'interaction de multiples déterminants, liés au patient, aux professionnels de santé et à l'organisation du système de soins. Ces facteurs peuvent, selon leur présence, leur intensité ou leur qualité, faciliter ou au contraire freiner l'effectivité du processus de décision partagée.

#### **3.4.1. Facteurs liés au patient**

Plusieurs caractéristiques propres au patient peuvent constituer des freins à l'implication dans la décision partagée. Les capacités cognitives et fonctionnelles, notamment chez les personnes âgées, peuvent altérer la compréhension des informations médicales, en particulier en cas de troubles auditifs ou cognitifs. À ces limitations peuvent s'ajouter des facteurs émotionnels, en particulier dans le contexte de l'annonce diagnostique, qui peuvent entraver temporairement la capacité du patient à se projeter dans une démarche décisionnelle active. Ces freins peuvent toutefois être atténués par des leviers adaptés. Une évaluation en amont des capacités, des besoins d'information et du souhait d'implication du patient, par exemple lors d'une consultation infirmière dédiée, permet d'adapter le rythme, le contenu et les modalités de la décision partagée (112,140–142).

Le niveau de littératie en santé constitue un autre déterminant majeur. Un faible niveau de compréhension des informations médicales complique l'appréhension des bénéfices et des risques associés aux différentes options thérapeutiques. Ce frein peut être partiellement levé par l'utilisation d'outils d'aide à la décision visuels, s'appuyant sur des schémas, des pictogrammes ou des codes couleurs, facilitant l'appropriation des informations complexes (42,101,143).

Le désir d'implication dans la décision varie également selon les patients. Certains expriment une préférence pour un rôle plus passif, choisissant de déléguer la décision au professionnel de santé qu'ils considèrent comme l'expert légitime. Cette attitude ne constitue pas un échec de la décision partagée, dès lors que ce choix est explicite, respecté et réévalué au cours du suivi. La PDP suppose ainsi une adaptation du niveau d'implication aux préférences individuelles du patient (98,142,144).

Par ailleurs, la famille et l'entourage proche jouent un rôle déterminant dans le processus décisionnel. Les patients prennent rarement des décisions thérapeutiques importantes de manière isolée, et consultent fréquemment leurs proches avant de s'engager dans une option de traitement, en particulier dans le champ de l'oncologie ou des maladies chroniques. Cette implication est encore plus marquée chez les patients issus de contextes culturels diversifiés, pour lesquels les décisions de santé s'inscrivent souvent dans une dynamique collective. L'inclusion des proches dans le processus de décision partagée peut ainsi constituer un levier majeur, en facilitant la compréhension, le soutien émotionnel et l'adhésion aux choix thérapeutiques. Elle peut toutefois nécessiter une vigilance particulière afin d'éviter une dilution de la parole du patient ou des situations de pression implicite (104,112,117,131).

Enfin, le contexte communautaire et culturel influence profondément la manière dont les patients perçoivent leur rôle dans la relation de soins. Les croyances culturelles, les représentations de la maladie, la confiance accordée au système de santé et aux professionnels conditionnent l'engagement du patient dans la décision partagée. Les campagnes d'information ou les actions menées en lien avec des structures locales peuvent contribuer à renforcer la confiance et à identifier des freins spécifiques à certaines populations. De plus, l'implication des communautés par des approches de recherche participative communautaire apparaît comme une stratégie pertinente pour favoriser l'engagement des patients issus de minorités culturelles et améliorer l'équité d'accès à la décision partagée (96,143).

### **3.4.2. Facteurs liés aux professionnels de santé**

Du point de vue des professionnels de santé, plusieurs freins à la décision partagée sont décrits dans la littérature. Le premier concerne le manque de formation spécifique, tant initiale que continue, aux compétences nécessaires à la PDP, notamment en matière de communication et de gestion de la relation de soins. Les cursus académiques restent encore largement centrés sur l'expertise biomédicale, au détriment des approches collaboratives patient-soignant. Cette lacune peut limiter l'aisance des professionnels dans la conduite du processus décisionnel partagé. Le développement de programmes de formation structurés, intégrant les compétences de la décision partagée dans l'ensemble des professions de santé, constitue un levier majeur identifié par de nombreuses recommandations internationales. Ces formations permettent de renforcer les compétences relationnelles, de normaliser la pratique de la PDP et de réduire les inégalités d'appropriation entre professionnels (97,110,145).

Les compétences en communication représentent un déterminant central. Une communication insuffisamment adaptée, un langage trop technique, un manque d'écoute ou d'empathie peuvent entraver l'expression des préférences du patient et compromettre la qualité de la décision. À l'inverse, l'utilisation des principes de la communication thérapeutique (écoute active, reformulation, attention portée au non-verbal et au para-verbal) favorise la compréhension mutuelle et renforce l'alliance thérapeutique. Encourager le patient à raconter son histoire et son vécu possède par ailleurs une valeur thérapeutique propre et contribue à instaurer un climat de confiance (96,105,112,142).

Le rapport à l'incertitude constitue un frein fréquemment rapporté à la mise en œuvre de la décision partagée. Dans de nombreuses situations cliniques, l'absence de données probantes clairement tranchées ou l'existence de plusieurs options thérapeutiques aux bénéfices comparables oblige le professionnel de santé à reconnaître des zones d'incertitude. Or, certains professionnels peuvent éprouver des

difficultés à expliciter ces incertitudes, par crainte de fragiliser leur légitimité scientifique, de perdre la confiance du patient ou de susciter de l'anxiété, ce qui peut conduire à une posture plus directive et limiter l'engagement dans un processus réellement partagé. L'intégration explicite de la gestion de l'incertitude dans la formation initiale et continue, ainsi que sa reconnaissance comme une composante inhérente et normale de la pratique clinique, constituent des leviers essentiels pour favoriser une décision partagée fondée sur la transparence, la confiance et la délibération éclairée (97,103,105,141).

Enfin, la posture professionnelle peut constituer un obstacle majeur. Des attitudes paternalistes persistantes, notamment chez certains anciens praticiens, peuvent conduire à minimiser l'importance des valeurs et préférences du patient. De plus, plusieurs études montrent que certains professionnels pensent avoir pratiqué une décision partagée alors qu'il ne s'agissait que d'un consentement formel, les patients n'ayant pas perçu une réelle présentation de l'ensemble des options disponibles. La sensibilisation à cette distinction et l'auto-évaluation des pratiques apparaissent comme des leviers essentiels d'amélioration (92,104,106,140).

### **3.4.3. Facteurs organisationnels**

Les contraintes organisationnelles sont fréquemment citées comme des freins à la mise en œuvre de la décision partagée. Le manque de temps en consultation est souvent perçu comme incompatible avec une discussion approfondie et délibérative. Cependant, la littérature montre que la PDP n'entraîne pas nécessairement un allongement significatif du temps de consultation. Le recours à des outils d'aide à la décision en amont de la consultation ou la programmation de rendez-vous plus longs pour des situations complexes constituent des leviers organisationnels pertinents (93,105,112,117).

La culture médicale constitue également un déterminant important. En France, le modèle historiquement centré sur l'autorité décisionnelle du médecin peut freiner l'engagement actif des patients dans le processus de décision. La promotion institutionnelle des soins centrés sur la personne et de la démocratie sanitaire participe progressivement à l'évolution de cette culture (92,97).

La pluridisciplinarité, si elle est insuffisamment coordonnée, peut parfois complexifier la décision, notamment lorsque des messages contradictoires sont délivrés au patient. À l'inverse, une coopération interprofessionnelle structurée, reposant sur un vocabulaire commun et une communication fluide entre professionnels, constitue un levier majeur pour sécuriser et clarifier le processus décisionnel (110,142).

Enfin, l'absence de protocoles opérationnels clairement définis, le manque de soutien institutionnel explicite et l'insuffisance de stratégies nationales d'implémentation constituent des freins majeurs à la diffusion de la décision partagée. Dans les systèmes de santé largement structurés autour d'objectifs de productivité, de standardisation des pratiques et de financement à l'activité, le temps consacré à l'échange, à la délibération et à l'exploration des préférences du patient demeure peu ou pas valorisé. Cette organisation peut limiter l'appropriation de la PDP par les professionnels, en l'absence d'incitations claires et de reconnaissance formelle de cette démarche comme composante à part entière de la qualité des soins (93,97,110,142).

### **3.5. Place de la décision partagée dans l'amélioration de l'observance thérapeutique : enjeux, limites et perspectives**

#### **3.5.1. Enjeux de la PDP et apports dans l'amélioration de l'observance**

La décision partagée repose sur le principe selon lequel aucune décision concernant un patient ne devrait être prise sans sa participation, souvent résumé par l'expression anglo-saxonne « *No decision about me without me* » (146). Ce principe ne vise pas à transférer la responsabilité décisionnelle au patient, mais à promouvoir sa participation active et éclairée aux choix thérapeutiques qui le concernent, dans une logique de partenariat avec le professionnel de santé. Il s'agit ainsi de donner au patient les moyens de s'impliquer dans les décisions relatives à sa santé, à travers un processus d'*empowerment*, reposant sur l'information, l'échange et la prise en compte de ses valeurs et préférences (93,122).

De nombreuses études montrent que la PDP améliore la qualité de la communication entre le patient et les professionnels de santé, réduit les conflits décisionnels et favorise une meilleure compréhension de la maladie, des traitements et de leurs enjeux. Elle contribue également à une perception plus juste des bénéfices et des risques associés aux différentes options thérapeutiques, tout en permettant aux soignants de considérer davantage le patient comme un individu singulier, et non comme un simple porteur de pathologie. Cette approche répond par ailleurs aux attentes des patients, une large majorité d'entre eux exprimant le souhait d'être impliqués dans le processus décisionnel relatif à leur prise en charge (110,112,140,142).

Au-delà de la relation de soins, la PDP s'inscrit comme un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (93,109). La qualité d'une action médicale ne dépend pas uniquement de son exécution technique, mais également du processus décisionnel ayant conduit à son choix. En ce sens, la PDP participe à une meilleure traçabilité et justification des décisions thérapeutiques, ce qui peut constituer un élément sécurisant pour le professionnel de santé en cas de résultat inattendu ou d'événement indésirable (103,112,147,148). Elle offre également un cadre conceptuel lorsque la décision partagée conduit à s'écarter des recommandations, dès lors que ce choix repose sur une information loyale et sur la prise en compte des préférences du patient (149,150). Plusieurs travaux suggèrent par ailleurs que la PDP permet de limiter le risque de décisions ultérieurement regrettées, notamment dans le champ des maladies psychiatriques, où les enjeux subjectifs et les effets indésirables des traitements occupent une place centrale (145,146,151).

L'impact de la décision partagée sur l'observance thérapeutique constitue un enjeu majeur, en particulier dans le cadre des maladies chroniques. La PDP favorise la satisfaction des patients, renforce l'alliance thérapeutique et améliore l'adhésion au traitement. En impliquant le patient dans le choix thérapeutique et en s'assurant de son accord sur les modalités de prise, la PDP contribue à une appropriation plus durable du traitement. Le fait d'informer explicitement le patient sur les effets indésirables potentiels permet également de mieux anticiper leur survenue et de limiter les interruptions précoces ou non concertées du traitement. Un patient engagé et acteur de sa prise en charge se montre par ailleurs plus enclin à adopter des comportements favorables à sa santé, notamment en matière de mesures hygiéno-diététiques (96,97,106,117,149).

Enfin, la décision partagée peut participer à une utilisation plus efficiente des ressources de santé. En associant le patient aux décisions, il est fréquemment observé que celui-ci privilégie des options thérapeutiques moins invasives, moins contraignantes et parfois moins coûteuses, sans altération de la qualité des soins. La PDP apparaît ainsi comme un levier potentiel de réduction du recours inapproprié aux soins et d'amélioration du ratio coût-efficacité des interventions, tout en respectant les préférences et les priorités individuelles des patients (93,106,109).

### **3.5.2. Limites structurelles de la PDP dans la pratique clinique**

- **Limites cliniques**

La décision partagée ne peut être appliquée de manière universelle à l'ensemble des situations de soins. En particulier, elle ne s'inscrit pas dans les situations d'urgence vitale, où la temporalité courte impose une décision immédiate, ni lorsque l'absence d'intervention ferait peser un risque majeur sur le pronostic vital du patient ou sur la sécurité d'autrui. Dans ces contextes, la priorité donnée à l'efficacité et à la rapidité de la prise en charge rend impraticable un processus décisionnel partagé fondé sur la délibération (93,125,150).

La PDP trouve également ses limites lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique pertinente. Dans certaines situations, les données scientifiques établissent clairement la supériorité d'une option thérapeutique sur les autres, que ce soit en termes d'efficacité ou de sécurité. À l'inverse, l'absence ou l'insuffisance de données fiables sur le rapport bénéfice-risque des différentes options peut également rendre le processus décisionnel partagé artificiel ou biaisé. À titre d'exemple, lors d'une infection bactérienne documentée nécessitant un traitement antibiotique, la question du choix thérapeutique est souvent limitée, voire inexistante, ce qui réduit la possibilité d'une véritable co-construction de la décision (93,97,149,150).

Enfin, la capacité du patient à participer au processus décisionnel constitue une condition fondamentale à la PDP. Cette compétence décisionnelle peut être altérée par différents facteurs, tels qu'un trouble de la conscience, des déficits cognitifs ou mnésiques, une pathologie psychiatrique sévère ou encore un état psychique transitoire altérant la compréhension et le raisonnement. Le patient doit être en mesure de comprendre le diagnostic, le pronostic, les bénéfices et risques des options proposées, et de les mettre en balance de façon cohérente. En France, le cadre légal prévoit que, lorsqu'un patient est jugé inapte à consentir aux soins, le médecin est autorisé à prendre la décision dans l'intérêt du patient, tout en respectant autant que possible ses volontés antérieurement exprimées (99,140,150,152).

- **Limites éthiques**

Certaines situations confrontent la PDP à des tensions éthiques majeures. Le refus de soins vitaux en constitue un exemple typique. Dans les pathologies chroniques évoluées ou terminales, des facteurs tels que l'isolement, la souffrance psychique, la peur de la dépendance ou de l'abandon peuvent contribuer à l'expression d'un refus de soins, voire à un désir de mort. Le désaccord entre un patient refusant une prise en charge indispensable à sa survie et le soignant place ce dernier face à un dilemme éthique entre le respect de l'autonomie du patient et le devoir d'assistance à personne en danger. Dans ce cadre, la décision ne relève plus uniquement d'un arbitrage partagé, mais d'une réflexion éthique complexe intégrant les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de respect de la dignité de la personne (136,152).

- **Limites sociétales et réglementaires**

La PDP s'inscrit également dans un cadre collectif qui en limite l'application stricte. La santé ne constitue pas uniquement un bien individuel, mais également un bien commun, impliquant le respect de règles sociales et de contraintes organisationnelles. À ce titre, la PDP ne peut s'opposer aux impératifs de santé publique, tels que les obligations vaccinales, qui s'imposent tant aux patients qu'aux professionnels de santé, indépendamment des préférences individuelles (125,136).

De la même manière, les règles de prise en charge et de remboursement par l'Assurance Maladie limitent la portée de la décision partagée. Les prescriptions de transports sanitaires, le recours à certains examens ou traitements, ou encore le refus de médicaments génériques relèvent d'un cadre réglementaire visant à concilier la qualité des soins et la soutenabilité du système de santé. Dans ces situations, le principe du « juste soin au moindre coût pour la collectivité » s'impose et peut restreindre la possibilité d'un choix totalement individualisé, même dans une démarche de PDP (125,136).

Enfin, la diffusion de la décision partagée est freinée par des limites liées au niveau de preuve scientifique disponible. Les études évaluant l'impact de la PDP sur les comportements de soins, et en particulier sur l'observance thérapeutique, présentent des résultats hétérogènes. Ces résultats contrastés s'expliquent notamment par un manque de puissance statistique, la diversité des contextes cliniques étudiés et la difficulté à mettre en œuvre des essais randomisés rigoureux pour évaluer un modèle complexe reposant sur de multiples dimensions relationnelles et organisationnelles (96,98,110).

### **3.5.3. Perspectives d'évolution**

En France, la mise en œuvre de la décision partagée auprès des patients atteints de maladies chroniques demeure limitée, en comparaison avec les pratiques observées dans plusieurs pays européens ou anglo-saxons. Malgré un cadre légal reconnaissant les droits du patient et la nécessité d'une information loyale et adaptée, l'intégration effective de la PDP dans les pratiques courantes reste incomplète et ne répond que partiellement aux attentes des patients ainsi qu'aux exigences réglementaires actuelles (93,109).

Les perspectives d'évolution de la décision partagée interrogent en premier lieu l'organisation des systèmes de soins et la place accordée au processus décisionnel dans l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. À ce titre, la reconnaissance institutionnelle de la PDP comme un indicateur de qualité des soins constitue un levier majeur pour favoriser son intégration durable dans les pratiques cliniques. Cette reconnaissance pourrait s'appuyer sur les recommandations de la HAS, ainsi que sur les standards internationaux développés par l'IPDAS Collaboration, qui proposent des critères explicites de qualité pour la décision partagée et les outils d'aide à la décision (93,97,104).

Par ailleurs, l'identification de praticiens et de structures ayant intégré la PDP dans leur pratique quotidienne représente une piste prometteuse. L'analyse de ces expériences, notamment en soins primaires, au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de dispositifs de coordination, permettrait de mieux comprendre les conditions organisationnelles favorables à son déploiement et d'envisager une diffusion à plus grande échelle (153).

Cette reconnaissance institutionnelle pourrait également s'accompagner d'évolutions des modes de financement et d'évaluation des soins. La valorisation du temps relationnel, du processus décisionnel et de la coordination interprofessionnelle, au-delà du seul acte médical, apparaît essentielle pour lever les freins structurels à la PDP. À l'instar de certains systèmes de santé étrangers, l'intégration de la décision partagée dans des indicateurs de performance ou des dispositifs de rémunération incitative pourrait contribuer à renforcer sa légitimité et sa mise en œuvre effective (93,97,110,142).

Le développement et la diffusion d'outils d'aide à la décision adaptés au contexte français constituent une autre perspective majeure. Ces outils doivent être fondés sur les données probantes, validés scientifiquement, compréhensibles par les patients et accessibles à l'ensemble de la population, y compris aux personnes présentant une littératie en santé limitée. L'inscription de ces outils dans des dispositifs institutionnels structurés, par exemple via des plateformes nationales ou des recommandations officielles, permettrait de réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à la décision partagée. Une telle standardisation contribuerait à une mise en œuvre plus homogène, équitable et durable de la PDP sur l'ensemble du territoire, tout en offrant aux professionnels un cadre clair et sécurisé pour leur utilisation en pratique quotidienne (93,105,113,135,153).

Enfin, une perspective centrale réside dans le renforcement du niveau de preuve concernant l'impact réel de la décision partagée, en particulier sur l'observance thérapeutique. Les programmes d'implémentation de la PDP gagneraient à être systématiquement associés à des dispositifs d'évaluation de leurs effets sur les patients. La revue systématique Cochrane de Dwamena *et al.* a mis en évidence des résultats encore hétérogènes et parfois contradictoires quant à l'effet des interventions favorisant la décision partagée sur les comportements de santé et les résultats cliniques. Si une amélioration de la satisfaction des patients est régulièrement observée, témoignant d'un bénéfice relationnel indéniable, l'impact spécifique sur l'observance demeure à consolider par des travaux méthodologiquement plus robustes. Dans cette perspective, le développement d'études harmonisées, intégrant des critères de jugement standardisés tels que des mesures validées de l'observance, la qualité de vie, les événements cliniques ou le recours aux soins, apparaît indispensable. L'évaluation de la décision partagée gagnerait également à s'inscrire dans des études pragmatiques en vie réelle, notamment en soins primaires et dans le champ des maladies chroniques, afin de refléter au mieux les conditions concrètes de mise en œuvre. De tels travaux permettraient d'identifier les contextes cliniques et organisationnels dans lesquels la décision partagée est la plus susceptible d'avoir un impact significatif sur l'observance thérapeutique (93,95,99,113,134).

C'est dans cette perspective qu'a été élaboré le travail empirique présenté dans la partie suivante. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie de l'étude, et plus particulièrement à la construction et à l'exploitation d'un questionnaire destiné à évaluer les pratiques, les représentations et l'intégration de la décision partagée par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien, ainsi que leur perception de son impact sur l'observance thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques dans les Hauts-de-France.

## **Partie 2 : Matériel et méthodes**

### **1. Contexte de l'étude**

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du projet « DÉMÉPOT ». Ce projet de recherche, coordonné par le docteur Annie Standaert, sous la promotion du centre hospitalier universitaire de Lille avait comme objectif principal l'évaluation de l'effet de la décision partagée impliquant médecins généralistes et pharmaciens d'officine, sur l'observance thérapeutique, de patients atteints de maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, l'insuffisance cardiaque et les syndromes anxio-dépressifs. Le protocole initial, déposé en mai 2024, prévoyait un suivi prospectif sur douze mois en comparaison avec l'observance des mêmes patients évaluée rétrospectivement 12 mois avant.

Malgré un intérêt majeur pour la santé publique et une thématique peu explorée, la demande de financement déposée dans le cadre de l'appel à projet ReSP-Ir du GIRCI Nord-Ouest a reçu un avis défavorable. Les principales remarques formulées dans le rapport concernaient :

- L'insuffisante implication interprofessionnelle, le projet ne mobilisant initialement que les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine ;
- La non-représentativité territoriale de l'étude, limitée aux quatre maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires des Hauts-de-France.

Afin de répondre à ces observations, il a été jugé nécessaire de réaliser un questionnaire destiné à l'ensemble des professions médicales de soins primaires dont les objectifs sont décrits dans la partie suivante. Les résultats recueillis ont vocation à étayer une nouvelle demande de financement du projet DÉMÉPOT, intégrant cette fois un maillage territorial élargi et une réelle approche interprofessionnelle.

### **2. Objectifs de l'étude**

#### **2.1. Objectif principal**

L'objectif principal du questionnaire est de mesurer l'intérêt des professionnels de santé pour le projet DÉMÉPOT et d'évaluer leur motivation à y participer. Ce questionnaire vise également à comprendre comment les professionnels de santé perçoivent la PDP et dégager les facteurs favorisant son intégration dans la pratique quotidienne.

De manière plus spécifique, cette étude cherche à :

- Recueillir l'avis des professionnels de santé sur l'impact potentiel de la PDP sur l'observance thérapeutique des patients ;
- Apprécier l'intérêt de participer au projet de recherche DÉMÉPOT et les justifications associées à une éventuelle réticence ;
- Évaluer l'intérêt pour une formation dédiée à la PDP ;
- Décrire l'état des pratiques actuelles concernant l'implication des patients dans la prise des décisions en lien avec leur pathologie et les traitements associés.

## 2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires cherchent à mieux comprendre le cadre organisationnel et interprofessionnel dans lequel exercent les professionnels de santé participants.

