

Avvertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence...

Mardi 3 septembre 2013

Hôpital cantonal de Genève

[Aider son patient à décider](#)

Prof. J. Cornuz (PMU/ Lausanne)

La médecine basée sur les preuves (EBM) nous offre la plupart du temps une palette de choix avec des avantages et des désavantages, aussi bien pour le patient que pour la communauté.

Pour s'y retrouver et faire le bon choix, il est de plus en plus inhabituel que le patient demande au médecin une attitude paternaliste, voire autoritaire, mais plutôt, il cherchera à comprendre, à participer à la décision, et même «s'il ne veut pas prendre le volant» il aimerait au moins pouvoir «regarder la carte et comprendre où on est, et où on va».

Le médecin va devoir donc d'une part s'informer lui-même et digérer l'information afin de pouvoir la transmettre le plus objectivement possible au patient afin qu'ensemble ils puissent prendre la meilleure décision possible...C'est ce qui s'appelle «Shared decision making» (SDM), et la littérature déborde de papiers sur le sujet.

Il y a comme toujours des listes, des étapes, des moyens mnémotechniques pour ne pas «se rater» comme on dit...par exemple

- 1) inviter le patient à participer
- 2) lui présenter les options
- 3) procurer des informations spécifiques sur les bénéfices et les risques
- 4) expliciter et mettre en exergue les préférences et les valeurs du patient
- 5) faciliter la délibération et la décision
- 6) assister par la suite et assurer le suivi

Ou encore l'acronyme P.A.R.T.N.E.R pour:

Prepare

Accepte motions

Revise the way you explain

Try to avoid RR or OR only , add AR

Never give just one perspective

E...???

R...??? (pas eut le temps de noter les 2 derniers...)

1. Encouraging Patients to Ask Questions : How to Overcome "White-Coat Silence"
Timothy Judson, MPH (JAMA. 2013;309(22):2325-2326)

2. Talking to Patients in the 21st Century, Abigail Zuger, MD (JAMA. 2013;309(22):2384-2385).

3. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care
Michael J. Barry, M.D. (N Engl J Med 2012; 366:780-781)

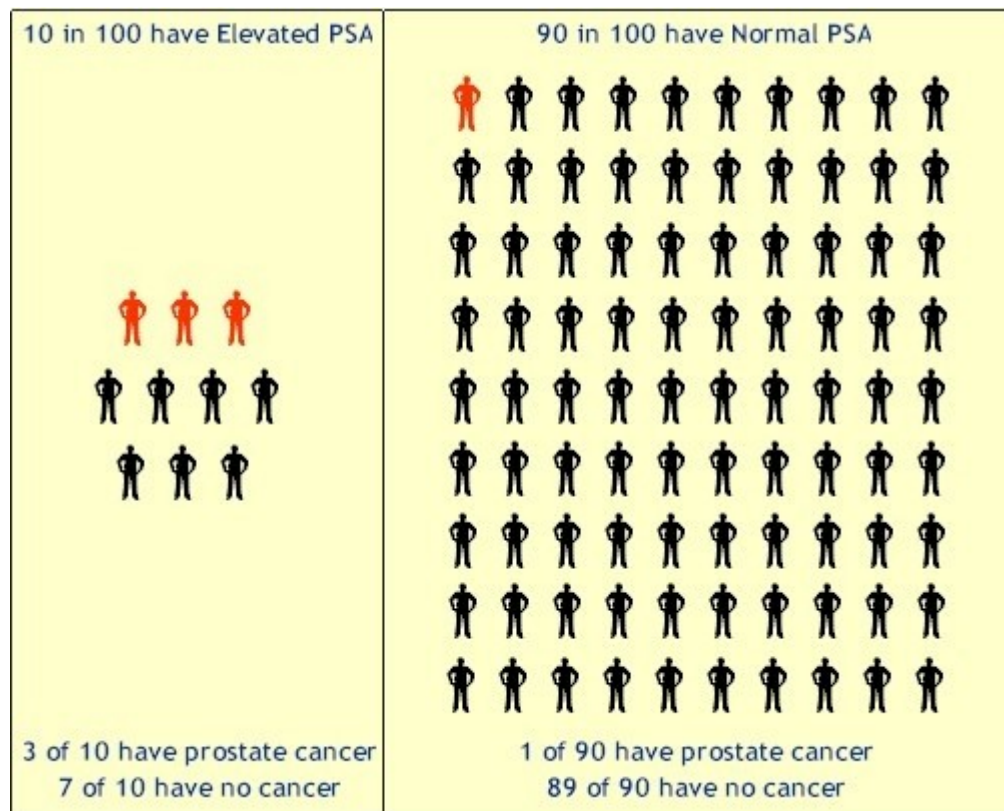
Il semble que nous pensions à tort que la plupart des patients sont angoissés à l'idée de partager la décision avec nous. La plupart des études ont montré qu'hormis de rares exceptions, les patients veulent comprendre et choisir.

Une question qui est d'