Ils consistent à :

- Réaliser un état des lieux des pratiques d'exercice coordonné, notamment via l'existence d'une structure pluriprofessionnelle ou le partage des locaux entre professionnels ;
- Recueillir des informations sur l'utilisation ou non d'un système d'information partagé (SIP) dans les structures de soins telles que les MSP ;
- Apprécier la participation à des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) et d'en préciser les thématiques et fréquence ;
- Identifier les modalités de formation privilégiées (durée, format, supports) pour une sensibilisation à la PDP adaptée aux contraintes rencontrées sur le terrain ;
- Décrire la qualité réelle ou perçue des échanges entre les professionnels de santé en soins primaires, et les moyens de communication utilisés.

## 3. Type et cadre de l'étude

### 3.1. Type d'étude

Le questionnaire a pris la forme d'une étude observationnelle, transversale et descriptive, à visée analytique. L'étude est qualifiée comme étant :

- **Observationnelle**, car elle correspond à un simple recueil de données sans modifier ni intervenir sur les pratiques des professionnels de santé répondants. Elle est dite non-interventionnelle et s'oppose par principe aux études expérimentales ;
- **Transversale**, car elle observe une population à un instant donné, sans la suivre dans le temps. Les informations sur les caractéristiques et comportements des répondants ont été collectées à un moment précis et unique ;

L'étude présente également une double dimension :

- **Descriptive**, car elle vise à dresser un état des lieux des connaissances et pratiques des répondants. Ce volet descriptif cherche à décrire leurs caractéristiques professionnelles et démographiques, ainsi que l'analyse des tendances générales observées aux différentes questions de l'étude ;
- **Analytique**, car certaines variables sont comparées conjointement afin d'explorer leurs relations potentielles. Ce volet analytique vise à identifier les facteurs pouvant influencer les réponses au questionnaire. A titre d'exemple, l'existence d'une corrélation entre le type d'exercice et l'intérêt pour une formation pourra être mise en évidence, tout comme des associations entre le profil professionnel et les opinions sur la PDP.

Ainsi, l'étude ne se limite pas à un simple état des lieux des pratiques, ni à l'attention accordée au projet de recherche, mais propose également une interprétation contextuelle des facteurs pouvant favoriser ou freiner l'implantation de la PDP dans les pratiques professionnelles.

### 3.2. Lieu et période de réalisation de l'étude

Le recueil des données a été effectué sur deux périodes de diffusion distinctes :

- **Période 1** : une journée de diffusion, le 29 novembre 2024. Une partie des réponses a été premièrement collectée lors de la journée régionale de l'exercice coordonné organisée par la Fédération régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France (FEMAS-HDF). Le thème de cette journée portait sur : « usagers et étudiants en santé, acteurs d'un futur coconstruit pour des soins primaires de qualité ».
- **Période 2** : L'autre partie des réponses collectées s'est réalisée entre le premier décembre 2025 et le 15 février 2026 correspondant à une période de 2 mois et demi. Elle s'est effectuée plus d'un an après la première période de collecte.

L'enquête s'est déroulée dans la région des Hauts-de-France, auprès des professionnels de santé exerçant en soins primaires, dont les caractéristiques et critères d'inclusion seront détaillés dans la section suivante.

## 4. Population étudiée

### 4.1. Population cible

La population cible de cette enquête correspondait aux professionnels de santé exerçant en soins primaires dans la région des Hauts-de-France, incluant pharmaciens d'officine, médecins généralistes et spécialistes de ville, infirmiers diplômés d'état, masseur-kinésithérapeutes, sage-femmes, préparateurs en pharmacie et chirurgiens-dentistes libéraux. Cela pouvait également concerner tous les autres professionnels de santé exerçant dans le cadre des soins primaires : podologues, psychologues, orthophonistes.

Les **critères d'inclusion** sont donc résumés ci-dessous :

- Être professionnel de santé diplômé en soins primaires ou interne en médecine générale exerçant sous la supervision d'un médecin diplômé ;
- Exercer dans la région des Hauts-de-France ;
- Être volontaire pour répondre au questionnaire.

Par opposition, les **critères d'exclusion** précisant les personnes non concernées par l'étude et dont les réponses ne seront pas traitées sont les suivants :

- Les étudiants encore en formation, à l'exception des internes en médecine ;
- Les professionnels de santé n'exerçant pas en soins primaires (hospitaliers) ;

- Les personnes n'exerçant pas dans la région des Hauts-de-France ;
- Les questionnaires non exploitables par manque de réponses aux questions principales, décrites dans une partie ultérieure.

## 4.2. Mode de recrutement

Les modes de recrutement employés sont à différencier en fonction des périodes de diffusion de l'enquête :

- **Période 1 :**

Lors de la journée régionale de l'exercice coordonné, la FEMAS nous a invité à présenter le projet de recherche et le questionnaire pendant la plénière d'ouverture, devant une centaine de professionnels de santé, exerçant pour la grande majorité en exercice coordonné. Le questionnaire a été rendu accessible via la diffusion d'un QR Code, qui redirigeait vers sa version mise en ligne sur la plateforme d'enquêtes de l'université Lime Survey.



Figure 13 : Présentation du projet lors de la plénière d'ouverture de la FEMAS

Nous avons également à disposition un stand dans le village partenaire, où il nous était possible d'échanger avec les autres participants. Ce fut l'occasion de présenter le projet de recherche et discuter de l'intérêt du questionnaire, toujours accessible via un QR code diffusé sur le stand de l'UFR3S.



Figure 14 : Présence sur le stand de l'UFR3S lors de la journée régionale de la FEMAS

- **Période 2 :**

La diffusion du questionnaire à plus large échelle a été réalisée par diffusion électronique via différents canaux d'information présentant le projet de recherche, ainsi que le questionnaire avec le lien qui redirigeait vers sa version mise en ligne sur la plateforme d'enquêtes de l'université Lime Survey.

À titre d'exemple, le questionnaire a notamment été diffusé par le biais d'une publication sur LinkedIn. Cette publication a permis un partage au sein de mon réseau professionnel, puis une diffusion secondaire grâce aux relais effectués par certains contacts auprès de leurs propres réseaux professionnels.

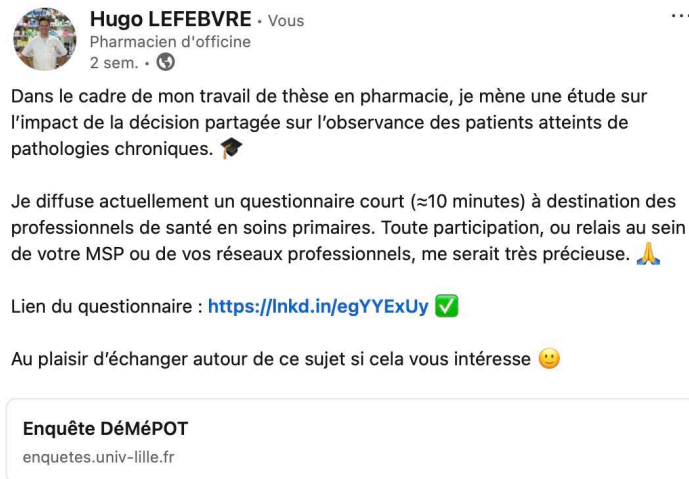


Figure 15 : Publication du questionnaire sur LinkedIn

En complément, le questionnaire a été transmis à 60 maisons de santé pluriprofessionnelles réparties au sein des cinq départements de la région Hauts-de-France, à savoir le Nord, le Pas-de-Calais, la Somme, l'Oise et l'Aisne. Cette diffusion a été réalisée par différents canaux, incluant l'envoi par courrier électronique, l'utilisation des formulaires de contact disponibles sur les sites internet des MSP, ainsi que, lorsque cela était possible, via leur page Facebook. Cette stratégie avait pour objectif de favoriser la diffusion du questionnaire auprès des professionnels de santé exerçant en MSP et d'encourager son relai au sein de ces structures de soins.

Enfin, le questionnaire a été diffusé au sein d'un groupe d'anciens étudiants de la faculté de pharmacie, dans l'objectif de favoriser sa transmission au sein de leurs structures respectives et de contribuer à un maillage territorial plus large.

## 5. Description du questionnaire

Le recueil des données a reposé sur un questionnaire auto-administré en ligne, élaboré spécifiquement pour les besoins de cette étude et diffusé via la plateforme Lime Survey. L'intégralité du questionnaire est disponible en annexe (Cf. Annexe 5).

Le questionnaire comporte 38 questions au total. Toutefois, l'ensemble des répondants ne répond pas à la totalité des questions, certaines d'entre elles étant conditionnelles aux réponses précédentes. Cette logique conditionnelle permet d'adapter le parcours du répondant à sa situation professionnelle et à ses réponses,

notamment en fonction de sa formation à la décision médicale partagée, de son appartenance à une MSP ou encore de son intérêt pour le projet de recherche.

Le questionnaire comporte différents types de questions. Il est composé de questions fermées dichotomiques (n = 9), principalement de type oui/non, de questions à choix unique (n = 7), de questions à choix multiples (n = 9), des échelles d'évaluation de type Likert (n = 2), de questions matricielles à réponses multiples (n = 4), d'une échelle numérique graduée de 0 à 10 (n = 1), ainsi que de questions ouvertes à réponse libre (n = 6). Parmi ces dernières, trois étaient intégrées à des questions fermées afin de permettre de commenter un choix ou de préciser les effectifs de professionnels. L'utilisation combinée de ces différents formats permet d'obtenir des données à la fois quantitatives et qualitatives, tout en limitant la charge de réponse pour les participants.

Afin d'assurer une structuration claire du recueil des données, le questionnaire a été organisé en six sections thématiques, chacune explorant un axe spécifique de l'étude, qui sont détaillées dans les paragraphes suivants.

La section A visait à explorer les pratiques et représentations des professionnels de santé concernant la décision partagée. Elle permettait d'interroger, dans un premier temps, la prise en charge du dernier patient vu en pratique, afin d'évaluer concrètement la présence d'éléments de décision partagée lors d'une situation clinique récente. Elle abordait ensuite les pratiques plus générales, permettant d'évaluer dans quelle mesure les professionnels déclaraient impliquer leurs patients dans les décisions de soins, la fréquence de cette implication, ainsi que la place accordée aux connaissances scientifiques du soignant et à l'expérience vécue du patient dans le processus décisionnel. Enfin, cette section permettait d'apprécier la connaissance et la compréhension du concept de décision partagée.

La section B visait à explorer la formation des professionnels de santé à la décision partagée ainsi que leurs besoins en formation. Elle permettait d'identifier l'existence d'une formation préalable et, le cas échéant, d'en préciser la nature. En l'absence de formation, les répondants étaient interrogés sur leur intérêt pour une formation, puis, le cas échéant, sur les modalités privilégiées et le temps qu'ils étaient prêts à y consacrer. En cas de non-intérêt, cette section permettait également de recueillir les raisons invoquées, afin de mieux comprendre les freins perçus.

La section C était consacrée aux caractéristiques socio-professionnelles des participants. Elle recueillait des données descriptives concernant la profession exercée, le département d'exercice et l'appartenance éventuelle à une maison de santé pluriprofessionnelle, permettant de caractériser la population étudiée et de réaliser une analyse exploratoire des réponses en fonction de ces caractéristiques.

La section D permettait d'explorer le lien perçu entre la PDP et l'observance thérapeutique. Elle évaluait l'impact que les professionnels attribuaient à l'implication du patient dans les décisions de soins, ainsi que les pathologies pour lesquelles cette approche était jugée pertinente. Cette section s'intéressait également à l'intérêt des répondants pour le projet de recherche DÉMÉPOT : les professionnels intéressés pouvaient laisser leurs coordonnées afin d'être recontactés ultérieurement, tandis que les raisons d'un éventuel manque d'intérêt étaient recueillies pour mieux comprendre les freins perçus.

Ces quatre sections (A à D) constituaient les sections obligatoires du questionnaire et conditionnaient la prise en compte des réponses dans l'analyse. Pour la suite du

questionnaire, en fonction de leur appartenance ou non à une MSP, les répondants étaient orientés vers l'un des deux chemins possibles : les professionnels exerçant en MSP étaient invités à répondre à la section E, tandis que les professionnels n'exerçant pas en MSP étaient dirigés vers la section F.

La section E concernait les professionnels exerçant en MSP et visait à décrire, de manière générale, l'organisation de l'exercice coordonné au sein de ces structures. Elle permettait notamment de préciser la composition de la MSP, les raisons ayant motivé l'exercice en commun, ainsi que l'utilisation d'un SIP et les usages qui en étaient faits. Cette section explorait également le fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire, ainsi que les modalités de communication et les relations entretenues avec les autres professionnels de santé en dehors de la MSP.

La section F s'adressait aux professionnels n'exerçant pas en structure d'exercice coordonné. Elle permettait d'abord d'identifier les raisons pour lesquelles les répondants n'appartenaient pas à une MSP, ainsi que de préciser s'ils partageaient néanmoins leurs locaux avec d'autres professionnels de santé et, le cas échéant, la composition de ces associations. Cette section explorait ensuite les relations et échanges interprofessionnels en dehors d'un cadre d'exercice coordonné, en évaluant la fréquence des échanges, leur qualité perçue et les moyens de communication utilisés avec les autres professionnels de santé.

Avant sa diffusion, le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test. Dans un premier temps, il a été testé par moi-même, ainsi que par Mélanie Noisette et un médecin généraliste, enseignant du District de médecine générale, afin de vérifier la cohérence du cheminement des questions, le bon fonctionnement des logiques conditionnelles et la clarté des items. Dans un second temps, le questionnaire a été transmis aux membres du jury de thèse pour des essais et relectures. Les retours recueillis ont permis d'apporter des ajustements mineurs avant la mise en ligne définitive de l'outil.

## **6. Analyse statistique**

Les données issues des questionnaires ont été extraites depuis la plateforme Lime Survey puis retraitées et mises en forme sur le logiciel Microsoft Excel® avant leur analyse. Une vérification préalable de la complétude, de la cohérence et de l'exploitabilité des réponses a été effectuée. Les questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse. Les questionnaires répondant aux critères d'exclusion précédemment décrits ont également été exclus de l'analyse.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été réalisée afin de caractériser la population étudiée. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages, tandis que les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes. Dans un second temps, une analyse analytique exploratoire a été menée afin d'étudier les relations potentielles entre certaines variables. Des comparaisons ont notamment été effectuées entre les caractéristiques professionnelles des répondants et les opinions exprimées concernant la décision partagée, l'intérêt pour une formation dédiée ou la motivation à participer au projet de recherche DÉMÉPOT. Les raisons exprimées d'un manque d'intérêt pour une formation à la PDP ou pour le projet DÉMÉPOT ont également été analysées en fonction des caractéristiques professionnelles des répondants.

Pour les questions conditionnelles, dépendant d'une réponse précédente, les analyses ont été réalisées uniquement sur les sous-populations concernées. Ainsi, pour

l'analyse des raisons d'un manque d'intérêt pour une formation à la PDP, seuls les répondants ayant déclaré ne pas être intéressés par une telle formation ont été inclus dans les calculs, les autres réponses étant exclues de ces analyses spécifiques.

Concernant la question relative à la définition de la décision partagée, un score de connaissance a été construit sur 20 points. La notation était attribuée selon les modalités suivantes :

- 20 points en cas de deux réponses exactes sans réponse incorrecte ;
- 15 points en cas d'une réponse exacte manquante sans réponse incorrecte ;
- 10 points en cas d'une réponse exacte manquante et/ou d'une réponse incorrecte supplémentaire ;
- 5 points en cas d'une réponse exacte associée à deux réponses incorrectes ;
- 0 point en l'absence de réponse exacte et/ou en présence de plus de deux réponses incorrectes.

## **7. Aspects éthiques**

Cette étude repose sur un questionnaire auto-administré à destination de professionnels de santé et ne comporte aucune intervention, ni recueil de données médicales concernant des patients. Elle relève ainsi d'une recherche non interventionnelle, sans risque identifié pour les participants.

La participation au questionnaire reposait exclusivement sur le volontariat. Une information claire et détaillée sur les objectifs de l'étude, le contexte du projet de recherche DÉMÉPOT ainsi que sur l'utilisation des données recueillies était fournie en introduction du questionnaire. Le fait de répondre au questionnaire valait consentement libre et éclairé à la participation à l'étude.

Les participants avaient la possibilité de répondre au questionnaire de manière strictement anonyme, sans fournir aucune donnée d'identification personnelle. Toutefois, afin de permettre aux professionnels de santé qui le souhaitaient d'être recontactés dans le cadre d'une participation ultérieure au projet DÉMÉPOT, une section facultative permettait d'indiquer leurs coordonnées professionnelles, comprenant le nom, la ville d'exercice, un numéro de téléphone et une adresse électronique. Ces informations d'identification n'étaient en aucun cas obligatoires et leur absence n'entraînait aucune exclusion de l'analyse des réponses au questionnaire. Les données d'identification, lorsqu'elles étaient renseignées, ont été traitées séparément des réponses au questionnaire et exclusivement dans l'objectif de permettre un contact ultérieur avec les participants volontaires pour prendre part à la suite du projet.

Les données recueillies étaient hébergées sur la plateforme sécurisée de l'université et utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique dans le cadre de ce travail de thèse. Conformément à la réglementation en vigueur et au règlement général sur la protection des données (RGPD), les participants étaient informés de leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition concernant les données les concernant. L'ensemble des données a été conservé de manière sécurisée et pour une durée strictement limitée aux besoins de l'analyse et de la valorisation scientifique de l'étude

## Partie 3 : Résultats du questionnaire

### 1. Description de l'échantillon

#### 1.1. Questionnaires recueillis et retenus

Au total, 173 questionnaires ont été recueillis sur l'ensemble des deux périodes de diffusion de l'enquête. Parmi ceux-ci : 53 questionnaires étaient intégralement complétés ; 9 questionnaires étaient incomplets mais exploitables, dès lors qu'ils comportaient des réponses aux questions essentielles définies dans la méthodologie ; 111 questionnaires étaient incomplets et inexploitables, en raison de l'absence de réponses à ces éléments clés ou présence de critères d'exclusion définis précédemment, et ont été exclus de l'analyse.

Ainsi, **62 questionnaires** ont été retenus pour l'analyse finale.

#### 1.2. Caractéristiques professionnelles des répondants

La population étudiée était composée de professionnels de santé exerçant en soins primaires, appartenant à différentes professions. La répartition des répondants selon la profession exercée est présentée dans le tableau ci-dessous :

Profession	Effectif	Proportion
Médecin généraliste	26	42%
Pharmacien d'officine	14	23%
Infirmier diplômé d'état	9	15%
Masseur-kinésithérapeute	5	8%
Orthophoniste	2	3%
Autre profession de santé	6	9%

*Tableau 1 : Répartition des répondants par profession*

Parmi les six autres professions de santé représentées, on retrouvait un répondant pour chacune des professions suivantes : préparateur en pharmacie, psychologue, psychomotricienne, dentiste, orthoptiste et ostéopathe.

#### 1.3. Répartition géographique des répondants

Les répondants exerçaient dans les cinq départements de la région Hauts-de-France. La répartition géographique des professionnels interrogés par département est présentée sur la carte ci-dessous (Cf. Figure 16). Elle se répartissait comme suit :

- 50% dans le Nord ;
- 27% dans le Pas-de-Calais ;
- 15% dans la Somme ;
- 5% dans l'Oise ;
- 3% dans l'Aisne.

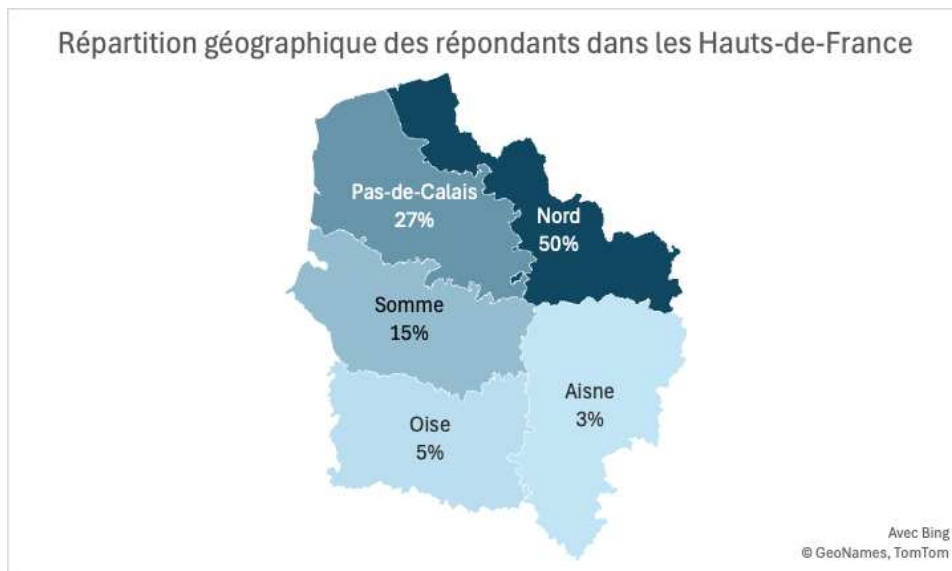


Figure 16 : Carte de la région Hauts-de-France avec la répartition des répondants

#### 1.4. Modalités d'exercice

Parmi l'ensemble des répondants, 47 professionnels (76%) déclaraient exercer au sein d'une MSP, tandis que 15 répondants (24%) exerçaient en dehors d'une MSP.

Parmi les professionnels exerçant en MSP, la répartition selon la taille de la structure, montrait des configurations variées : 36% des répondants exerçaient au sein de MSP comprenant moins de 10 professionnels, 44% dans des MSP regroupant 10 à 20 professionnels, et 20% dans des MSP comptant plus de 20 professionnels.

Parmi les 15 professionnels n'exerçant pas en MSP, 9 répondants (60%) déclaraient exercer de manière isolée, sans partage de locaux avec d'autres professionnels, tandis que 6 répondants (40%) indiquaient partager leurs locaux avec au moins un autre professionnel, dans un cadre d'exercice regroupé non formalisé en MSP.

## 2. Pratiques et représentations de la PDP

### 2.1. Analyse de la prise en charge récente

Les trois premières questions du questionnaire visaient à analyser, au regard de la dernière situation professionnelle rapportée par les répondants, l'intégration concrète d'éléments de décision partagée dans la pratique clinique. Elles permettaient d'évaluer l'implication du patient à travers la prise en compte de ses valeurs et de son mode de vie, la discussion des différentes options thérapeutiques, ainsi que l'évocation des bénéfices et des risques associés à ces différentes options.

Le nombre de répondants à cette section était de  $n = 62$ . Les résultats relatifs à ces trois dimensions sont présentés dans la Figure 17, qui synthétise les réponses obtenues.

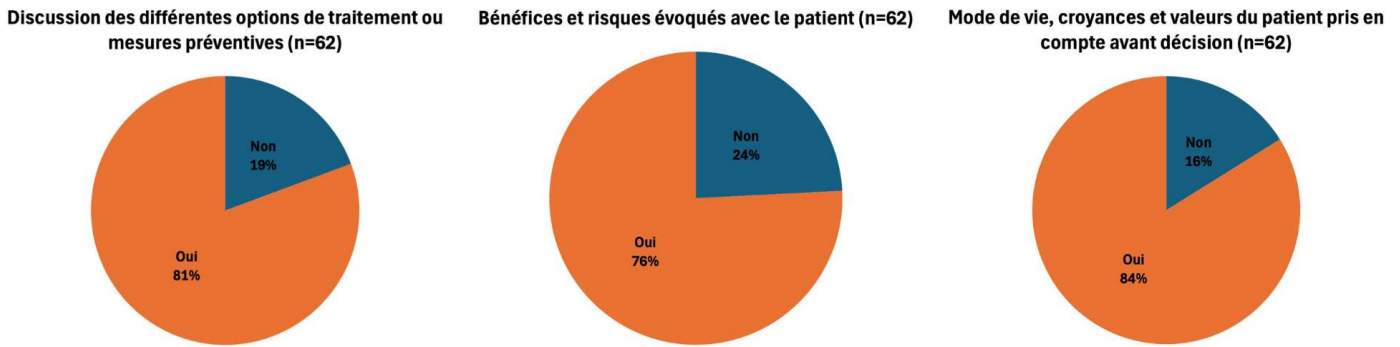


Figure 17 : Implication du patient lors de la dernière prise en charge (n=62)

Les résultats montrent des proportions élevées de réponses positives pour les trois items explorés. Plus des trois quarts des répondants déclarent impliquer le patient dans la décision de soins lors de leur dernière prise en charge. La prise en compte des valeurs et du mode de vie du patient est rapportée par 84% de répondants.

Une comparaison a ensuite été réalisée selon le mode d'exercice, en distinguant les professionnels exerçant en MSP de ceux exerçant en dehors d'une telle structure. L'échantillon analysé demeure de n = 62, et les résultats sont présentés sous forme de double histogramme dans la Figure 18.

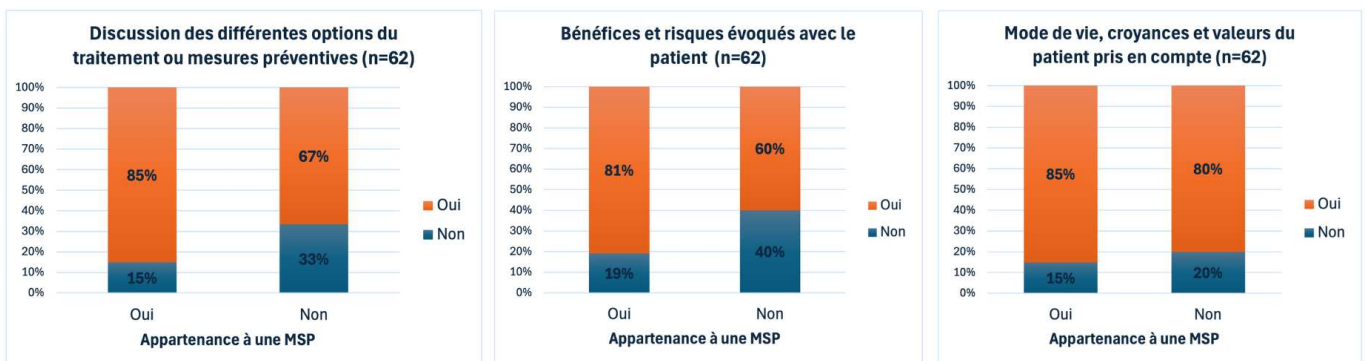


Figure 18 : Implication du patient selon le mode d'exercice (n=62)

Des différences descriptives sont observées selon l'appartenance à une MSP, sans qu'une analyse statistique de significativité n'ait été réalisée.

L'évocation des différentes options thérapeutiques est rapportée par 85% des professionnels exerçant en MSP (n=40/47), contre 67% chez ceux exerçant hors MSP (n=10/15). De même, l'évocation des bénéfices et des risques associés aux options proposées est déclarée par 81% des répondants en MSP (n=38/47), contre 60% en dehors d'une MSP (n=9/15). En revanche, la prise en compte du mode de vie et des valeurs du patient apparaît plus proche entre les deux groupes, avec 85% en MSP (n=40/47) contre 80% hors MSP (n=12/15).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en l'absence de test de significativité.

## 2.2. Implication et place des patients dans les décisions

Au-delà de l'analyse de la dernière situation clinique, les répondants étaient interrogés de manière plus générale sur leur pratique habituelle d'implication des patients dans les décisions concernant leurs traitements. Parmi les 62 répondants, 36% déclaraient impliquer systématiquement leurs patients dans la prise de décision, tandis que 50% indiquaient le faire de manière régulière. À l'inverse, une proportion très faible (2%) rapportait ne jamais impliquer le patient dans les décisions thérapeutiques. L'ensemble des résultats est présenté dans la Figure 19.

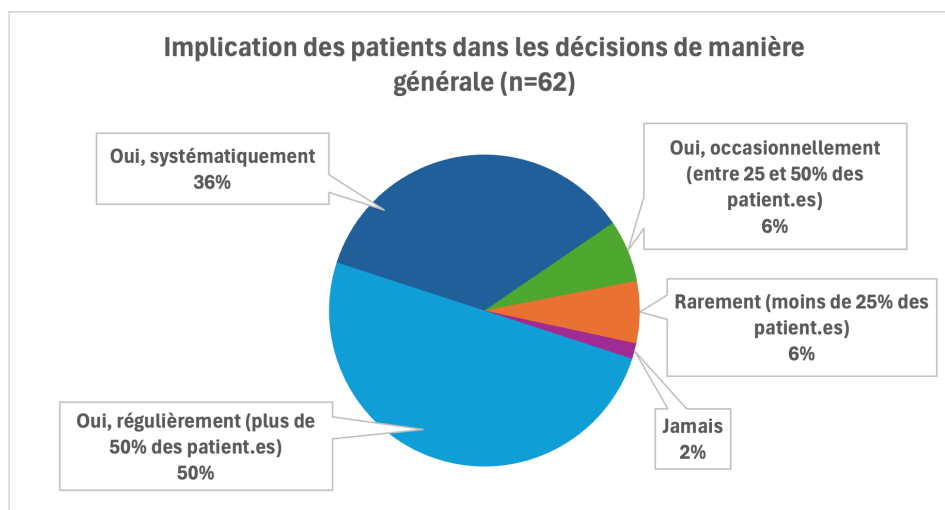


Figure 19 : Implication des patients dans les décisions de manière générale (n=62)

Une analyse par profession a ensuite été réalisée en se concentrant sur les trois professions les plus représentées dans l'échantillon : médecins généralistes (n=26), pharmaciens d'officine (n=14) et infirmiers (n=9). L'effectif total cumulé des trois professions est de n = 49. Les résultats détaillés figurent dans la Figure 20.

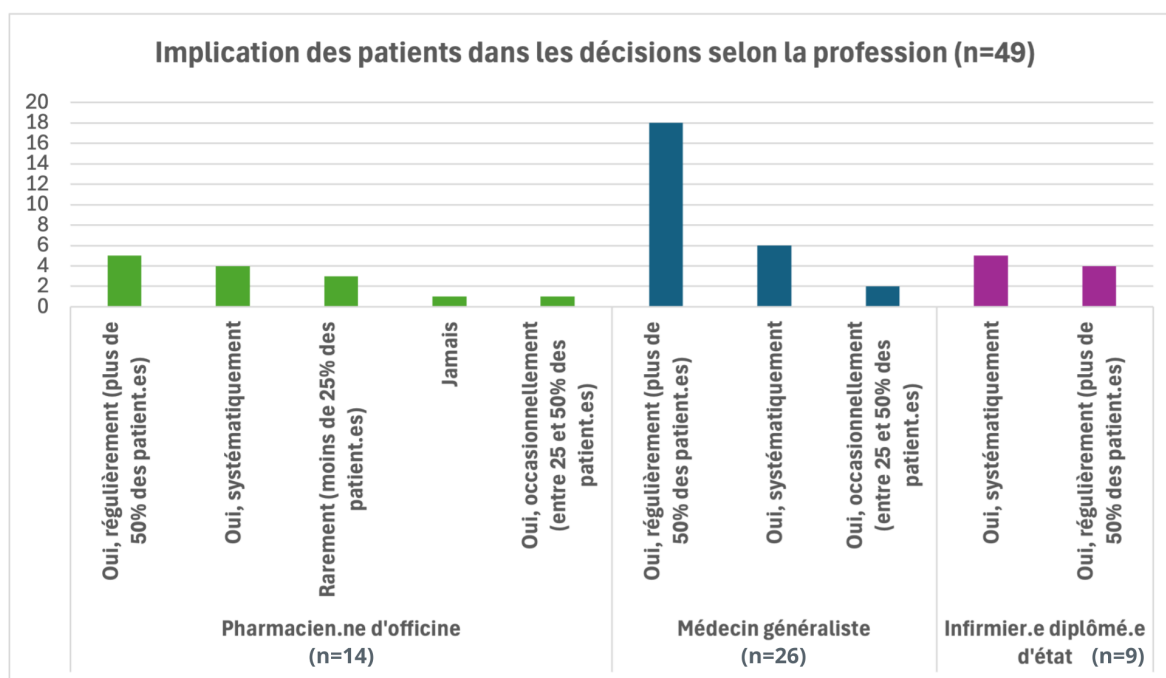


Figure 20 : Implication des patients dans les décisions selon la profession (n=49)

Cette répartition met en évidence des profils distincts selon les professions. Les médecins généralistes et les infirmiers présentent une tendance marquée à impliquer leurs patients de manière régulière ou systématique. Les pharmaciens, en revanche, montrent des réponses plus hétérogènes, avec une distribution plus dispersée entre les différentes modalités de réponse.

Dans la continuité, les répondants étaient interrogés sur l'importance relative qu'ils accordaient aux connaissances issues du vécu du patient par rapport aux connaissances du professionnel de santé. Les participants devaient se positionner sur une échelle numérique de 0 à 10, où 0 correspondait à une priorité donnée aux connaissances du patient et 10 à une priorité donnée aux connaissances du soignant. Les résultats, présentés dans la Figure 21 (n = 62), détaillent les effectifs et les proportions pour chaque modalité de réponse, ainsi que la moyenne obtenue.

**Importance comparée du vécu du patient et de l'expertise professionnelle (n=62)**

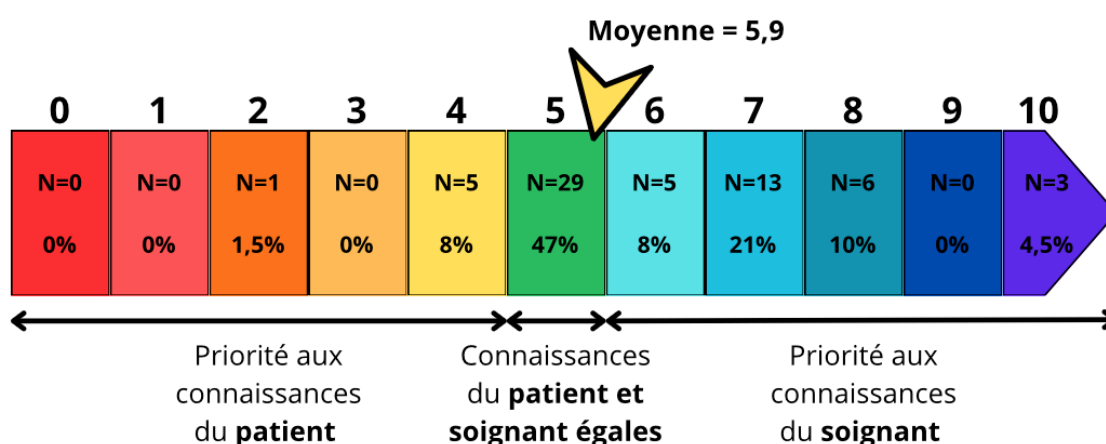


Figure 21 : Importance comparée du vécu du patient et de l'expertise professionnelle (n=62)

La moyenne globale s'établit à 5,9. Par ailleurs, 47 % des répondants se sont positionnés au niveau central de l'échelle, où connaissances du patient et du soignant sont à importance égale.

### 2.3. Connaissance et compréhension du concept de PDP

Les connaissances des répondants concernant la décision partagée ont été évaluées à l'aide d'une question à choix multiple comprenant deux réponses exactes, selon une modalité de notation préalablement définie dans la section Matériel et Méthodes. L'analyse porte sur un effectif de 62 répondants. La répartition des scores obtenus ainsi que la moyenne générale sont présentées dans la Figure 22.

La moyenne globale observée est de 16/20. Parmi les répondants, 29% ont fourni les deux réponses exactes sans erreur, tandis que 65% ont présenté une seule erreur. La proportion de réponses comportant davantage d'erreurs demeure marginale.

## Répartition des notes attribuées à la définition de la décision partagée et moyenne générale obtenue (n=62)

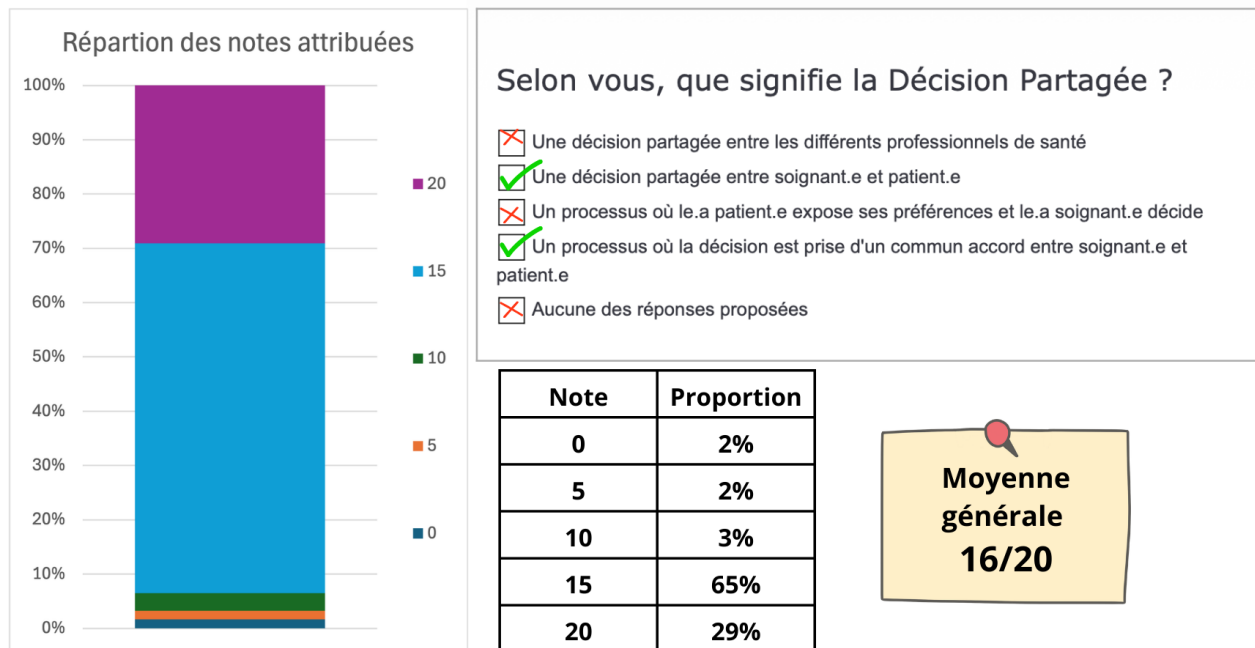


Figure 22 : Répartition des notes attribuées à la définition de la décision partagée et moyenne générale obtenue (n=62)

### 3. Formation à la PDP et besoins identifiés

#### 3.1. Formation antérieure à la PDP

L'existence d'une formation préalable à la décision partagée a été évaluée auprès des 62 répondants. Parmi eux, seuls 2 professionnels (3%) ont déclaré avoir bénéficié d'une formation spécifique à la décision partagée, tandis que 60 répondants (97%) ont indiqué ne pas être formés à cette démarche.

Les deux répondants formés rapportaient des modalités de formation différentes : l'un avait été formé dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, tandis que l'autre évoquait une formation reçue lors de ses stages d'internat. Concernant leur contexte d'exercice, l'un de ces professionnels exerçait en MSP, tandis que l'autre exerçait en dehors d'une telle structure. Tous deux déclaraient appliquer la décision partagée de manière régulière dans leur pratique quotidienne et se positionnaient en faveur d'une priorité accordée aux connaissances du soignant sur l'échelle d'importance proposée dans le questionnaire.

#### 3.2. Besoin perçu d'une formation complémentaire

Les répondants n'ayant pas déclaré de formation préalable à la prise de décision partagée (n = 60) étaient ensuite interrogés sur leur intérêt pour une formation dédiée à cette thématique. Les résultats montrent que 43 professionnels (72%) se déclaraient intéressés par une formation à la décision partagée, tandis que 17 répondants (28%) exprimaient un non-intérêt.

La Figure 23 présente la répartition de cet intérêt en fonction de l'appartenance ou non à une MSP. Les proportions observées sont globalement comparables entre les deux groupes. L'intérêt pour une formation apparaît légèrement plus élevé chez les professionnels hors MSP (79%) que chez ceux exerçant en MSP (70%). Ces résultats restent descriptifs et ne permettent pas de conclure à une différence statistiquement significative.

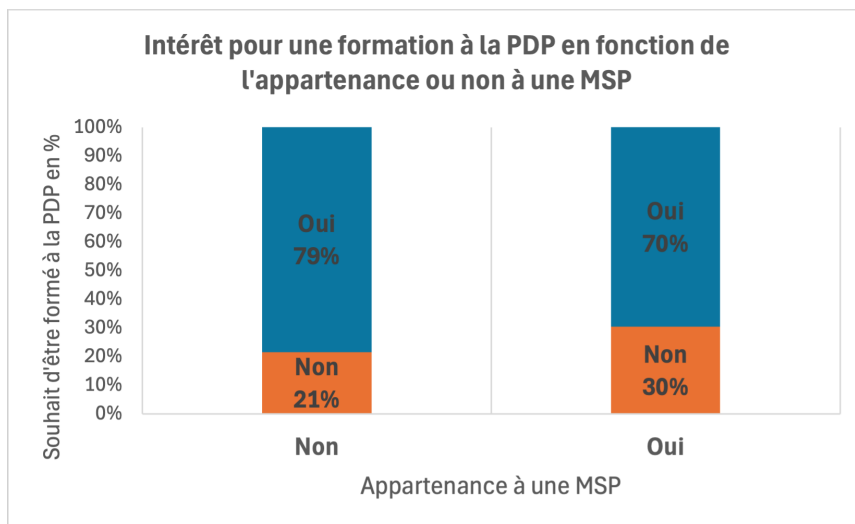


Figure 23 : Intérêt pour une formation à la PDP en fonction de l'appartenance à une MSP

Les raisons du non-intérêt pour une formation, analysées parmi les 17 répondants concernés, sont détaillées dans la Figure 24. Les motifs les plus fréquemment invoqués étaient le manque de temps (35%) et le sentiment d'être suffisamment formé (35%). Par ailleurs, 12% des répondants estimaient appliquer déjà la décision partagée au quotidien sans formation spécifique, 12% considéraient ne pas pouvoir l'appliquer dans leur pratique auprès de leurs patients, et 6% mentionnaient être en fin de carrière. Aucun répondant n'a indiqué un manque d'intérêt pour le sujet en lui-même comme raison de refus.

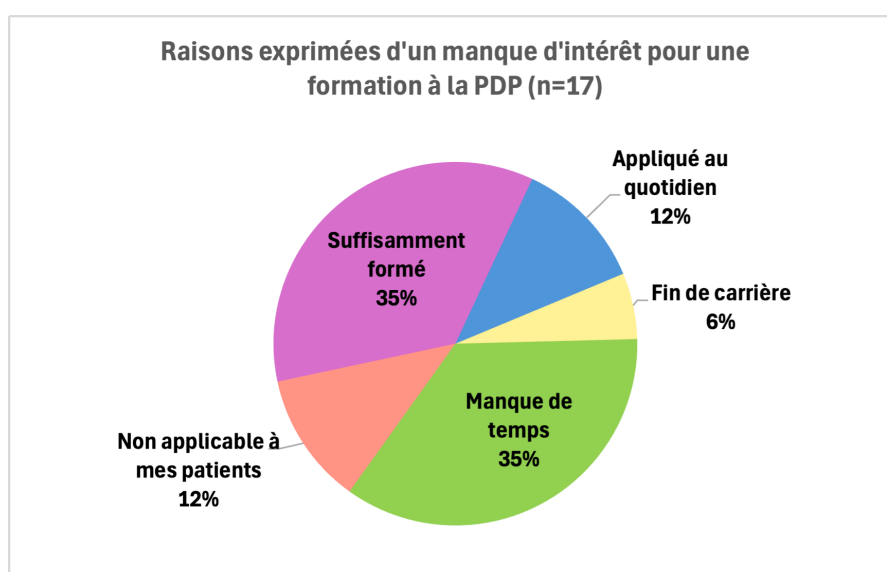


Figure 24 : Raisons exprimées d'un manque d'intérêt pour une formation à la PDP (n=17)

### 3.3. Modalités privilégiées pour une formation à la PDP

Les deux questions relatives au format de formation souhaité et au temps que les professionnels seraient prêts à y consacrer s'adressaient exclusivement aux répondants ayant exprimé un intérêt pour une formation et n'ayant pas bénéficié d'une formation préalable, soit un effectif de n = 43.

Les résultats concernant le format souhaité sont présentés dans la Figure 25. La majorité des répondants (44%) privilégiaient une formation en présentiel avec d'autres professionnels. Une proportion presque équivalente (40%) exprimait une préférence pour une formation à distance sous forme de modules vidéo et quizz. Plus marginalement, 9% des répondants souhaitaient une formation en visioconférence, tandis que 7% optaient pour un format exclusivement basé sur la consultation de documents écrits.

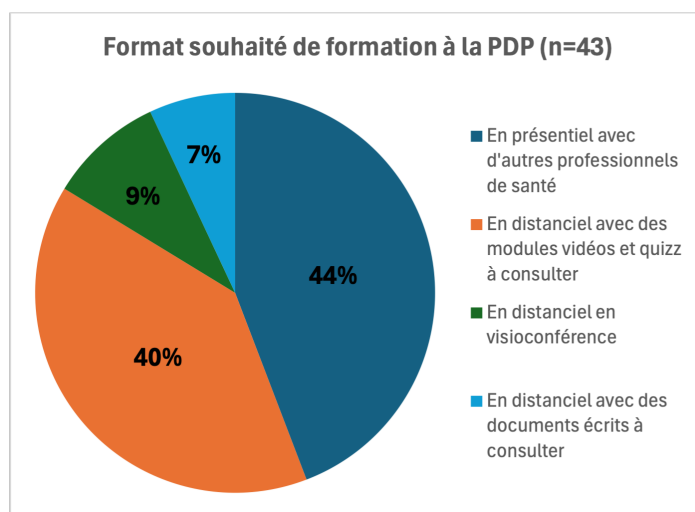


Figure 25 : Format souhaité de formation à la PDP (n=43)

La Figure 26 présente les résultats relatifs au temps que les professionnels seraient disposés à consacrer à cette formation. Une proportion équivalente de répondants (42%) se déclarait prête à participer à une journée complète de formation ou à une demi-journée. À l'inverse, 14% indiquaient ne vouloir y consacrer que très peu de temps, et 2% seulement se déclaraient disposés à participer à une formation d'une semaine entière.

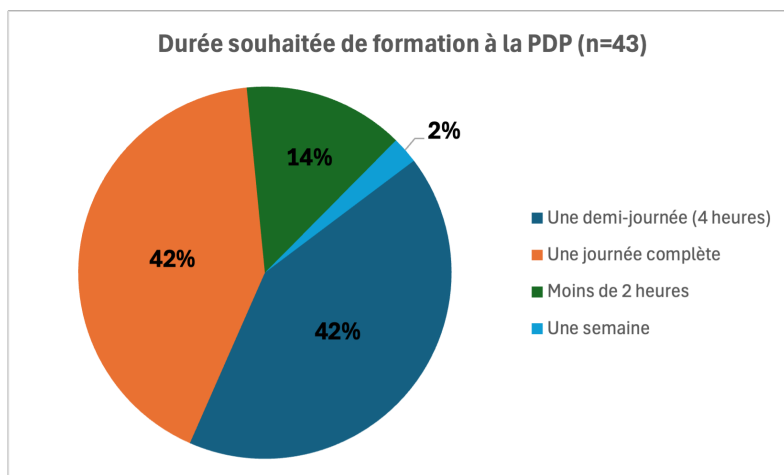


Figure 26 : Durée souhaitée de formation à la PDP (n=43)

#### 4. Perception du lien entre PDP et observance thérapeutique

La perception du lien entre la prise de décision partagée et l'observance thérapeutique constituait l'axe central du questionnaire. Les répondants étaient invités à indiquer si, selon eux, la participation du patient à la prise de décision concernant son traitement pouvait avoir un impact positif sur son adhésion thérapeutique. L'analyse porte sur un effectif de n = 62 répondants.

Parmi eux, 56 professionnels (90%) ont exprimé un avis favorable, considérant que l'implication du patient pouvait avoir un effet positif sur l'observance. Aucun répondant n'a exprimé d'avis défavorable ; toutefois, 6 professionnels (10%) ont préféré ne pas se prononcer. Parmi les six répondants n'ayant pas exprimé de position, les profils apparaissent hétérogènes, tant en termes de profession exercée que d'appartenance ou non à une MSP.

Les répondants avaient également la possibilité de laisser un commentaire libre afin de préciser leur position. Les principaux éléments ressortant des verbatims sont les suivants :

- Un patient ayant donné son avis présente une meilleure observance ;
- Une meilleure compréhension de sa maladie favorise la prise des traitements ;
- La décision partagée favorise le lien de confiance ;
- Le patient devient acteur de sa santé ;
- La pérennisation de l'observance dans le temps est facilitée ;
- Le traitement est accepté et non plus subi.

Les répondants étaient ensuite interrogés sur les pathologies pour lesquelles le développement de la décision partagée leur paraissait pertinent, parmi une sélection de pathologies chroniques (hypertension artérielle, cancer, insuffisance cardiaque, diabète de type 2, syndromes anxio-dépressifs, asthme, soins palliatifs). Les participants pouvaient sélectionner plusieurs réponses. L'analyse porte sur un effectif de n = 62 répondants. Les résultats sont présentés dans la Figure 27, sous forme d'histogramme représentant, pour chaque pathologie, la proportion de professionnels l'ayant sélectionnée parmi l'ensemble des répondants.

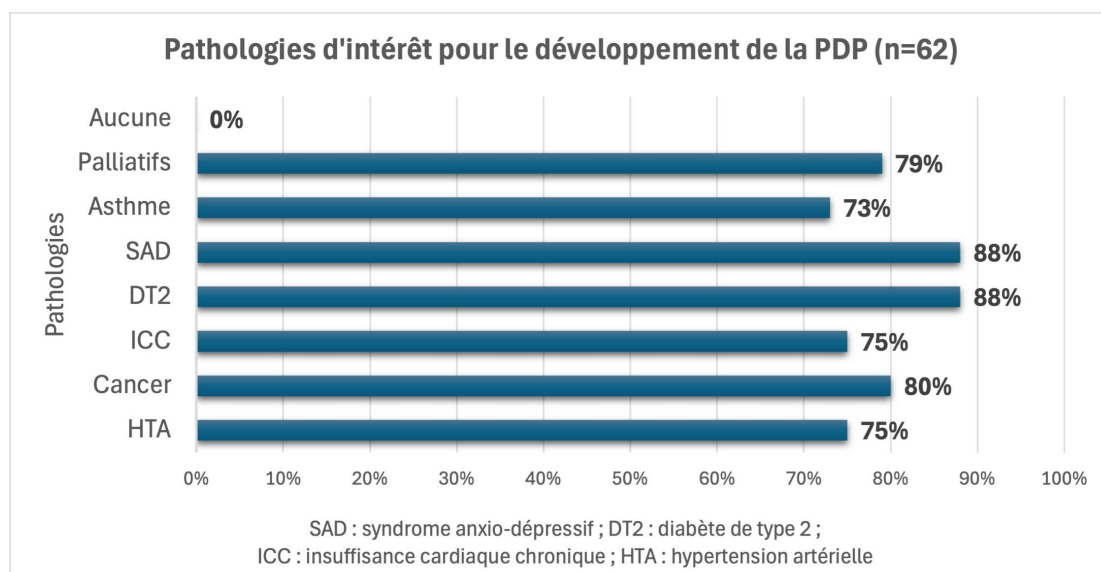


Figure 27 : Pathologies d'intérêt pour le développement de la PDP (n=62)

Les proportions observées sont élevées et relativement homogènes, oscillant entre 73% et 88%. L'asthme apparaît comme la pathologie la moins sélectionnée (73%), tandis que les syndromes anxio-dépressifs et le diabète de type 2 sont les plus fréquemment retenus (88%). La majorité des répondants ont sélectionné l'ensemble ou la quasi-totalité des pathologies proposées.

## 5. Intérêt pour le projet de recherche DÉMÉPOT

Les répondants étaient interrogés sur leur intérêt à participer à un projet de recherche visant à mesurer l'impact de la décision partagée sur l'observance thérapeutique de leurs patients. L'analyse porte sur un effectif de n = 62 répondants.

Parmi eux, 23 professionnels (37%) se déclaraient intéressés par une participation au projet, tandis que 39 répondants (63%) indiquaient ne pas souhaiter y prendre part.

Les résultats ont ensuite été analysés selon l'appartenance ou non à une MSP ainsi qu'en fonction des quatre professions les plus représentées (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes). La Figure 28 présente la proportion de participation selon le mode d'exercice (MSP vs non MSP) avec un effectif de n = 62 répondants. La Figure 29 illustre cette répartition selon la profession exercée avec un effectif de n = 54 répondants comprenant 26 médecins généralistes, 14 pharmaciens d'officine, 9 infirmiers et 5 masseurs-kinésithérapeutes.

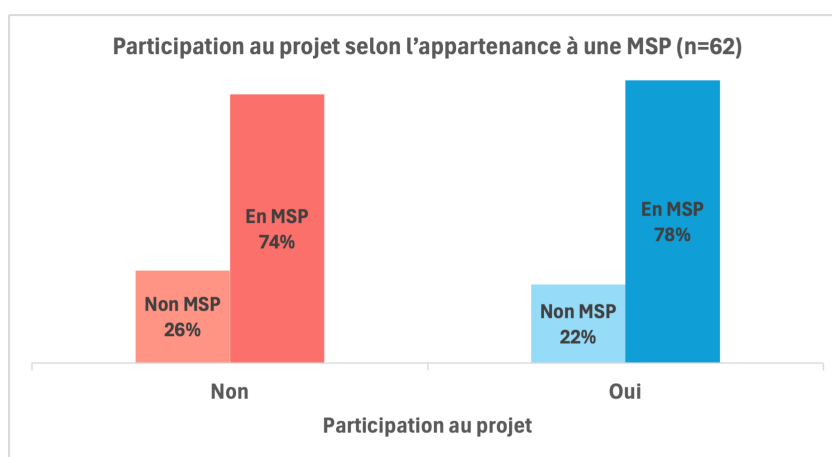


Figure 28 : Participation au projet selon l'appartenance à une MSP (n=62)

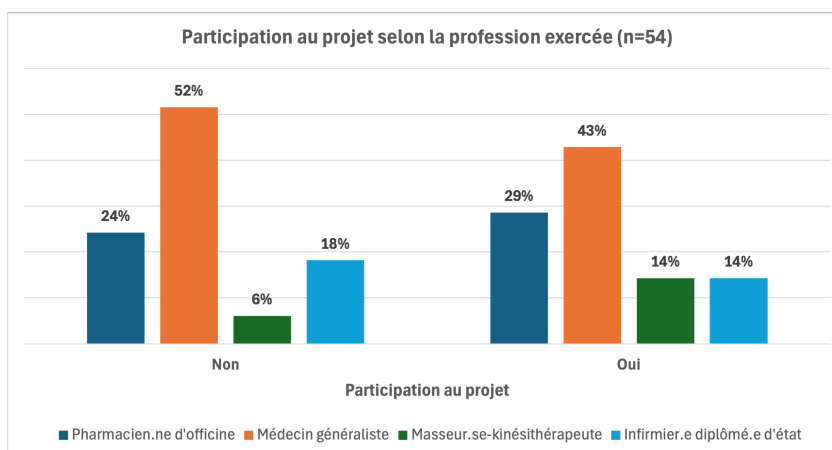


Figure 29 : Participation au projet selon la profession exercée (n=54)

L'analyse descriptive ne met pas en évidence de différences marquées selon le mode d'exercice ou la profession. Les proportions entre répondants intéressés et non intéressés apparaissent globalement proches dans les différents sous-groupes. Ainsi, aucune tendance nette ne se dégage en faveur d'un profil professionnel ou d'un mode d'exercice particulier.

La participation au projet apparaît globalement similaire selon l'appartenance à une MSP. Parmi les répondants intéressés, 78% exercent en MSP (n=18/23), contre 22% hors MSP (n=5/23). De même, parmi les professionnels non intéressés, 74% exercent en MSP (n=29/39), contre 26% hors MSP (n=10/39).

Concernant la profession exercée, la répartition des répondants selon leur intérêt pour le projet apparaît également proche entre les groupes. Parmi les professionnels non intéressés, 52% sont médecins généralistes (n=17/33), 24% pharmaciens d'officine (n=8/33), 18% infirmiers (n=6/33) et 6% masseurs-kinésithérapeutes (n=2/33). Parmi les répondants intéressés, 43% sont médecins généralistes (n=9/21), 29% pharmaciens d'officine (n=6/21), 14% infirmiers (n=3/21) et 14% masseurs-kinésithérapeutes (n=3/21).

Une analyse des motifs de non-participation a ensuite été réalisée parmi les 39 répondants concernés. Les résultats sont détaillés dans la Figure 30.

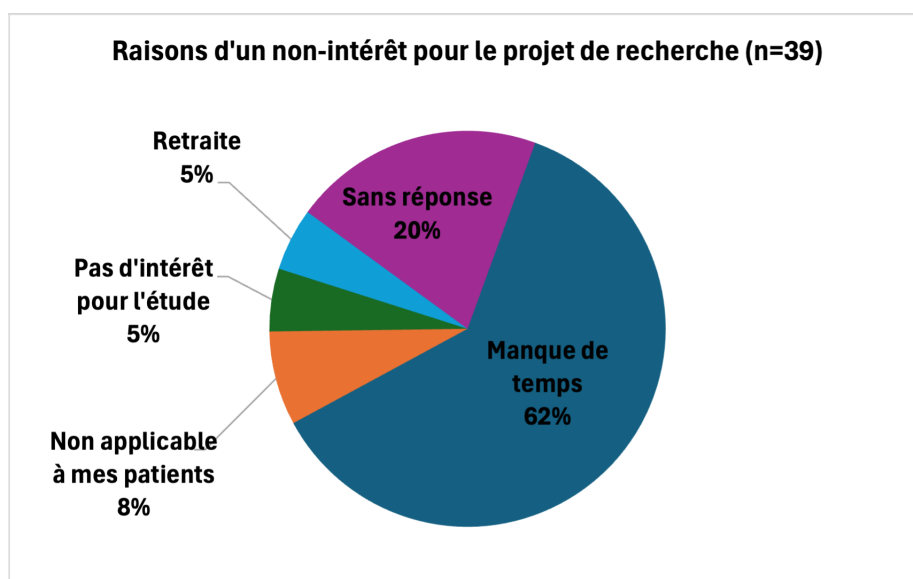


Figure 30 : Raisons d'un non-intérêt pour le projet de recherche (n=39)

Le principal motif invoqué était le manque de temps (62%). Par ailleurs, 8% des répondants estimaient ne pas pouvoir réaliser le projet avec leurs patients, 5% déclaraient ne pas avoir d'intérêt pour le projet, et 5% mentionnaient être en fin de carrière. Enfin, 20% des professionnels concernés n'ont pas souhaité préciser la raison de leur non-participation.

## 6. Organisation de l'exercice et coopération interprofessionnelle

### 6.1. Organisation et fonctionnement des MSP

Cette sous-partie concerne exclusivement les professionnels de santé ayant déclaré exercer en MSP, soit un effectif de  $n = 47$  répondants. Les questions suivantes portaient sur les raisons ayant motivé le choix d'exercer en MSP, sur l'utilisation d'un système d'information partagé (SIP) ainsi que sur l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) au sein de ces structures.

La première question, à champ libre, visait à identifier les raisons d'exercer en MSP. L'analyse des réponses a permis de faire émerger les idées principales suivantes :

- Travail en équipe pluriprofessionnelle ;
- Volonté d'éviter l'isolement professionnel ;
- Richesse des échanges et variété des pratiques ;
- Prise en charge globale du patient ;
- Suivi plus structuré et optimal ;
- Amélioration de la qualité des soins ;
- Discussion collégiale des situations complexes ;
- Partage d'expériences et de compétences entre professionnels.

La question suivante portait sur l'utilisation d'un système d'information partagé (SIP). Parmi les 47 professionnels exerçant en MSP, 8 n'ont pas répondu à cette question, conduisant à un échantillon analysable de  $n = 39$  répondants. Les résultats sont présentés dans la Figure 31.

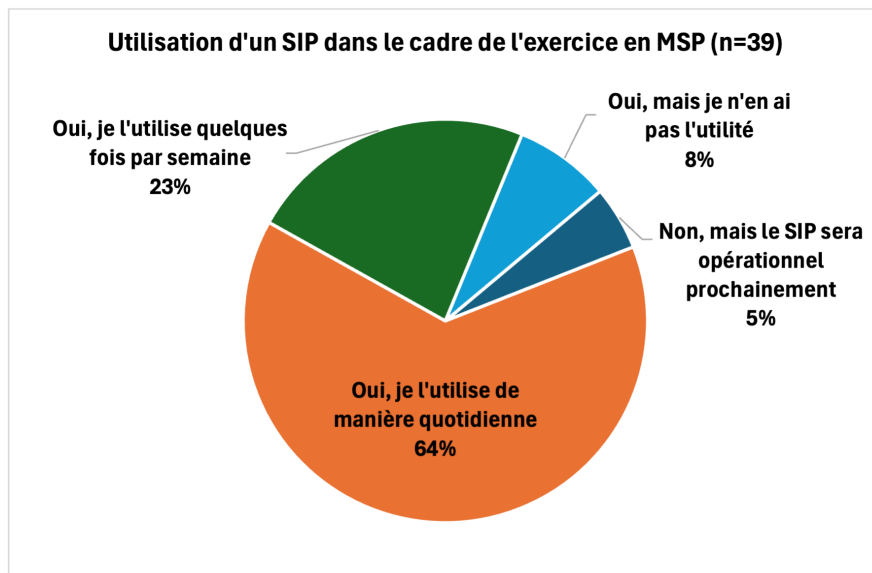


Figure 31 : Utilisation d'un SIP dans le cadre de l'exercice en MSP (n=39)

Parmi eux, 64% déclarent utiliser le SIP de manière quotidienne, 23% quelques fois par semaine, 8% indiquent disposer d'un SIP sans l'utiliser, et 5% rapportent ne pas encore en être dotés dans le cadre de leur exercice coordonné.

Par ailleurs, 37 répondants ont complété la question suivante relative aux raisons d'utilisation du SIP. Cette question proposait six modalités de réponse avec possibilité de choix multiples. La répartition des réponses est présentée dans la Figure 32.

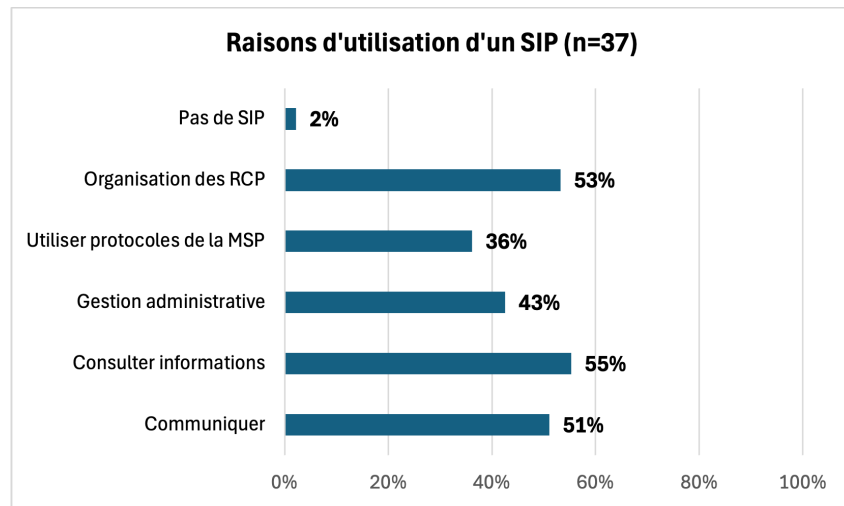


Figure 32 : Raisons d'utilisation d'un SIP (n=37)

Pour plus de la moitié des répondants, le SIP est principalement utilisé pour consulter des informations nécessaires à la coordination des soins des patients, communiquer avec les autres professionnels de la MSP et organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle. Par ailleurs, 43% l'utilisent pour la gestion des consultations, du planning ou des tâches administratives ; 36% pour consulter les protocoles élaborés au sein de la structure ; enfin, 2% déclarent ne pas utiliser le SIP malgré sa présence.

La question suivante portait sur la fréquence des échanges en réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) au sein des MSP. Parmi les 47 professionnels exerçant en MSP, 9 n'ont pas répondu à cette question, conduisant à un échantillon analysable de n = 38 répondants. Les résultats sont présentés dans la Figure 33.

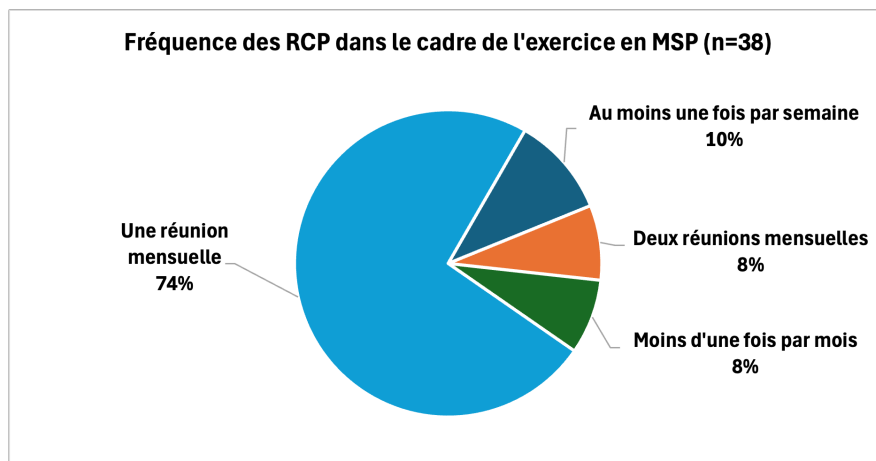


Figure 33 : Fréquence des RCP dans le cadre de l'exercice en MSP (n=38)

Parmi eux, 74% déclarent organiser des RCP de manière mensuelle, 10% de manière hebdomadaire, 8% deux fois par mois et 8% moins d'une fois par mois.

La question suivante portait sur les thématiques abordées lors de ces réunions. Parmi les répondants précédents, 37 ont complété cette question. Celle-ci proposait quatre modalités de réponse, avec possibilité de choix multiples. La répartition des réponses est présentée dans la Figure 34.

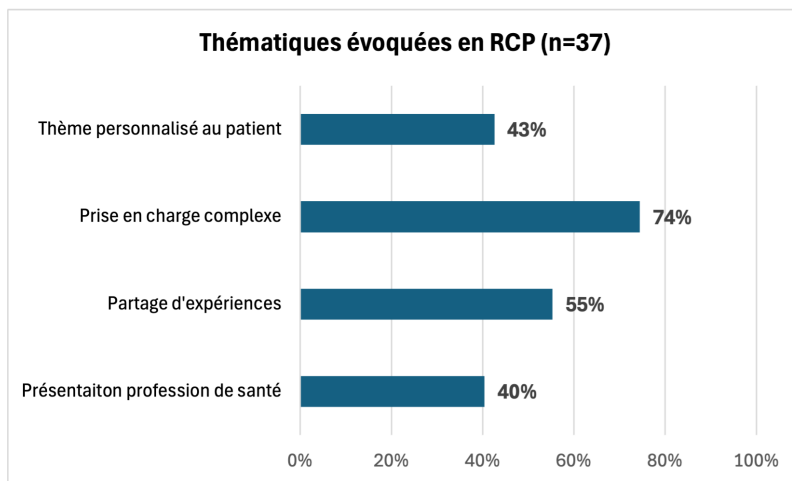


Figure 34 : Thématiques évoquées en RCP (n=37)

Les RCP sont majoritairement consacrées à la discussion de prises en charge complexes (74%). Elles constituent également un espace de partage d'expériences et de pratiques pour 55% des répondants. Par ailleurs, 43% indiquent que les réunions peuvent être organisées autour de thématiques personnalisées en fonction des situations cliniques rencontrées, et 40% mentionnent des temps dédiés à la présentation d'une profession de santé, permettant des échanges autour de ses compétences et de sa place dans la prise en charge.

## 6.2. Exercice hors MSP et coopération interprofessionnelle

La dernière partie du questionnaire s'intéressait plus largement à l'exercice en dehors des structures de coordination, ainsi qu'aux relations interprofessionnelles développées en dehors des MSP. Elle concernait à la fois les professionnels n'exerçant pas en MSP et, de manière plus transversale, les modalités d'échanges entre professionnels lorsqu'ils interviennent hors d'un exercice coordonné structuré.

La première question portait spécifiquement sur les raisons pour lesquelles certains répondants n'appartiennent pas à une MSP. Elle concernait exclusivement les professionnels ayant indiqué ne pas exercer en MSP en début de questionnaire, soit un effectif de n = 15 répondants. Les résultats sont présentés dans la Figure 35.

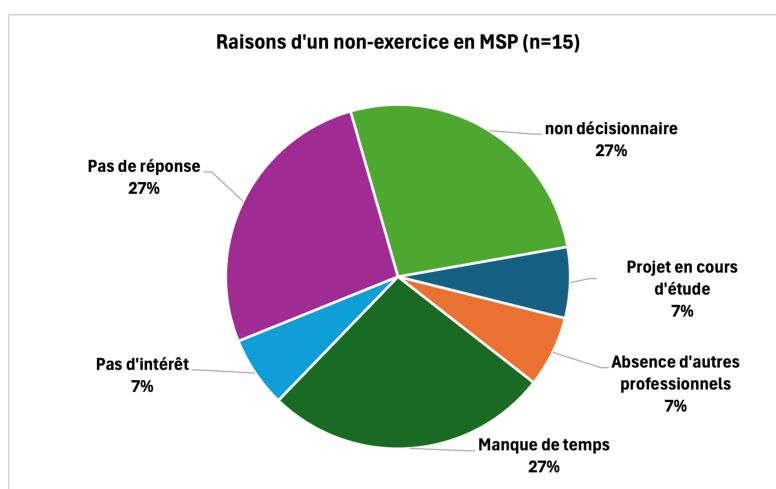


Figure 35 : Raisons d'un non-exercice en MSP (n=15)

À parts égales (27%), les répondants déclarent ne pas exercer en MSP soit par manque de temps pour engager les démarches nécessaires, soit parce qu'ils ne sont pas décisionnaires au sein de leur structure (pharmaciens adjoints, internes en médecine, préparateurs). Par ailleurs, 27% n'ont pas souhaité préciser les raisons de cette situation. Une minorité (7%) estime ne pas pouvoir développer un exercice coordonné en raison d'un manque de professionnels de santé à proximité. De même, 7% indiquent qu'un projet de MSP est en cours de réflexion au sein de leur structure, laissant envisager une évolution prochaine. Enfin, 7% déclarent ne pas éprouver d'intérêt particulier pour l'exercice coordonné.

Nous nous sommes enfin intéressés aux échanges réalisés par les professionnels de santé avec leurs confrères en dehors d'un exercice coordonné formalisé. Qu'ils exercent en MSP ou non, les répondants étaient interrogés sur la fréquence de leurs échanges avec les autres professionnels de santé du territoire, la qualité perçue de ces échanges ainsi que les moyens de communication les plus utilisés.

Par souci de cohérence analytique, les réponses des professionnels appartenant à une MSP et celles des professionnels n'exerçant pas en MSP ont été regroupées au sein d'un même échantillon. Les questions correspondantes avaient été intégrées de manière identique dans les deux parcours du questionnaire (MSP et non MSP). L'échantillon analysé pour ces questions était de  $n = 51$  répondants.

La fréquence des échanges a été évaluée à l'aide d'une échelle de Likert à choix unique permettant d'identifier la modalité principale déclarée par chaque répondant pour chaque profession concernée. La qualité perçue des échanges ainsi que les moyens de communication employés ont été mesurés par des questions matricielles à choix multiples. Pour chacune de ces dimensions, plusieurs items étaient proposés et les répondants pouvaient sélectionner une ou plusieurs modalités correspondant à leur pratique. Pour ces questions à choix multiples, la proportion de répondants ayant sélectionné chaque item a été calculée.

Un tableau a été élaboré en croisant chacune des modalités avec les différentes professions de santé concernées. Il convient de préciser que les résultats présentés correspondent aux déclarations de l'ensemble des répondants, toutes professions confondues. Ainsi, les pourcentages indiquent la proportion de professionnels déclarant échanger avec une profession donnée, et non les échanges rapportés par cette profession elle-même. Par conséquent, les résultats traduisent une perception globale des interactions interprofessionnelles, sans permettre une analyse bidirectionnelle des échanges entre professions. L'ensemble des résultats est présenté dans le Tableau 2.

L'analyse des résultats montre des différences importantes selon les professions de santé concernées par les échanges. L'ensemble des données n'est pas détaillé ici, mais certains points principaux méritent d'être mis en avant.

Les échanges avec les médecins généralistes apparaissent relativement fréquents, bien que variables selon les répondants : 40% déclarent les contacter quelques fois par mois, 22% de manière hebdomadaire et 14% quotidiennement. Ces interactions sont majoritairement perçues comme collaboratives (61%) et amicales (51%). Le téléphone constitue le principal moyen de communication utilisé (80%).

Concernant les pharmaciens d'officine et les infirmiers, les résultats sont globalement similaires entre eux. Les fréquences d'échanges restent hétérogènes, mais les

interactions sont majoritairement décrites comme collaboratives et amicales. Là encore, le téléphone prédomine comme principal outil de communication.

À l'inverse, les échanges avec les médecins spécialistes hospitaliers apparaissent moins fréquents : 46% des répondants les décrivent comme mensuels et 40% comme très rares. La perception d'indisponibilité est particulièrement marquée (55%).

Enfin, les sage-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes présentent des profils relativement comparables. Les échanges sont majoritairement décrits comme rares (respectivement 70%, 63% et 80%). Bien qu'ils soient, lorsqu'ils existent, perçus comme collaboratifs et amicaux, une proportion importante de répondants indique n'avoir aucun échange avec ces professions (entre 28% et 38% selon la profession).

Ces résultats doivent être interprétés comme une vision globale des interactions interprofessionnelles, reflétant les pratiques déclarées par les répondants. Toutefois, cette approche ne permet pas de distinguer précisément les dynamiques d'échanges selon la profession du répondant, ce qui constitue une limite dans l'analyse fine des relations interprofessionnelles. L'ensemble des résultats présentés dans cette partie sera discuté de manière approfondie dans la section suivante. Celle-ci permettra d'en proposer une analyse globale, d'exposer les limites de l'étude, mais également de mettre en perspective les apports de ces données pour le projet de recherche ainsi que les pistes d'amélioration et d'évolution envisageables par la suite.

ECHANGES	Sous type	Avec des médecins généralistes	Avec des médecins spécialistes de ville	Avec des médecins spécialistes hospitaliers	Avec des infirmiers diplômés d'état	Avec des pharmaciens	Avec des masseurs-kinésithérapeutes	Avec des sage-femmes	Avec des dentistes
Fréquences des échanges	Jamais ou très rarement	24%	35%	40%	20%	29%	63%	70%	80%
	Mensuel	40%	53%	46%	26%	35%	24%	24%	18%
	Hebdomadaire	22%	12%	12%	29%	29%	12%	6%	2%
	Quotidien	14%	0%	2%	26%	8%	2%	0%	0%
Qualité perçue des échanges	Indisponibles / Injoignables	8%	43%	55%	2%	2%	16%	16%	39%
	Compétitifs / Concurrentiels	10%	2%	0%	8%	12%	2%	0%	0%
	Collaboratifs / Coopératifs	61%	49%	47%	61%	65%	55%	59%	43%
	Amicaux / Confraternels	51%	16%	12%	49%	39%	31%	25%	14%
Moyens de communications	En personne	34%	4%	8%	48%	26%	24%	20%	10%
	Par téléphone	80%	78%	82%	82%	86%	62%	60%	50%
	Par mail	44%	32%	40%	22%	24%	12%	18%	8%
	Par messagerie sécurisée	42%	38%	26%	18%	16%	4%	4%	2%
	Par réseaux sociaux	8%	4%	0%	8%	2%	2%	2%	0%
	Par logiciel métier	16%	14%	2%	2%	0%	0%	2%	0%
	Aucune communication	4%	12%	10%	10%	6%	28%	28%	38%



Tableau 2 : Modalités des échanges interprofessionnels rapportées par les répondants, selon la profession de santé avec laquelle les interactions sont déclarées

## **Partie 4 : Discussion**

L'interprétation des résultats doit être replacée dans le contexte de l'échantillon étudié. L'enquête a recueilli les réponses de 62 professionnels de santé exerçant en soins primaires dans la région Hauts-de-France, appartenant à plusieurs professions, principalement des médecins généralistes, des pharmaciens d'officine et des infirmiers. Les médecins généralistes constituent la catégorie professionnelle la plus représentée au sein de l'échantillon, ce qui peut influencer certaines perceptions relatives à la prise de décision thérapeutique et à l'organisation du parcours de soins. Par ailleurs, une proportion importante des répondants exerçait au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette diversité professionnelle constitue un point d'intérêt pour l'analyse des représentations de la prise de décision partagée en soins primaires. Toutefois, la forte représentation des structures d'exercice coordonné peut également influencer certaines perceptions observées, notamment en matière de coopération interprofessionnelle et d'organisation des soins.

### **1. Perception et intégration de la prise de décision partagée dans les pratiques de soins primaires**

Les résultats de cette étude montrent que la majorité des professionnels interrogés déclarent impliquer le patient dans la décision de soins, notamment par la prise en compte de son mode de vie, de ses valeurs ou de ses croyances. Cette tendance semble cohérente avec l'évolution des modèles de soins vers une approche davantage centrée sur le patient et s'inscrit dans le contexte d'émergence de la démocratie sanitaire. Dans ce cadre, le patient n'est plus considéré comme un simple destinataire de la décision médicale, mais comme un acteur du processus décisionnel, dont l'expérience et les préférences sont intégrées dans la prise en charge.

Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence. En effet, les données recueillies reposent sur les déclarations des professionnels et ne permettent pas d'objectiver directement leurs pratiques réelles. Il est possible que certains répondants déclarent impliquer le patient dans les décisions sans que cette implication ne corresponde forcément à une mise en œuvre complète des principes de la prise de décision partagée. Par ailleurs, la perception du patient lui-même n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude, ce qui ne permet pas d'apprécier dans quelle mesure il se sent effectivement associé aux décisions concernant son traitement. Or, plusieurs travaux de la littérature ont mis en évidence l'existence d'un décalage possible entre la perception des professionnels de santé et celle des patients concernant le niveau réel d'implication dans la décision médicale. Certains patients peuvent ainsi rapporter une participation limitée, alors même que les professionnels estiment avoir mis en œuvre une démarche de décision partagée (154–156).

Les différences observées entre professions peuvent s'expliquer par les rôles distincts occupés par chaque professionnel dans la prise en charge thérapeutique. Les médecins généralistes, en tant que prescripteurs centraux, occupent une place centrale dans la décision thérapeutique. À l'inverse, les pharmaciens et les infirmiers interviennent davantage dans l'accompagnement, l'explication et le suivi des traitements. Ces positions différentes au sein du parcours de soins peuvent influencer la manière dont chaque profession perçoit et met en œuvre la PDP.

Par ailleurs, l'appartenance à une MSP semble associée à une implication plus marquée du patient dans certaines dimensions du processus décisionnel, notamment dans la discussion des différentes options thérapeutiques et dans l'information concernant les bénéfices et les risques associés. L'exercice coordonné au sein des MSP favorise en effet les échanges entre professionnels, la coordination des prises en charge et le développement de pratiques collaboratives centrées sur le patient.

Enfin, l'analyse de l'importance accordée aux connaissances issues du vécu du patient par rapport à celles du professionnel de santé met en évidence un positionnement globalement équilibré. Le positionnement central observé chez près de la moitié des répondants suggère que de nombreux professionnels considèrent ces deux formes de savoir comme complémentaires dans le processus décisionnel. Cette représentation apparaît cohérente avec les principes de la PDP, qui repose précisément sur l'articulation entre expertise scientifique et expérience vécue de la maladie. La moyenne légèrement supérieure à la valeur centrale pourrait toutefois traduire une relative primauté accordée à l'expertise professionnelle, ce qui peut s'expliquer par la place historiquement centrale du savoir scientifique dans la relation de soins.

## 2. Connaissance de la PDP et besoins de formation

Les résultats relatifs à la définition de la décision partagée suggèrent un niveau de connaissances globalement satisfaisant parmi les répondants. Dans notre étude, 29% des participants ont fourni une réponse exacte à la question évaluant la définition de la PDP, tandis que 65% ont proposé une réponse partiellement correcte. Ces éléments traduisent une appropriation globalement présente du concept, tout en confirmant l'existence d'une compréhension encore incomplète chez une proportion importante de professionnels. Toutefois, seule une très faible proportion d'entre eux déclare avoir bénéficié d'une formation spécifique à la prise de décision partagée. Ce décalage entre niveau de connaissance apparent et faible exposition à une formation formelle peut laisser supposer que de nombreux professionnels acquièrent ces notions de manière indirecte, notamment au travers de leur pratique quotidienne, de leur formation initiale ou de l'évolution des recommandations et des modèles de soins centrés sur le patient.

Cependant, l'évaluation des connaissances reposait sur une seule question à choix multiple, ce qui limite la finesse de l'analyse. Le niveau réel de maîtrise du concept pourrait ainsi être plus hétérogène que ne le suggèrent ces résultats. Une évaluation reposant sur un plus grand nombre de questions, ou sur des situations cliniques concrètes, aurait probablement permis d'apprécier plus finement la compréhension des principes de la PDP.

Ces observations peuvent être mises en perspective avec les résultats d'une enquête territoriale menée auprès de 381 professionnels de santé par Robin *et al.* (2025). Dans cette étude, seuls 6% des répondants déclaraient connaître parfaitement la prise de décision partagée, tandis que plus de la moitié (53%) indiquaient ne pas connaître le concept. Lorsqu'il leur était demandé de définir la PDP, la réponse était jugée correcte dans seulement 33% des cas (157). Si nos résultats apparaissent globalement plus favorables, cette comparaison doit être interprétée avec prudence, notamment en raison de différences méthodologiques importantes, en particulier la taille plus réduite de notre échantillon ( $n = 62$ ) et les modalités d'évaluation des connaissances.

Malgré ces limites, les deux études convergent sur un point essentiel : l'existence d'un besoin de formation important. Dans notre enquête, 72% des répondants expriment un intérêt pour une formation dédiée à la prise de décision partagée, un résultat proche

de celui rapporté par Robin *et al.*, où 81% des professionnels interrogés déclaraient également souhaiter bénéficier d'une formation spécifique (157). Cette convergence suggère que, malgré des niveaux de connaissance variables et parfois incomplets, les professionnels de santé perçoivent largement l'intérêt de développer leurs compétences dans ce domaine. Elle met en évidence un besoin de formation partagé, susceptible de constituer un levier majeur pour favoriser l'intégration plus systématique de la décision partagée dans les pratiques de soins.

L'intérêt pour une formation semble également légèrement plus marqué chez les professionnels n'exerçant pas en MSP. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'exercice coordonné favorise déjà les échanges entre professionnels et l'accès à certaines formes de formation ou de réflexion collective autour des pratiques.

Les raisons évoquées par les répondants pour expliquer leur absence d'intérêt pour une formation apparaissent principalement liées à des contraintes organisationnelles, en particulier le manque de temps. Ces éléments suggèrent que le principal frein à la formation ne réside pas nécessairement dans un désintérêt pour la thématique, mais plutôt dans les difficultés à dégager du temps dans un contexte d'activité professionnelle souvent chargée. Ces contraintes organisationnelles sont également décrites dans la littérature. Dans l'étude menée par Robin *et al.* (157), les principaux obstacles identifiés à la mise en œuvre de la prise de décision partagée incluent notamment le manque de temps (72%), les situations d'urgence (73%), les difficultés organisationnelles (49%) ainsi qu'un manque de connaissances des outils d'aide à la décision disponibles (42%). Ces résultats confirment que les difficultés rencontrées par les professionnels pour mettre en œuvre la décision partagée ne relèvent pas uniquement d'un manque de connaissances, mais s'inscrivent également dans un contexte organisationnel et structurel qui peut limiter son application concrète dans la pratique quotidienne.

L'analyse des modalités de formation privilégiées par les répondants apporte également des éléments intéressants. Une proportion importante des professionnels exprime une préférence pour une formation en présentiel avec d'autres professionnels. Ce résultat témoigne de l'intérêt accordé aux échanges interprofessionnels et au partage d'expériences. Dans un contexte où une grande partie des répondants exerce en MSP, ces modalités peuvent faire écho aux habitudes de travail collaboratif déjà présentes, notamment lors des réunions de concertation pluriprofessionnelle. Parallèlement, une proportion presque équivalente de répondants privilégie un format de formation à distance. Cette préférence peut refléter les contraintes organisationnelles mentionnées précédemment, les professionnels recherchant des formats plus flexibles leur permettant d'adapter la formation à leurs disponibilités et à leur activité clinique.

### **3. Perception du lien entre prise de décision partagée et observance thérapeutique**

Les résultats de cette étude mettent en évidence une perception très largement favorable du lien entre prise de décision partagée et observance thérapeutique. En effet, la grande majorité des professionnels interrogés considère que l'implication du patient dans la décision concernant son traitement peut avoir un impact positif sur son adhésion thérapeutique. L'absence d'avis défavorable parmi les répondants témoigne d'un consensus particulièrement marqué autour de cette hypothèse.

Cette perception peut s'expliquer par plusieurs mécanismes évoqués dans les verbatims recueillis. Les professionnels soulignent notamment l'importance de la compréhension de la maladie et du traitement par le patient, l'amélioration du lien de confiance avec le soignant ainsi que l'implication accrue du patient dans la gestion de sa santé. Ces éléments correspondent aux mécanismes classiquement décrits dans la littérature pour expliquer l'amélioration potentielle de l'observance. En participant activement à la décision thérapeutique, le patient peut en effet mieux comprendre les objectifs du traitement, exprimer ses préférences ou ses craintes et ainsi s'approprier davantage la prise en charge. Le traitement apparaît alors moins imposé et davantage accepté, ce qui peut favoriser une meilleure adhésion sur le long terme.

Les pathologies sélectionnées par les répondants pour le développement de la prise de décision partagée confirment également cette perception. Les proportions élevées observées pour l'ensemble des maladies chroniques proposées suggèrent que les professionnels considèrent la décision partagée comme pertinente dans des situations où l'observance thérapeutique constitue un enjeu majeur. Les pathologies les plus fréquemment sélectionnées, telles que le diabète de type 2 ou les syndromes anxio-dépressifs, sont en effet caractérisées par une prise en charge au long cours nécessitant une forte implication du patient dans la gestion quotidienne de son traitement et de son mode de vie.

Ces résultats suggèrent ainsi que les professionnels de santé perçoivent la PDP comme un levier potentiel d'amélioration de l'observance thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Toutefois, il convient de rappeler que cette étude repose sur les perceptions des professionnels et ne permet pas d'évaluer directement l'impact réel de la décision partagée sur l'observance des patients. La relation entre ces deux dimensions reste donc principalement hypothétique dans le cadre de ce questionnaire.

#### **4. Organisation des soins primaires et coopération interprofessionnelle**

Une proportion importante des répondants exerce au sein d'une MSP. Il apparaissait donc pertinent d'analyser les raisons ayant motivé ce mode d'exercice ainsi que certaines modalités organisationnelles associées à ces structures. Les éléments évoqués par les répondants reprennent largement les principes fondateurs de l'exercice coordonné, notamment la volonté de travailler en équipe, de partager les compétences et les expériences, et de réduire l'isolement professionnel. Ces motivations s'inscrivent dans une démarche visant à améliorer la qualité et la continuité des soins, tout en favorisant une prise en charge globale du patient.

Les résultats montrent également que les professionnels exerçant en MSP disposent de différents outils facilitant la coordination des soins et les échanges interprofessionnels. L'utilisation d'un SIP apparaît notamment largement répandue au sein des structures étudiées. Celui-ci est principalement utilisé pour consulter les informations nécessaires à la prise en charge des patients et pour communiquer avec les autres professionnels de la structure. La majorité des répondants déclarant l'utiliser quotidiennement, ces résultats suggèrent que cet outil constitue un support central dans l'organisation des soins coordonnés au sein des MSP.

Par ailleurs, les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) occupent une place importante dans le fonctionnement de ces structures. La fréquence mensuelle rapportée par la majorité des répondants apparaît cohérente avec l'organisation

généralement observée dans les MSP. Ces réunions sont majoritairement consacrées à la discussion de situations cliniques complexes, mais elles constituent également un espace d'échanges autour des pratiques professionnelles et de partage d'expériences entre les différents professionnels de santé.

Ces éléments témoignent du rôle central des MSP dans le développement de pratiques collaboratives en soins primaires. En favorisant les échanges entre professionnels, le partage d'informations et la discussion collégiale de situations cliniques, ces structures peuvent contribuer à améliorer la coordination des soins et la qualité des prises en charge. Dans ce contexte, l'organisation pluriprofessionnelle des MSP pourrait également constituer un environnement favorable à la mise en œuvre de démarches centrées sur le patient, telles que la prise de décision partagée. En effet, les échanges interprofessionnels et la réflexion collective autour des situations complexes peuvent faciliter l'intégration des préférences, des besoins et du vécu du patient dans le processus décisionnel.

Les résultats relatifs aux professionnels n'exerçant pas en MSP apportent un éclairage complémentaire sur les conditions de mise en œuvre de l'exercice coordonné en soins primaires. Les raisons évoquées pour expliquer l'absence d'exercice en MSP apparaissent majoritairement liées à des contraintes organisationnelles plutôt qu'à un rejet du principe même de coordination. Le manque de temps pour engager les démarches nécessaires ainsi que l'absence de pouvoir décisionnel au sein de certaines structures constituent les motifs les plus fréquemment mentionnés. Ces résultats suggèrent que l'accès à l'exercice coordonné dépend en partie de facteurs organisationnels et structurels, qui peuvent limiter l'intégration de certains professionnels dans ce type de dispositif.

La présence de répondants indiquant qu'un projet de MSP est en cours de réflexion au sein de leur structure laisse toutefois envisager une dynamique d'évolution vers des formes d'organisation plus coordonnées. Ce résultat apparaît cohérent avec les orientations actuelles du système de santé français, qui encourage le développement de structures pluriprofessionnelles afin de renforcer la coordination des soins primaires et d'améliorer la prise en charge globale des patients.

L'analyse des échanges interprofessionnels en dehors d'un cadre coordonné formalisé met également en évidence des pratiques de collaboration qui existent indépendamment des structures organisationnelles telles que les MSP. Les résultats montrent que les interactions entre professionnels de santé restent relativement fréquentes avec certains acteurs clés des soins primaires, notamment les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine et les infirmiers. Ces professions apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés dans le suivi quotidien des patients, ce qui peut s'expliquer par leur implication directe et régulière dans la prise en charge des pathologies chroniques et dans la gestion des traitements.

En revanche, les échanges avec les médecins spécialistes hospitaliers apparaissent moins fréquents et sont plus souvent décrits comme difficiles, notamment en raison d'une perception d'indisponibilité. Ce constat peut traduire les limites de la communication entre les soins de ville et l'hôpital, souvent évoquées dans la littérature comme un obstacle à la continuité et à la coordination des parcours de soins.

Les résultats concernant les échanges avec les sage-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes montrent également des interactions plus limitées. Bien que les relations soient généralement perçues comme

collaboratives lorsqu'elles existent, leur fréquence relativement faible peut s'expliquer par des situations de coopération plus ponctuelles, liées à des besoins spécifiques de prise en charge.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que la collaboration interprofessionnelle ne repose pas uniquement sur l'existence de structures formelles telles que les MSP, mais qu'elle peut également se développer de manière plus informelle au sein du territoire de santé. Néanmoins, l'organisation structurée proposée par les MSP semble offrir un cadre plus favorable à la coordination régulière des professionnels et au développement de pratiques collaboratives plus systématiques.

Dans le contexte de la PDP, ces modalités d'échanges interprofessionnels peuvent jouer un rôle important. Une meilleure communication entre les différents professionnels impliqués dans le parcours de soins peut favoriser la cohérence des informations transmises au patient et faciliter l'intégration de ses préférences dans les décisions thérapeutiques. La coordination entre professionnels apparaît ainsi comme un levier potentiel pour soutenir des approches de soins davantage centrées sur le patient et favoriser son implication dans les décisions concernant sa santé.

## **5. Apports, limites et perspectives pour le projet DÉMÉPOT**

### **5.1. Apports de l'étude**

Cette étude apporte plusieurs éléments d'intérêt pour la compréhension de la place de la prise de décision partagée dans les pratiques de soins primaires. Elle permet tout d'abord de proposer un état des lieux des perceptions et des représentations des professionnels de santé exerçant en soins primaires concernant la PDP et son lien potentiel avec l'observance thérapeutique.

L'un des apports de ce travail réside dans la diversité des profils professionnels ayant participé à l'enquête. L'échantillon réunit en effet plusieurs catégories de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients en soins primaires, principalement des médecins généralistes, des pharmaciens d'officine et des infirmiers, mais également d'autres professions paramédicales. Cette diversité professionnelle permet d'appréhender la PDP à travers différents rôles et positions au sein du parcours de soins, offrant ainsi une vision plus globale de son intégration dans les pratiques quotidiennes. Si des études ont déjà exploré la PDP dans des contextes pluriprofessionnels, elles restent le plus souvent centrées sur une profession donnée. L'approche transversale de notre étude constitue ainsi un apport en permettant de croiser les perceptions de plusieurs professionnels de santé en soins primaires.

Par ailleurs, les répondants exerçaient dans l'ensemble des départements de la région Hauts-de-France, avec une répartition couvrant des territoires urbains, périurbains et ruraux. Cette répartition territoriale confère à l'étude un maillage régional relativement étendu, permettant d'explorer les perceptions de la PDP dans des contextes d'exercice variés. La présence de professionnels exerçant aussi bien en MSP que dans des structures d'exercice non coordonné constitue également un élément d'intérêt. Elle permet en effet de comparer différentes formes d'organisation des soins primaires et d'observer comment celles-ci peuvent influencer l'intégration de démarches centrées sur le patient.

Malgré cette diversité de profils professionnels, de contextes d'exercice et de territoires, les résultats mettent en évidence des tendances relativement convergentes.

La majorité des répondants déclare impliquer le patient dans la décision thérapeutique et considère que la prise de décision partagée peut avoir un impact positif sur l'observance des traitements. Ces résultats suggèrent que la PDP ne constitue pas uniquement un concept théorique ou une approche émergente limitée à certains milieux professionnels, mais qu'elle s'inscrit progressivement dans les représentations et les pratiques des professionnels de santé en soins primaires.

L'étude met également en évidence un décalage entre la connaissance déclarée de la PDP et la faible proportion de professionnels ayant bénéficié d'une formation spécifique sur ce sujet. Toutefois, une majorité de répondants exprime un intérêt pour une formation dédiée à la PDP, témoignant d'un besoin d'accompagnement pour mieux comprendre et mettre en œuvre cette démarche dans la pratique quotidienne. Ces résultats soulignent l'existence d'un besoin de formation et de diffusion d'outils permettant de faciliter l'appropriation de la PDP par les professionnels de santé.

Les résultats relatifs à l'intérêt pour le projet de recherche DéMÉPOT apportent également un éclairage intéressant. Bien que tous les professionnels interrogés ne souhaitent pas participer directement à un projet de recherche, plus d'un tiers d'entre eux se déclarent intéressés par l'évaluation de l'impact de la prise de décision partagée sur l'observance thérapeutique. Cette proportion témoigne de l'existence d'un intérêt réel pour cette thématique au sein des professionnels de santé de terrain. Elle suggère également la présence d'un réseau potentiel de professionnels susceptibles de s'impliquer dans des travaux de recherche en soins primaires, constituant ainsi un premier socle pour la mise en œuvre du projet DéMÉPOT.

Enfin, cette étude contribue à enrichir les travaux portant sur la PDP dans le contexte français. Si la littérature internationale sur ce sujet est aujourd'hui relativement abondante et met en évidence les bénéfices potentiels de la décision partagée sur l'expérience des patients, leur satisfaction ou encore leur adhésion aux traitements, les travaux menés en France restent encore relativement limités (124,158). Les résultats obtenus dans cette étude suggèrent que, malgré une connaissance parfois partielle du concept et une faible proportion de professionnels formés spécifiquement à cette démarche, la PDP s'inscrit progressivement dans l'évolution des modèles de soins vers des approches davantage centrées sur le patient. Dans ce contexte, l'exploration scientifique du lien entre PDP et observance thérapeutique apparaît particulièrement pertinente, ce qui conforte l'intérêt du projet de recherche DéMÉPOT.

La place des pharmaciens d'officine dans la thématique de la prise de décision partagée et de l'observance thérapeutique constitue également un élément d'intérêt. En effet, le pharmacien occupe une position spécifique au sein du parcours de soins, à mi-chemin entre la prescription médicale et l'usage réel du traitement par le patient. Par son accessibilité, la fréquence des contacts avec les patients et son rôle dans l'accompagnement thérapeutique, il représente un acteur privilégié pour favoriser l'implication du patient dans les décisions liées à son traitement. À ce titre, le pharmacien peut contribuer à la mise en œuvre de la prise de décision partagée à différentes étapes du parcours de soins, avant, pendant ou en après la prescription (108,124).

Dans le cadre de l'évolution des missions de l'officine, notamment à travers les entretiens pharmaceutiques, les actions de dépistage ou encore le suivi des pathologies chroniques, le pharmacien apparaît comme un professionnel particulièrement pertinent pour soutenir le développement de démarches de décision partagée. Son rôle dans l'explication des options thérapeutiques, la prise en compte

des préférences du patient et l'adaptation des traitements au quotidien peut ainsi contribuer directement à améliorer l'adhésion thérapeutique (78,124).

Dans cette perspective, l'intégration de la prise de décision partagée dans la formation des professionnels de santé apparaît essentielle, tant pour les médecins que pour les pharmaciens. Le développement de formations spécifiques, déjà initiées à l'Université de Lille, notamment autour de la communication entre professionnels de santé ou l'intervention de patients experts, pourrait constituer un levier intéressant pour favoriser une approche coordonnée et cohérente de la décision partagée.

Ainsi, l'intégration des pharmaciens dans une réflexion globale autour de la prise de décision partagée représente un enjeu important pour les soins primaires. Les résultats de cette étude, en incluant leur point de vue aux côtés des autres professionnels de santé, contribuent à mieux situer leur rôle dans cette dynamique et à souligner leur potentiel dans l'amélioration de l'observance thérapeutique des patients.

## 5.2. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent toutefois être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, l'effectif relativement limité de l'échantillon ( $n = 62$ ) ne permet pas d'assurer une représentativité complète de l'ensemble des professionnels de santé exerçant en soins primaires dans la région Hauts-de-France. De plus, la majorité des professionnels ayant ouvert et complété le questionnaire étaient probablement déjà sensibilisés ou intéressés par la thématique de la prise de décision partagée, ce qui peut introduire un biais de sélection. Le recrutement des participants s'étant principalement appuyé sur une journée régionale dédiée à l'exercice coordonné ainsi que sur les réseaux de MSP, l'échantillon est en grande partie composé de professionnels exerçant en MSP et donc potentiellement plus engagés dans des démarches de coordination des soins et dans des approches centrées sur le patient.

Par ailleurs, certaines professions de santé apparaissent sous-représentées dans l'échantillon, tandis que les médecins généralistes constituent la catégorie la plus représentée parmi les répondants. Cette distribution peut influencer certaines perceptions exprimées dans les résultats, les médecins occupant une place centrale dans la décision thérapeutique au sein du parcours de soins.

En outre, les résultats reposent sur les déclarations des professionnels et non sur l'observation directe de leurs pratiques, ce qui peut exposer l'étude à un biais de désirabilité sociale. Certains répondants peuvent ainsi déclarer impliquer le patient dans les décisions thérapeutiques sans que cela corresponde nécessairement à une mise en œuvre complète des principes de la PDP dans leur pratique quotidienne.

Une autre limite réside dans la structure même du questionnaire. Un certain nombre de questions reposaient sur des réponses fermées de type « oui/non », ce qui ne permet pas toujours de saisir pleinement les nuances du point de vue des répondants. Les professionnels peuvent ainsi se déclarer favorables à certains principes sans que l'intensité ou les modalités concrètes de leur mise en œuvre ne puissent être précisément appréciées. L'utilisation d'échelles plus graduées ou de questions ouvertes complémentaires aurait probablement permis d'obtenir une analyse plus fine des perceptions exprimées.

Enfin, l'étude ne prend pas en compte le point de vue des patients eux-mêmes, ce qui ne permet pas d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci se sentent réellement impliqués dans les décisions concernant leur traitement. L'intégration de la perception des patients pourrait constituer un apport intéressant pour compléter l'analyse du rôle de la prise de décision partagée dans la relation de soins.

Concernant la participation au projet de recherche DÉMÉPOT, la proportion majoritaire de professionnels ne souhaitant pas s'y engager doit également être interprétée avec prudence. Les raisons évoquées sont principalement d'ordre organisationnel, notamment le manque de temps, plutôt qu'un désintérêt pour la thématique. Ce résultat souligne les contraintes auxquelles sont confrontés les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne et met en évidence les difficultés potentielles à mobiliser les acteurs de terrain dans des projets de recherche en soins primaires.

### 5.3. Perspectives

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives pour la poursuite des travaux portant sur la prise de décision partagée en soins primaires et pour la mise en œuvre du projet de recherche DÉMÉPOT.

Tout d'abord, l'intérêt exprimé par une partie des professionnels pour participer à un projet visant à évaluer l'impact de la PDP sur l'observance thérapeutique constitue un élément encourageant pour la réalisation d'une étude ultérieure. Les professionnels volontaires pourraient constituer un premier réseau de participants permettant de tester la faisabilité du projet dans un contexte réel de soins primaires.

Les résultats mettent également en évidence la nécessité de prendre en compte les contraintes organisationnelles auxquelles sont confrontés les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. Le manque de temps apparaît comme le principal obstacle évoqué à la participation à un projet de recherche. Dans cette perspective, la conception du projet DÉMÉPOT devra s'inscrire dans une approche concrète, reposant sur des outils simples, facilement intégrables dans la pratique clinique et peu chronophages pour les professionnels comme pour leurs patients.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête mettent en évidence un besoin de formation concernant la PDP. Le développement de formations dédiées pourrait favoriser une meilleure appropriation du concept par les professionnels de santé et faciliter son intégration dans les pratiques quotidiennes. De même, la mise à disposition d'outils d'aide à la décision simples, accessibles et adaptés au contexte des soins primaires pourrait constituer un levier important pour soutenir la mise en œuvre concrète de la décision partagée.

Enfin, cette étude confirme l'intérêt scientifique d'explorer plus précisément le lien entre la PDP et l'observance thérapeutique. Si les professionnels interrogés perçoivent majoritairement un impact positif de l'implication du patient dans la décision thérapeutique sur l'adhésion aux traitements, cette relation reste encore peu évaluée de manière objective dans le contexte des soins primaires. Le projet DÉMÉPOT pourrait ainsi contribuer à mieux documenter ce lien et à identifier les conditions permettant de favoriser l'intégration de la PDP dans les pratiques cliniques.

Dans ce contexte, ce travail peut être considéré comme une première étape exploratoire dans l'étude de cette problématique. Il permet d'identifier certaines tendances, de mieux comprendre les perceptions des professionnels de santé et de

mettre en évidence les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet de recherche dans ce domaine. La poursuite de ces travaux pourrait ainsi conduire à l'élaboration d'une étude clinique plus large visant à évaluer de manière objective l'impact de la prise de décision partagée sur l'observance thérapeutique des patients.

À plus long terme, ce projet pourrait s'inscrire dans une dynamique de recherche progressive, reposant sur le développement d'outils méthodologiques adaptés aux soins primaires et sur l'implication des professionnels de santé de terrain. La réalisation d'études complémentaires, notamment dans le cadre de futurs travaux de thèse ou de projets de recherche en soins primaires, permettrait ainsi de documenter progressivement le rôle de la prise de décision partagée dans l'amélioration de l'observance thérapeutique et de contribuer à l'évolution des pratiques vers des modèles décisionnels davantage centrés sur le patient.

## Conclusion

Les maladies chroniques représentent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Leur prévalence ne cesse d'augmenter, notamment en raison du vieillissement de la population et de l'évolution des modes de vie. Ces pathologies, qui nécessitent une prise en charge au long cours, reposent en grande partie sur l'efficacité des traitements prescrits et sur l'adhésion des patients à ces traitements. Pourtant, l'inobservance demeure fréquente et constitue l'un des principaux obstacles à l'efficacité des stratégies thérapeutiques, entraînant des complications évitables, une altération de la qualité de vie des patients et un coût important pour le système de santé.

Dans ce contexte, la prise de décision partagée apparaît comme une approche particulièrement pertinente. En associant le patient aux décisions qui concernent sa prise en charge, elle permet de prendre en compte ses préférences, ses valeurs et ses contraintes de vie, tout en s'appuyant sur les connaissances scientifiques et l'expertise clinique des professionnels de santé. Cette démarche favorise une meilleure compréhension des traitements, une appropriation plus active des décisions thérapeutiques et pourrait ainsi contribuer à améliorer l'adhésion aux traitements dans la prise en charge des maladies chroniques.

Le projet de recherche DÉMÉPOT a été initialement conçu dans cette perspective, avec l'objectif d'évaluer l'impact de la PDP sur l'observance thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques en soins primaires. Toutefois, la mise en œuvre d'un tel projet nécessite l'implication d'un nombre suffisant de professionnels de santé et une bonne compréhension des pratiques existantes ainsi que des conditions organisationnelles dans lesquelles la décision partagée peut être intégrée.

C'est dans cette optique que s'inscrit le travail présenté dans cette thèse. L'étude réalisée, basée sur la diffusion d'un questionnaire auprès de professionnels de santé exerçant en soins primaires dans la région Hauts-de-France, avait pour objectif de mieux comprendre leurs pratiques et leur perception de la décision partagée, d'identifier les freins et les leviers à son utilisation dans la pratique quotidienne, et d'évaluer leur intérêt potentiel pour participer à un futur projet de recherche.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence un intérêt réel des professionnels pour la PDP et pour son potentiel impact sur l'adhésion thérapeutique des patients. Ils soulignent également l'importance du contexte organisationnel dans lequel cette démarche peut se développer. Le manque de temps, la charge de travail et l'absence d'outils structurés apparaissent comme des freins fréquemment évoqués par les professionnels. À l'inverse, les environnements favorisant la coordination entre professionnels de santé, notamment au sein des structures de soins coordonnés comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, semblent constituer un terrain propice au développement de pratiques plus collaboratives avec les patients.

Au-delà des résultats obtenus, cette étude apporte des éléments utiles pour la préparation d'un futur projet de recherche portant sur l'impact de la PDP sur l'observance thérapeutique. L'identification de professionnels intéressés par cette thématique et la meilleure compréhension des contraintes organisationnelles permettront d'adapter les modalités du projet afin d'en améliorer la faisabilité et la représentativité territoriale, dans un système de santé où l'implication du patient dans les décisions qui concernent sa santé apparaît désormais essentielle.

# Bibliographie

1. Cordier JF. Disease, illness, sickness : 3 sens pour « maladie » ? *Lett Pneumol.* 2014;XVII(6):198-9.
2. Eunice P. Gestion de la maladie chronique en soins primaires [Thèse d'exercice]. Université de Versailles; 2015.
3. Cathébras P. Qu'est-ce qu'une maladie ? *Rev Méd Interne.* 1997;(18):809-13.
4. Eisenberg L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry.* 1977;1(1):9-23. doi:10.1007/BF00114808
5. Schlienger JL. Santé et maladies : évolution des conceptions de l'origine à nos jours. Vers une cohabitation des maladies transmissibles et des maladies développementales. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 févr 2023;Le futur en diabétologie est-il toujours présent?17(1):93-100. doi:10.1016/j.mmm.2022.10.005
6. Portraits de Médecins [Internet]. 2017 [cité 13 déc 2025]. Rudolf VIRCHOW. Disponible sur: [https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/virchow\\_rudolf.htm](https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/virchow_rudolf.htm)
7. Dufresne J. L'Agora [Internet]. 1999 [cité 13 déc 2025]. Le normal et le pathologique selon Claude Bernard. Disponible sur: [https://agora.qc.ca/documents/Claude\\_Bernard--Le\\_normal\\_et\\_le\\_pathologique\\_selon\\_Claude\\_Bernard\\_par\\_Jacques\\_Dufresne](https://agora.qc.ca/documents/Claude_Bernard--Le_normal_et_le_pathologique_selon_Claude_Bernard_par_Jacques_Dufresne)
8. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. Haut Conseil de la santé publique; nov 2009.
9. Health Data Hub. Nomenclature des pathologies : ALD. 2025.
10. L'assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 10 déc 2025]. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
11. Méline F, Buysse M. Maladie chronique ou affection de longue durée ? *Aide-Soignante.* 1 févr 2023;37(244):10-1. doi:10.1016/j.aidsoi.2022.12.005
12. Lastier D, Debeugny G. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2022 et évolutions depuis 2005 [Points de repère]. *L'assurance Maladie;* juill 2024. Points de repère n°: 54.
13. Barthélémy P, Bret V, Constantinou P, Debeugny G, Denis P, Lastier D, et al. Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée [Points de repère]. *L'assurance Maladie;* juill 2025. Points de repère n°: 56.
14. L'assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 6 déc 2025]. Effectif de patients par pathologie et par classe d'âge selon le sexe - 2015 à 2023. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-age-sexe>
15. L'Assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 12 déc 2025]. 60 propositions de l'Assurance Maladie pour l'avenir du système de santé. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/60-propositions-de-l-assurance-maladie-pour-l-avenir-du-systeme-de-sante>
16. Chassang M, Gautier A. Les maladies chroniques [Avis]. CESE; juin 2019. Avis n°: 14.
17. OMS [Internet]. 2025 [cité 6 déc 2025]. Maladies non transmissibles. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
18. Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 7 déc 2025]. Grandes causes de décès en France : tendances et disparités territoriales en 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2025/grandes-causes-de-deces-en-france-tendances-et-disparites-territoriales-en-2023>
19. Saluja S, Hochman M, Bourgoin A, Maxwell J. Primary Care: the New Frontier for Reducing Readmissions. *J Gen Intern Med.* déc 2019;34(12):2894-7. doi:10.1007/s11606-019-05428-2 PubMed PMID: 31621049; PubMed Central PMCID: PMC6854170.
20. Al-Maskari F. Nations Unies [Internet]. 2010 [cité 12 déc 2025]. Les maladies liées au mode de vie: un fardeau économique pour les services de santé. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/chronicle/article/les-maladies-liees-au-mode-de-vie-un-fardeau-economique-pour-les-services-de-sante>
21. Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique: *Prat Organ Soins.* 1 sept 2010;41(3):237-45. doi:10.3917/pos.413.0237
22. Lavenu G. L'optimisation du lien Ville-Hôpital et la coordination des parcours de santé. L'exemple du CH de Fécamp [Mémoire]. EHESP; 2018.
23. CELESTER [Internet]. [cité 10 déc 2025]. Les 3 niveaux de prévention selon l'OMS. Disponible sur: <https://www.celester.org/guide-methodologique-1/definitions/les-3-niveaux-de-prevention-selon-loms>
24. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* févr 2005;22(1):31-4. doi:10.1016/S0761-8425(05)85433-6
25. Petitjean F. Observance thérapeutique, définition et données récentes dans la schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2023;181(9):811-4. doi:10.1016/j.amp.2023.06.004
26. Bovin E, Gignon M, Mille C, Boudailliez B. La non-observance thérapeutique face à une maladie au long cours à l'adolescence : conduites à risques... risques des conduites... de l'adolescent, des parents, du pédiatre.... *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2016;64(5):302-7. doi:10.1016/j.neurenf.2016.01.005
27. Calop Jean. Exercer la pharmacie autrement. *Le Moniteur des pharmacies.* 2018. (Pro-officina).
28. Cottin Y, Lorgis L, Gudjoncik A, Buffet P, Brulliard C, Hachet O, et al. Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Arch Cardiovasc Dis Suppl.* déc 2012;4(4):291-8. doi:10.1016/S1878-6480(12)70845-5
29. Allenet B, Lehmann A, Baudrant M, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Ann Pharm Fr.* nov 2018;76(6):489-98. doi:10.1016/j.pharma.2018.07.006
30. Cortet B, Bénichou O. Adhérence, observance, persistance, concordance : prenons-nous en charge correctement nos patientes ostéoporotiques ? *Rev Rhum.* oct 2006;73(9):e1-9. doi:10.1016/j.rhum.2005.09.015

31. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr.* janv 2012;70(1):15-25. doi:10.1016/j.pharma.2011.10.003
32. Nordt M. Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique: une utopie? [Thèse d'exercice]. Faculté de pharmacie d'Aix-Marseille; 2019.
33. El Bèze N, Vallée A, Blacher J. Observance des traitements cardiovasculaires. *Médecine Mal Métaboliques.* oct 2018;12(6):496-501. doi:10.1016/S1957-2557(18)30133-0
34. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol.* mai 2012;73(5):691-705. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x PubMed PMID: 22486599; PubMed Central PMCID: PMC3403197.
35. Mrozovski JM. Les concepts de suivi de la prise des traitements. *Actual Pharm.* mai 2019;58(586):20-3. doi:10.1016/j.actpha.2019.03.012
36. Langlois E. Approche sociologique de l'observance : entre injonction à l'autonomie et besoin de protection. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2023;181(9):815-9. doi:10.1016/j.amp.2023.06.005
37. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.
38. Tranthimy L. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 2014 [cité 14 déc 2025]. Non-observance médicamenteuse : un coût très lourd pour la société. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/conseils/pathologies/non-observance-medicamenteuse-un-cout-tres-lourd-pour-la-societe>
39. IMS Health, CRIP. Améliorer l'observance, Traiter mieux et moins cher [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://crip-pharma.fr/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>
40. Jébrak G, Houdouin V, Terrioux P, Lambert N, Maitre B, Ruppert AM. Observance thérapeutique dans l'asthme : variation selon les classes d'âge. Comment l'améliorer ? Apport des nouvelles technologies. *Rev Mal Respir.* mai 2022;39(5):442-54. doi:10.1016/j.rmr.2022.01.017
41. A.J. Scheen, D. Giet. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège.* 2010;65(5-6):239-45.
42. Margat A, Naudin D, Gagnayre R, Reach G. Intelligibilité et non-observance : l'analphabétisme est-il compatible avec une bonne observance au traitement ? *Médecine Mal Métaboliques.* juin 2021;15(4):387-93. doi:10.1016/j.mmm.2021.03.001
43. Reach G. Non-observance dans le diabète de type 2. *Presse Médicale.* mai 2013;42(5):886-92. doi:10.1016/j.lpm.2013.02.314
44. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 2002 [cité 27 déc 2025]. Quand l'observance religieuse influe sur l'observance médicale. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/profession/interpro/quand-lobservance-religieuse-influe-sur-lobservance-medicale>
45. Amara F, Amor HB, Kaibi I, Taktak M, Taktak J. Les déterminants de l'observance thérapeutique dans le glaucome primitif à angle ouvert. *Tunis Médicale.* 2018;96(06):22-5.
46. Zhang J, Hu J, Zheng Y, Dai T. Factors affecting medication adherence in patients with chronic diseases: A systematic literature review. *Chin Gen Pract J.* sept 2025;2(3). doi:10.1016/j.cgpj.2025.100072
47. Tahri N. Observance thérapeutique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Presse Médicale.* sept 2007;36(9):1236-43. doi:10.1016/j.lpm.2007.01.010
48. Bellamy L. L'observance thérapeutique : Mesurer, comprendre, intervenir. *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* août 2010;96(1):8-11. doi:10.1016/S1877-0517(10)70003-4
49. Consoli SG. Réflexions sur la non-observance. *Ann Dermatol Vénéréologie.* janv 2012;139:S28-32. doi:10.1016/S0151-9638(12)70106-0
50. Liquori G, Leo AD, Simone ED, Dionisi S, Giannetta N, Ganci E, et al. Medication Adherence in Chronic Older Patients: An Italian Observational Study Using Medication Adherence Report Scale (MARS-5I). *Int J Environ Res Public Health.* 25 avr 2022;19(9). doi:10.3390/ijerph19095190
51. Couic-Marinier F. Inobservance médicamenteuse : un constat et des risques inquiétants. *Actual Pharm.* févr 2016;55(553):1. doi:10.1016/j.actpha.2015.12.006
52. De Kerdanet M. Réflexions sur la relation de soin et la compliance. Comment passer de la prescription du soignant à l'action du patient ? *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2023;17(8):694-8. doi:10.1016/j.mmm.2023.09.014
53. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med.* 4 août 2005;353(5):487-97. doi:10.1056/NEJMra050100
54. Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2009;59(1):56-66. doi:10.3322/caac.20004
55. Costagliola D, Barberousse C. Comment mesurer l'observance ? In: *L'observance aux traitements contre le VIH/sida : mesure, déterminants, évolution.* ANRS. 2001. p. 33-42.
56. Chretien J. Comment augmenter l'observance ? Schémas thérapeutiques, mesures de l'observance, risques, améliorations proposées. *Médecine Mal Infect.* 1995;25:349-57.
57. Halioua B. Observance: Définitions et méthodes de mesure: spécificités de l'observance des traitements topiques. *Ann Dermatol Vénéréologie.* janv 2012;139:S1-6. doi:10.1016/S0151-9638(12)70101-1
58. Girerd X, Hanon O, Vaisse B. Utilisation de l'échelle d'observance EvalObs® dans une population de sujets traités pour une hypertension, une dyslipidémie ou un diabète : enquête FLAHS observance 2017. *Ann Cardiol Angéiologie.* juin 2018;67(3):186-90. doi:10.1016/j.ancard.2018.05.002
59. Girerd X. Mauvaise observance : la faute du patient. *Presse Médicale Form.* oct 2020;1(4):410-3. doi:10.1016/j.lpmfor.2020.09.005
60. CRIP Pharma [Internet]. [cité 23 févr 2026]. Hypertension artérielle : deux nouveaux outils pour évaluer l'observance des traitements. Disponible sur: <https://crip-pharma.fr/etudes-dossiers/dossiers/hypertension-arterielle-deux-nouveaux-outils-evaluer-lobservance-traitements/>

61. Mascle A. Proposition pour la pharmacie de ville d'outils pour l'évaluation de l'adhésion au traitement et le repérage des difficultés de manipulation des formes médicamenteuses. Implications pour la dispensation et le bilan partagé de médication [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2021. Located at: DUMAS; dumas-03557499
62. MEIGE S. Différences entre MPR et PDC. OpenHealth Company [Internet]. [cité 6 janv 2026]. Disponible sur: <https://success.openhealth.fr/fr/articles/3722666-differences-entre-mpr-et-pdc>
63. AARDEX Group [Internet]. [cité 23 févr 2026]. MEMS@Cap Smart Pill Bottle. Disponible sur: <https://aardexgroup.com/smart-pill-bottle/>
64. Garnero P. L'exploration biochimique du remodelage osseux dans l'ostéoporose : quels marqueurs utiliser ? Rev Francoph Lab. nov 2012;(446):43-51. doi:10.1016/S1773-035X(12)71734-3
65. Bolla G, Disdier P, Renucci J, Roux F, Vaisse B, Harle J, et al. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine peut-il être un marqueur d'observance en pratique cardiologique ? Rev Médecine Interne. 14(10):940.
66. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata: OMS; sept 1978. (Santé pour tous; n° 1).
67. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 2023 [cité 10 déc 2025]. Soins de santé primaires. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
68. Université de Rouen DUMG [Internet]. 2025 [cité 10 déc 2025]. C'est quoi les soins primaires ? Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/c/cest-quoi-la-recherche>
69. ARS Hauts-de-France [Internet]. 2025 [cité 13 déc 2025]. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
70. APMSL [Internet]. [cité 13 déc 2025]. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour travailler ensemble. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/ressources/maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
71. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford Press. New York; 1998.
72. Destombes C. Parcours de santé des personnes malades chroniques [Guide]. (Im)patients, Chroniques & Associés; 2019.
73. OMS & UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva; 2018.
74. Oliveira CJ, José HMG, da Costa EIMT. Medication Adherence in Adults with Chronic Diseases in Primary Healthcare: A Quality Improvement Project. Nurs Rep. 17 juill 2024;14(3):1735-49. doi:10.3390/nursrep14030129 PubMed PMID: 39051365; PubMed Central PMCID: PMC11270278.
75. Lintz F. L'observance au cœur du métier de pharmacien. Pharmagest [Internet]. 27 avr 2023 [cité 4 janv 2026]. Disponible sur: <https://pharmagest.com/lobservance-au-coeur-du-metier-de-pharmacien/>
76. Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. Medicina (Mex). 17 janv 2025;61(1):153. doi:10.3390/medicina61010153 PubMed PMID: 39859135; PubMed Central PMCID: PMC11766829.
77. Patel S, Huang M, Miliara S. Understanding Treatment Adherence in Chronic Diseases: Challenges, Consequences, and Strategies for Improvement. J Clin Med. 26 août 2025;14(17). doi:10.3390/jcm14176034
78. Vuillet-A-Ciles H, Mrozovski JM. Le rôle du pharmacien dans l'observance. Actual Pharm. mai 2019;58(586):32-5. doi:10.1016/j.actpha.2019.03.016
79. Vandendriessche M. Les seniors mieux pris en main avec mon bracelet Biogaran. Le Moniteur des Pharmacies. 1 nov 2025;(3582):24.
80. Sorbets E. Santé connectée et observance médicamenteuse. Presse Médicale. oct 2016;45(10):856-8. doi:10.1016/j.lpm.2016.06.026
81. Colin F. Relever le défi de l'observance. Le Moniteur des pharmacies [Internet]. 21 avr 2016 [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/profession/interpro/relever-le-defi-de-lobservance>
82. Tajahmady A, Bergman P. Améliorer l'observance au cours des maladies chroniques : les actions de l'Assurance Maladie. Médecine Mal Métaboliques. mai 2022;16(3):237-42. doi:10.1016/j.mmm.2022.03.003
83. Elnaem MH, Irwan NA, Abubakar U, Syed Sulaiman SA, Elrggal ME, Cheema E. Impact of Medication Regimen Simplification on Medication Adherence and Clinical Outcomes in Patients with Long-Term Medical Conditions. Patient Prefer Adherence. 2 nov 2020;14:2135-45. doi:10.2147/PPA.S268499 PubMed PMID: 33173282; PubMed Central PMCID: PMC7646472.
84. Belaiche S, Décaudin B, Dharancy S, Noel C, Odou P, Hazzan M. Factors relevant to medication non-adherence in kidney transplant: a systematic review. Int J Clin Pharm. juin 2017;39(3):582-93. doi:10.1007/s11096-017-0436-4
85. Kassaw AT, Sendekie AK, Minyihun A, Gebresillassie BM. Medication regimen complexity and its impact on medication adherence in patients with multimorbidity at a comprehensive specialized hospital in Ethiopia. Front Med. 27 mai 2024;11(1369569). doi:10.3389/fmed.2024.1369569 PubMed PMID: 38860203; PubMed Central PMCID: PMC11163062.
86. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. BMC Geriatr. 18 janv 2019;19(15). doi:10.1186/s12877-019-1031-4 PubMed PMID: 30658576; PubMed Central PMCID: PMC6339421.
87. Deprescribing.org [Internet]. [cité 13 janv 2026]. Qu'est-ce que la déprescription? Disponible sur: <https://deprescribing.org/fr/quest-ce-que-la-deprescription/>
88. OMEDIT Pays de la Loire [Internet]. 2021 [cité 13 janv 2026]. Bilan Partagé de Médication. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/liens-ville-hopital/pharmacie-clinique/accompagnements-pharmaceutiques-ville/bilan-partage-de-medication/>
89. Craquelin M, Delfosse C, Idoux J, Trentesaux T, Marquillier T. Le discours du soignant sur la relation de soin, vers un impact positif? Une revue de la littérature. Éthique Santé. mars 2023;20(1):30-8. doi:10.1016/j.etiqe.2022.09.006

90. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 nov 2014;(11). doi:10.1002/14651858.CD000011.pub4 PubMed PMID: 25412402; PubMed Central PMCID: PMC7263418.
91. Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine (Baltimore).* 7 août 2020;99(32):e21389. doi:10.1097/MD.00000000000021389
92. Haaser T, Constantinidès Y, Dejean C, Escande A, Le Tallec P, Lorchel F, et al. Démocratie sanitaire : le patient partenaire de sa prise en charge. *Cancer/Radiothérapie.* oct 2020;24(6-7):736-43. doi:10.1016/j.canrad.2020.06.021
93. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Etat des lieux]. 2013.
94. Guillen AS, Guillen A, Combres L. Quelle place pour la subjectivité du malade dans la pratique médicale ? *Éthique Santé.* juin 2020;17(2):65-70. doi:10.1016/j.etiqe.2020.03.002
95. Golay A, Hochberg G, Mosnier-Pudar H. La décision médicale partagée. *Médecine Mal Métaboliques.* juin 2019;13(4):339-43. doi:10.1016/S1957-2557(19)30094-X
96. Moreau A, Ferrat É, Aubin-Auger I. Approche centrée sur le patient et décision partagée en santé. In: *Médecine Générale pour le Praticien* [Internet]. Elsevier; 2022 [cité 15 janv 2026]. p. 37-46. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294767104000061> doi:10.1016/B978-2-294-76710-4.00006-1
97. Marsico G. Transformer l'incertitude en confiance dans le parcours de soin : place de la prise de décision partagée, freins et facilitateurs de son implémentation en France. *Bull Académie Natl Médecine.* janv 2025;209(1):41-8. doi:10.1016/j.banm.2024.11.007
98. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* mars 1997;44(5):681-92. doi:10.1016/S0277-9536(96)00221-3
99. Backman WD, Levine SA, Wenger NK, Harold JG. Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Clin Cardiol.* 3 oct 2019;43(2):196-204. doi:10.1002/clc.23267 PubMed PMID: 31580493; PubMed Central PMCID: PMC7021653.
100. Raoul JL, Maraninchi D. L'autonomie de décision du patient : du concept à la pratique oncologique. *Bull Cancer (Paris).* juill 2017;104(7-8):695-700. doi:10.1016/j.bulcan.2017.06.002
101. d'Ussel M, Durand G, Moreau N, Nizard J. Pratique de la décision médicale partagée avec les patients souffrant de douleurs chroniques : un moyen de respecter et renforcer leur autonomie. *Médecine Mal Métaboliques.* mai 2024;18(3):245-9. doi:10.1016/j.mmm.2024.01.012
102. Reach G. Autonomie du patient et relation médecin-patient. *Médecine Mal Métaboliques.* sept 2013;7(4):317-23. doi:10.1016/S1957-2557(13)70588-1
103. Sabbagh C, Denost Q, Blazquez D, Zaranis C, Mathonnet M, Rambaud C, et al. La décision médicale partagée : mise au point. *J Chir Viscérale.* août 2025;162(4):294-303. doi:10.1016/j.jchirv.2025.01.008
104. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med.* 1 oct 2012;27(10):1361-7. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
105. Slim K, Bazin JE. Du consentement éclairé à la prise de décision partagée (en chirurgie). *J Chir Viscérale.* juin 2019;156(3):207-10. doi:10.1016/j.jchirv.2019.03.062
106. Coulter A, Collins A. *Making shared decision-making a reality: no decision about me, without me.* London: King's Fund; 2011. 45 p.
107. Golay A. Motiver sans manipuler. *Médecine Mal Métaboliques.* sept 2021;15(5):509-13. doi:10.1016/j.mmm.2021.06.001
108. Huon JF, Janoly-Dumenil A, Lehmann A, Dory A, Conort O, Laroussi-Libeault L, et al. De la prise de décision partagée au travail en interprofessionnalité et en partenariat avec le patient : quelle(s) implication(s) pour les pharmaciens ? *Pharm Clin.* déc 2024;59(4):391-7. doi:10.1016/j.phaccli.2024.09.003
109. Amalberti R. Intérêt et limites des modèles de décision médicale : Éléments d'histoire et situation actuelle. *Laennec.* 15 oct 2014;62(4):14-26. doi:10.3917/lae.144.0014
110. Hoffmann T, Bakhit M, Michaleff Z. Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Braz J Phys Ther.* 2022;26(1). doi:10.1016/j.bjpt.2021.100382 PubMed PMID: 35063699; PubMed Central PMCID: PMC8784295.
111. Grévy A, Tanty A, Allenet B. Autonomie du patient et pharmacien clinicien : une conciliation nécessaire ? *Pharm Clin.* juin 2023;58(2):148-51. doi:10.1016/j.phaccli.2023.02.005
112. Hoque F. Shared Decision-Making in Patient Care: Advantages, Barriers and Potential Solutions. *J Brown Hosp Med.* 3(4):13-5. doi:10.56305/001c.122787 PubMed PMID: 40028803; PubMed Central PMCID: PMC11864379.
113. Härter M, Moumjid N, Cornuz J, Elwyn G, Van Der Weijden T. Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* juin 2017;123-124:1-5. doi:10.1016/j.zefq.2017.05.024
114. ISDM Society [Internet]. [cité 27 janv 2026]. ISDM 2026 Conference. Disponible sur: <https://www.isdmsociety.org/>
115. Härter M, Van Der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision-making: an international perspective. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* janv 2011;105(4):229-33. doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018
116. Légaré F, Stacey D, Forest PG, Archambault P, Boland L, Coutu MF, et al. Shared decision-making in Canada: Update on integration of evidence in health decisions and patient-centred care government mandates. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* juin 2022;171:22-9. doi:10.1016/j.zefq.2022.04.006 PubMed PMID: 35606312.
117. Légaré F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* sept 2014;96(3):281-6. doi:10.1016/j.pec.2014.06.014
118. Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. Vol. 105. *Janv 2011;105(4):300-4.* doi:10.1016/j.zefq.2011.04.014

119. Stacey D, Volk RJ. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Med Decis Making*. oct 2021;41(7):729-33. doi:10.1177/0272989X211035681 PubMed PMID: 34416841; PubMed Central PMCID: PMC8474333.
120. Washington State Health Care Authority. Patient decision aid (PDA) certification process. 2021.
121. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? *OMS*; 2008.
122. Marty S, Stiegler B, Robert G, Colombani F, Ravaud A, Haaser T. La décision partagée en cancérologie, entre émancipation et domination de la personne malade. *Éthique Santé*. juin 2020;17(2):82-8. doi:10.1016/j.etiqe.2020.02.007
123. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Haute Autorité de santé; juin 2018.
124. Robin S, Cartron E, Moret L, Prot-Labarthe S. Prise de décision partagée : perception et regards croisés d'un panel de professionnels en santé dans un hôpital français. *Ann Pharm Fr*. oct 2025;S0003450925001774. doi:10.1016/j.pharma.2025.10.009
125. Grimaldi A. L'intelligence artificielle va-t-elle changer la décision médicale partagée ? *Médecine Mal Métaboliques*. juin 2024;18(4):331-5. doi:10.1016/j.mmm.2024.04.003
126. Des outils pour la prise de Décision Partagée en Santé Préventive. Service public d'information en santé (SPIS); mars 2021.
127. Moumjid N, Durand MA, Carretier J, Charuel E, Daumer J, Haesebaert J, et al. Implementation of shared decision-making and patient-centered care in France: Towards a wider uptake in 2022. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. juin 2022;171:42-8. doi:10.1016/j.zefq.2022.03.001
128. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. 2022 [cité 27 janv 2026]. Le Service public d'information en santé (SPIS). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/numerique-en-sante/le-service-public-d-information-en-sante-spis/article/le-service-public-d-information-en-sante-spis>
129. Haute Autorité de santé. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé [Fiche méthodologique]. 2018.
130. France Assos Santé [Internet]. 2022 [cité 28 janv 2026]. Prise de décision partagée en santé : des affiches pour informer et sensibiliser les usagers du système de santé. Disponible sur: <https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/2022/04/02/prise-de-decision-partagee-en-sante-des-affiches-pour-informer-et-sensibiliser-les-usagers-du-systeme-de-sante/>
131. Montori VM, Ruisen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evid-Based Med*. août 2023;28(4):213-7. doi:10.1136/bmjebm-2022-112068 PubMed PMID: 36460328; PubMed Central PMCID: PMC10423463.
132. L'Assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 23 févr 2026]. Le pharmacien correspondant. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>
133. Okais C. L'évolution du métier de pharmacien, d'hier à aujourd'hui : enjeux et perspectives. *Le Moniteur des pharmacies* [Internet]. 5 févr 2026 [cité 23 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/profession/socio-professionnel/levolution-du-metier-de-pharmacien-dhier-a-aujourd'hui-enjeux-et-perspectives>
134. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 juill 2018;2018(7):CD006732. doi:10.1002/14651858.CD006732.pub4 PubMed PMID: 30025154; PubMed Central PMCID: PMC6513543.
135. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration [Internet]. 2024 [cité 20 janv 2026]. What are patient decision aids? Disponible sur: <https://decisionaid.ohri.ca/IPDAS/what.html>
136. Grimaldi A. La décision médicale partagée est-elle réellement partagée ? *Médecine Mal Métaboliques*. juin 2019;13(4):344-6. doi:10.1016/S1957-2557(19)30095-1
137. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 janv 2014;CD001431.pub4. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub4
138. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa [Internet]. 2025 [cité 20 janv 2026]. Outils d'aide à la décision pour les patients. Disponible sur: <https://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>
139. Université de Laval [Internet]. [cité 20 janv 2026]. Boîtes à décision. Disponible sur: <https://www.boitedecision.ulaval.ca/>
140. The Royal College of Surgeons of Edinburgh [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2026]. Shared Decision Making: an essential step in optimal patient care. Disponible sur: <https://www.rcsed.ac.uk/news-resources/rcsed-blog/2023/september/shared-decision-making-an-essential-step-in-optimal-patient-care>
141. Milan L, Doucène S, Lenoir G, Farsi F, Moumjid N, Blot F. Leviers et freins à la prise de décision partagée en France en 2021 : enquête nationale auprès des patients atteints de cancer. *Bull Cancer (Paris)*. sept 2023;110(9):893-902. doi:10.1016/j.bulcan.2023.04.019
142. Pel-Littel RE, Snaterse M, Teppich NM, Buurman BM, van Etten-Jamaludin FS, van Weert JCM, et al. Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC Geriatr*. 6 févr 2021;21:112. doi:10.1186/s12877-021-02050-y PubMed PMID: 33549059; PubMed Central PMCID: PMC7866443.
143. Hawley ST, Morris AM. Cultural challenges to engaging patients in shared decision making. *Patient Educ Couns*. janv 2017;100(1):18-24. doi:10.1016/j.pec.2016.07.008
144. Graftieaux JP, Pacific C, Chays A. Du paternalisme ou que feriez-vous à ma place ? *Éthique Santé*. mai 2007;4(2):85-91. doi:10.1016/S1765-4629(07)88730-7
145. Creative Health Care Management [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2026]. Shared Decision Making for Patients. Disponible sur: <https://chcm.com/news-events/shared-decision-making-for-patients/>
146. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*. 2017;16(2):146-53. doi:10.1002/wps.20412

147. Huon JF, Janoly-Dumenil A, Lehmann A, Dory A, Conort O, Laroussi-Libeault L, et al. De la prise de décision partagée au travail en interprofessionnalité et en partenariat avec le patient : quelle(s) implication(s) pour les pharmaciens ? *Pharm Clin.* déc 2024;59(4):391-7. doi:10.1016/j.phacli.2024.09.003
148. Lee KG, Gagliardi AR, Lofters AK, Pinto AD, Maunder RG. Shared decision-making, the working alliance, and patient-centered care: A simultaneous concept analysis and review of the literature. *Patient Educ Couns.* déc 2025;141:109316. doi:10.1016/j.pec.2025.109316
149. This P, Panel P. La décision médicale partagée en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* févr 2010;38(2):126-34. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.11.018
150. Thériault G, Grad R, Dickinson JA, Breault P, Singh H, Bell NR, et al. Faut-il partager ou non ? *Médecin Fam Can.* mai 2020;66(5):e149-54. PubMed PMID: 32404467; PubMed Central PMCID: PMC7219816.
151. Bruch JD, Khazen M, Mahmic-Kaknjo M, Légaré F, Ellen ME. The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review. *Patient Educ Couns.* déc 2024;129(108408). doi:10.1016/j.pec.2024.108408
152. Holzapfel L. Des préférences des malades à la décision médicale. *Réanimation.* mai 2010;19(3):280-8. doi:10.1016/j.reaurg.2010.03.006
153. Shared decision making. National Institute for Health and Care Excellence; juin 2021.
154. Drivenes K, Haaland VØ, Hauge YL, Vederhus JK, Irgens AC, Solli KK, et al. Discrepancy in Ratings of Shared Decision Making Between Patients and Health Professionals: A Cross Sectional Study in Mental Health Care. *Front Psychol.* 24 mars 2020;11:443. doi:10.3389/fpsyg.2020.00443 PubMed PMID: 32265780; PubMed Central PMCID: PMC7108784.
155. Wiener RS, Koppelman E, Bolton R, Lasser KE, Borrelli B, Au DH, et al. Patient and Clinician Perspectives on Shared Decision-making in Early Adopting Lung Cancer Screening Programs: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* juill 2018;33(7):1035-42. doi:10.1007/s11606-018-4350-9 PubMed PMID: 29468601; PubMed Central PMCID: PMC6025674.
156. Shay LA, Lafata JE. Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns.* sept 2014;96(3):295-301. doi:10.1016/j.pec.2014.07.017 PubMed PMID: 25097150; PubMed Central PMCID: PMC4241759.
157. Robin S, Cartron E, Moret L, Denis R, Prot-Labarthe S. Point de vue sur la prise de décision partagée : une enquête territoriale auprès des professionnels de santé. *Ann Pharm Fr.* juin 2025;83(4):761-8. doi:10.1016/j.pharma.2025.02.004
158. Bielooseroff L. ComPaRe - Communauté de Patients pour la Recherche [Internet]. 2026 [cité 13 avr 2026]. Prise de décision partagée chez les patients atteints de maladies chroniques en France : étude transversale menée auprès de la e-cohorte ComPaRe. Disponible sur: <https://compare.aphp.fr/2026/02/09/prise-de-decision-partagee-chez-les-patients-atteints-de-maladies-chroniques-en-france-etude-transversale-menee-aupres-de-la-e-cohorte-compare/>

## Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de Girerd (2001) d'évaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux, diffusé par l'Assurance Maladie .....	113
Annexe 2 : Questionnaire de Morisky à 4 questions (MMAS-4).....	114
Annexe 3 : Carte régionale des MSP HDF en 2025 (Source : ARS Hauts-de-France) .....	114
Annexe 4 : Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa) 2015 .....	115
Annexe 5 : Questionnaire de l'enquête mis en ligne sur Lime Survey .....	116

## ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

### Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

### Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**  
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**  
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**  
il est considéré comme non observant.

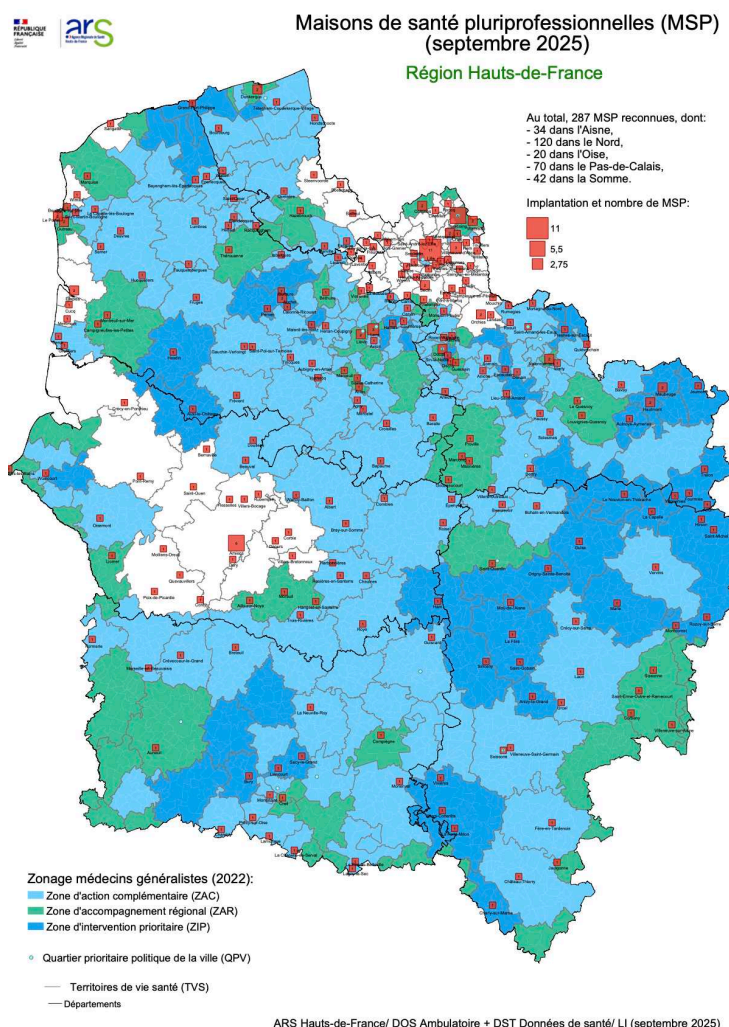
Ce questionnaire est également disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.

## Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

MMAS	Oui	Non
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?		
Vous arrive-t-il de ne pas faire attention aux jours auxquels vous prenez votre traitement ?		
Si vous vous sentez parfois moins bien lorsque vous prenez votre traitement, cessez-vous de le prendre ?		
Lorsque vous vous sentez mieux, arrêtez-vous parfois de prendre votre traitement ?		

Points attribués à chaque item  
Oui = 1 Non = 0

Patient très observant = 0  
Patient modérément observant = 1 ou 2  
Patient non observant = 3 ou 4



Adapté de The SURGE Tool © 2008 O'Connor & Legault

### Identifiez vos besoins concernant la décision à prendre.

Est-ce que vous connaissez les bénéfices et risques de chaque option?  Oui  Non

Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour vous à l'égard des bénéfices et risques?  Oui  Non

Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix?  Oui  Non

Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?  Oui  Non

*Si vous répondez « Non » à une question, vous pouvez revoir les étapes deux, trois et quatre en réfléchissant à nouveau à vos besoins. Les personnes qui répondent « Non » à une ou plusieurs questions ont tendance à reporter leur décision à plus tard, à changer d'avis, à éprouver du regret vis-à-vis de leur choix ou à blâmer les autres si le résultat qui découle de l'option choisie est mauvais.*

### Planifiez les prochaines étapes selon vos besoins.

**Besoins en matière de prise de décision** **Approches suggérées**

**Connaissances** Renseignez-vous sur les options et les probabilités des bénéfices et des risques.  
 Dressez une liste de vos questions.  
 Notez où vous pouvez trouver les réponses à vos questions (p.ex. bibliothèque, professionnels de la santé, conseillers).

**Valeurs** Révisez les étoiles à l'étape deux pour voir ce qui est le plus important pour vous.  
 Trouvez des personnes qui ont de l'expérience avec les bénéfices et les risques.  
 Parlez à d'autres personnes qui ont pris cette décision.  
 Renseignez-vous sur ce qui fut le plus important pour d'autres personnes.  
 Discutez avec d'autres personnes de ce qui est le plus important pour vous.

**Soutien** Discutez de vos options avec une personne en qui vous avez confiance (p.ex. un professionnel de la santé, un conseiller, un membre de votre famille, un ami).  
 Trouvez de l'aide pour vous soutenir dans votre choix (p.ex. financement, transport, garde d'enfants).

**Connaissances** Renseignez-vous sur les opinions des personnes les plus importantes pour vous.  
 Partagez ce guide avec d'autres personnes.  
 Demandez à une autre personne impliquée dans cette décision de remplir ce guide. (Voyez où vous êtes en accord. Si vous n'êtes pas d'accord sur certaines données, obtenez plus d'informations. Si vous n'êtes pas d'accord sur ce qui est le plus important pour vous, considérez l'opinion de l'autre personne. Chacun à votre tour, identifiez ce qui est de plus important pour l'autre.)  
 Trouvez une autre personne pour aider tous ceux et celles impliqués dans cette décision.

**Certitude** Révisez les étapes deux, trois et quatre en réfléchissant à nouveau à vos besoins.

Si vous êtes incertain(s) du meilleur choix pour vous

Autres facteurs rendant la décision DIFFICILE

Énumérez d'autres approches pour faciliter la prise de décision :

## Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

Pour les personnes faisant face à une décision à prendre en matière de santé ou d'ordre social

- Clarifiez la décision à prendre.**
  - Quelle décision devez-vous prendre?
  - Pour quelles raisons devez-vous prendre cette décision?
  - Quand devez-vous faire ce choix?
  - Où en êtes-vous avec vos réflexions sur ce choix?

**Explorez vos options.**

**Connaissances** Indiquez les options et les bénéfices et risques que vous connaissez.

**Valeurs** Utilisez des étoiles (★) pour indiquer l'importance que vous accordez à chaque bénéfice et risque.

**Certitude** Sélectionnez l'option qui correspond aux bénéfices qui sont les plus importants pour vous. Évitez les options qui correspondent aux risques les plus importants pour vous.

	Raisons de choisir cette option Bénéfices / Avantages / Pour	Importance 0 ★ Pas du tout 5 ★ Enormément	Raisons d'éviter cette option Risques / Désavantages / Contre	Importance 0 ★ Pas du tout 5 ★ Enormément
Option #1				
Option #2				
Option #3				

Quelle option préférez-vous?	Option #1	Option #2	Option #3	Incertain(e)
<b>Soutien</b>				
Quelle autres(s) personne(s) est(sont) impliquée(s)?				
Quelle option préférez-vous elle(s)?				
Ressentez-vous une pression de leur part?	Oui	Non	Oui	Non
Comment peut-elle(s) vous soutenir pour prendre cette décision?	Oui	Non	Oui	Non
Quel rôle préférez-vous assumer pour prendre cette décision?	Partager cette décision avec... Prendre cette décision moi-même après avoir considéré les opinions de... Laisser quelqu'un d'autre prendre la décision...			

## Annexe 5 : Questionnaire de l'enquête mis en ligne sur Lime Survey

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Enquête DÉMÉPOT

05/02/2026 23:56

### Enquête DÉMÉPOT

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse, je mène un questionnaire en lien avec le projet de recherche « **DÉMÉPOT** », dont l'objectif est d'évaluer l'impact de la **Décision Médicale Partagée** (*Shared Decision-Making*) sur l'observance thérapeutique des patient.e.s atteints de pathologies chroniques.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à cette étude. Pour être éligible, il est nécessaire d'exercer en tant que **professionnel de santé dans la région Hauts-de-France**.

La participation est **entièrement volontaire, confidentielle** et le questionnaire ne nécessite qu'environ **10 minutes** pour être complété. Aucune donnée nominative n'étant recueillie, ce questionnaire est **strictement anonyme** ; il ne sera donc pas possible d'exercer les droits d'accès, de rectification ou de retrait des données. Par ailleurs, afin de garantir la sécurité des informations collectées, les données seront conservées uniquement jusqu'à la soutenance de la thèse.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à cette étude et pour votre précieuse contribution à la recherche en soins primaires.

**Bien cordialement,**  
Hugo Lefebvre  
Étudiant en pharmacie

Il y a 38 questions dans ce questionnaire.

Décision Partagée (Shared decision-making - SDM)

Lors de la prise en charge de votre **dernier.e** patient.e... \*

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/638172>

Page 1 sur 27

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Enquête DÉMÉPOT

05/02/2026 23:56

Avez-vous discuté avec lui.elle des différentes options de traitements, mesures préventives et/ou diagnostiques, tout comme la possibilité d'absence de soins ?

\*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

Avez-vous évoqué les bénéfices et les risques de chacune des options évoquées ?

\*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/638172>

Page 2 sur 27

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Enquête DÉMÉPOT

05/02/2026 23:56

Avez-vous pris en compte son mode de vie, ses croyances et ses valeurs avant de prendre une décision thérapeutique, préventive ou diagnostique ?

\*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

**De façon générale...** \*

Impliquez-vous vos patient.es dans la prise des décisions concernant la prise en charge de leurs pathologies ?

\*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement  
 Oui, régulièrement (plus de 50% des patient.es)  
 Oui, occasionnellement (entre 25 et 50% des patient.es)  
 Rarement (moins de 25% des patient.es)  
 Jamais

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/638172>

Page 3 sur 27

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Enquête DÉMÉPOT

05/02/2026 23:56

Pensez-vous que les informations transmises par le.a patient.e, par son expérience personnelle de la maladie, ont autant d'importance que les informations données par le professionnel de santé, par ses connaissances scientifiques et son expérience professionnelle ?

*De 0 : Priorité aux connaissances des patient.es*

*5 : Autant d'importance pour les informations transmises par les patient.es et les soignant.es*

*A 10 : Priorité aux connaissances des soignant.es*

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/surveyid/638172>

Page 4 sur 27

**Selon vous, que signifie la Décision Partagée ?**

\*

Cochez tout ce qui s'applique  
 Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Une décision partagée entre les différents professionnels de santé

Une décision partagée entre soignant.e et patient.e

Un processus où le.a patient.e expose ses préférences et le.a soignant.e décide

Un processus où la décision est prise d'un commun accord entre soignant.e et patient.e

Aucune des réponses proposées

**Êtes-vous formé.e à la Décision Partagée ? \***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

**Quelle.s formation.s avez-vous suivi ?**

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
 Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
 La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q07]' (Êtes-vous formé.e à la Décision Partagée ? )

Veuillez écrire votre réponse ici :

**Êtes-vous intéressé.e pour être mieux formé.e ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
 La réponse était 'Non' à la question '[G01Q07]' (Êtes-vous formé.e à la Décision Partagée ? )

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

**Sous quel.s format.s souhaiteriez-vous être formé.e ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
 La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q10]' (Êtes-vous intéressé.e pour être mieux formé.e ? )

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

En présentiel avec d'autres professionnels de santé

En distanciel en visioconférence

En distanciel avec des modules vidéos et quizz à consulter

En distanciel avec des documents écrits à consulter

**Combien de temps êtes-vous prêt.e à accorder à cette formation ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
 La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q10]' (Êtes-vous intéressé.e pour être mieux formé.e ? )

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Une semaine

Une journée complète

Une demi-journée (4 heures)

Moins de 2 heures

**Pourquoi n'êtes-vous pas intéressé.e pour une formation ?**

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
 Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
 La réponse était 'Non' à la question '[G00Q10]' (Êtes-vous intéressé.e pour être mieux formé.e ? )

Cochez tout ce qui s'applique  
 Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Cela ne m'intéresse pas

Manque de temps pour réaliser la formation

Je me sens suffisamment formé.e

Je ne pense pas pouvoir appliquer ce concept à mes patient.es

Autre:

**Quelle est votre profession d'exercice ?**

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
 Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

\*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Médecin généraliste

Médecin spécialiste de ville

Pharmacien.ne d'officine

Infirmier.e diplômé.e d'état

Masseur.se-kinésithérapeute

Sage-femme

Dentiste, Chirurgien.ne-dentiste

Autre:

**Dans quel département géographique exercez-vous votre activité ?**

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

**\***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

02  
 59  
 60  
 62  
 80  
 Autre

**Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?**

**\***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui  
 Non

Projet "DÉMÉPOT"

**Pensez-vous que la participation du/de la patient.e à la prise des décisions concernant sa pathologie pourrait avoir un impact positif sur son adhérence thérapeutique ? Pourquoi ?**

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

**\***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui  
 Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

**Selon vous, pour quelle.s pathologie.s citée.s ci-dessous serait-il intéressant de développer ce concept de Décision Partagée ?**

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

**\***

Cochez tout ce qui s'applique  
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Hypertension artérielle  
 Cancer  
 Insuffisance cardiaque  
 Diabète de type 2  
 Syndromes anxio-dépressifs  
 Asthme  
 Soins palliatifs  
 Aucune des pathologies proposées  
 Autre:

**Seriez-vous intéressé.e de participer à une étude mesurant l'impact de la Décision Partagée sur l'observance thérapeutique de vos patient.es atteint.es de pathologies chroniques ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui  
 Non

**Pouvez-vous nous communiquer vos renseignements afin de vous recontacter ultérieurement concernant l'étude clinique ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était "Oui" à la question "[G01Q22]" (Seriez-vous intéressé.e de participer à une étude mesurant l'impact de la Décision Partagée sur l'observance thérapeutique de vos patient.es atteint.es de pathologies chroniques ? )

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

NOM

Prénom

Ville d'exercice

Téléphone

Adresse électronique

### Pour quelle.s raison.s ?

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Non' à la question '[G01Q22]' (Seriez-vous intéressé.e de participer à une étude mesurant l'impact de la Décision Partagée sur l'observance thérapeutique de vos patient.es atteint.es de pathologies chroniques ? )

Cochez tout ce qui s'applique  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Pas d'intérêt pour l'étude  
 Manque de temps à y consacrer  
 Incapacité à appliquer ce concept à mes patient.es  
 Pas de réponse

Autre:

Exercice professionnel au sein de votre MSP

### Quels sont les professionnels de santé composant votre MSP ?

Merci d'indiquer l'effectif dans la zone de texte

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Médecin.s généraliste.s et spécialiste.s   
 Infirmier.e.s diplômé.e.s d'état   
 Masseur.se.s-kinésithérapeute.s   
 Pharmacien.ne.s d'officine   
 Sage-femme.s   
 Dentiste.s, Chirurgien.ne.s-dentiste.s   
 Autres (spécialités et effectifs)

### Pour quelle.s raison.s avez-vous envisagé d'exercer au sein d'une MSP ? (Réponse courte)

Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.  
Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

### Dans le cadre de l'exercice coordonné au sein de votre MSP... : \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

### Possédez-vous un SIP (Système d'Information Partagée) ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui, je l'utilise de manière quotidienne  
 Oui, je l'utilise quelques fois par semaine  
 Oui, mais je n'en ai pas l'utilité  
 Non, mais le SIP sera opérationnel prochainement

### Pour quelle.s raison.s utilisez-vous votre SIP ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?) et La réponse n'était PAS 'Non, mais le SIP sera opérationnel prochainement' à la question '[G02Q27]' (Possédez-vous un SIP (Système d'Information Partagée) ?)

Cochez tout ce qui s'applique  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Contacter les autres professionnels de santé de la MSP (messagerie)  
 Consulter des informations permettant la coordination des soins de votre patient.e  
 Gestion des consultations, du planning et de l'agenda  
 Gestion et accès aux protocoles de la structure  
 Organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)  
 Je n'utilise pas le SIP

**A quelle fréquence échangez-vous lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les autres membres de la MSP ? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question ' [G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au moins une fois par semaine  
 Deux réunions mensuelles  
 Une réunion mensuelle  
 Moins d'une fois par mois

**Quelles sont les thématiques évoquées lors de ces RCP ?**

*Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.*  
*Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.*

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question ' [G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Cochez tout ce qui s'applique  
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Présentation d'une profession de santé et échanges sur les représentations de celle-ci  
 Partage d'expériences et modes opératoires d'une pratique  
 Réunions de professionnels questionnant la prise en charge complexe d'un.e patient.e  
 Thématiques spécifiques autour de votre patient.e  
 Autre:

**Dans le cadre de votre exercice libéral, à quelle fréquence échangez-vous des informations avec les professionnels de santé suivants n'appartenant pas à votre MSP ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question ' [G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais ou très rarement	Quelques fois par mois	Au moins une fois par semaine	Tous les jours ou presque
Avec des médecins généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des pharmaciens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des sage-femmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des dentistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Dans le cadre de votre exercice libéral, comment qualifieriez-vous vos échanges avec les professionnels de santé suivants n'appartenant pas à votre MSP ?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question ' [G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

	Indisponibles / Injoignables	Compétitifs / Concurrentiels	Collaboratifs / Coopératifs	Amicaux / Confraternels
Avec des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des sage-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cadre de votre exercice libéral, par quel.s moyen.s communiquez-vous avec les professionnels de santé suivants **n'appartenant pas à votre MSP** ?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

	En personnel	Par téléphone	Par mail	Par messagerie sécurisée	Par réseaux sociaux	Par métier communiqué	Par logiciel	Aucune
Avec des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des sage-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exercice professionnel en pratique

Pour quelle.s raison.s n'appartenez-vous pas à une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?

*Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.*

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Cochez tout ce qui s'applique. Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Projet en cours d'étude
- Absence d'autres professionnels de santé à proximité
- Manque de temps pour mener les démarches
- Pas d'intérêt pour l'exercice coordonné
- Je ne souhaite pas répondre à cette question
- Autre:

Partagez-vous vos locaux professionnels avec d'autres professionnels de santé ? \*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quels sont les professionnels de santé en faisant partie ?

*Merçi d'indiquer l'effectif dans la zone de texte*

*Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.*

*Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.*

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?) et La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q35]' (Partagez-vous vos locaux professionnels avec d'autres professionnels de santé ?)

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse. Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

<input type="checkbox"/> Médecin.s généraliste.s et spécialiste.s	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Masseur.se.s-kinésithérapeute.s	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pharmacien.ne.s d'officine	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sage-femme.s	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dentiste.s, Chirurgien.ne.s-dentiste.s	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres (spécialités et effectifs)	<input style="width: 150px;" type="text"/>

Dans le cadre de votre exercice libéral, à quelle fréquence échangez-vous des informations avec les professionnels de santé suivants ?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais ou très rarement	Quelques fois par mois	Au moins une fois par semaine	Tous les jours ou presque
Avec des médecins généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des pharmaciens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des sage-femmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec des dentistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dans le cadre de votre exercice libéral, comment qualifiez-vous vos échanges avec les professionnels de santé suivants ?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

	Indisponibles / Injoignables	Compétitifs / Concurrentiels	Collaboratifs / Coopératifs	Amicaux / Confraternels
Avec des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des sage-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : hugo.lefebvre3.etu@univ-lille.fr

14/02/2026 – 23:59

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Dans le cadre de votre exercice libéral, par quels moyen.s communiquez-vous avec les professionnels de santé suivants ?

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Non' à la question '[G00Q15]' (Exercez-vous dans une structure reconnue comme une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ?)

	En personne	Par téléphone	Par mail	Par messages sécurisés	Par réseaux sociaux	Par logiciel	Aucune communication
Avec des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes de ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des médecins spécialistes hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des infirmier.e.s diplômé.e.s d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des masseur.se.s-kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des sage-femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec des dentistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire est terminé !

Un grand merci pour votre participation à cette enquête qui fera l'objet d'une soutenance de thèse et permettra une étude approfondie des pratiques de la décision partagée au sein d'un exercice coordonné ou non entre professionnels de santé.







Université de Lille  
UFR3S-Pharmacie  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2025/2026

**Nom** : LEFEBVRE  
**Prénom** : Hugo

**Titre de la thèse** : Prise de décision partagée et observance thérapeutique dans les maladies chroniques en soins primaires : Étude des perceptions et des pratiques des professionnels de santé dans la région des Hauts-de-France

**Mots-clés** : Prise de décision partagée ; décision médicale partagée ; observance thérapeutique ; maladies chroniques ; soins primaires ; maisons de santé pluriprofessionnelles ; adhésion thérapeutique ; soins centrés sur le patient ; questionnaire ; coordination des soins ; collaboration interprofessionnelle

---

**Résumé** : Les maladies chroniques représentent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Leur prise en charge repose en grande partie sur l'efficacité des traitements prescrits et sur l'adhésion des patients à ces traitements. Pourtant, la non-observance thérapeutique demeure fréquente et constitue un facteur important d'échec thérapeutique, entraînant des complications évitables et des coûts supplémentaires pour le système de santé. Dans ce contexte, la prise de décision partagée apparaît comme une approche susceptible de renforcer l'implication du patient dans sa prise en charge et de favoriser l'adhésion thérapeutique. Cette démarche repose sur une collaboration entre le professionnel de santé et le patient, intégrant à la fois les données scientifiques, l'expertise clinique et les préférences du patient. Cette thèse s'inscrit dans la préparation du projet de recherche DÉMÉPOT visant à étudier l'impact de la prise de décision partagée sur l'observance thérapeutique en soins primaires. Une étude par questionnaire a été réalisée auprès de professionnels de santé exerçant dans la région Hauts-de-France afin d'explorer leurs pratiques, leurs perceptions et les freins à l'intégration de cette approche dans la pratique quotidienne. Les résultats obtenus permettent de mieux comprendre les conditions organisationnelles et professionnelles nécessaires au développement de la prise de décision partagée et constituent une étape préparatoire à la mise en œuvre d'un futur projet de recherche.

---

**Membres du jury** :

**Présidente** : Madame le docteur Julie DUMONT, Pharmacien, Professeur des Universités – Département de Biologie cellulaire – Université de Lille

**Directrice de thèse** : Madame le docteur Annie STANDAERT, Pharmacien, Maître de Conférences des Universités - Département de Biologie animale et Parasitologie – Université de Lille

**Membre extérieure** : Madame le docteur Carole BOYER, Pharmacien d'officine, Pharmacie Barbry - Lille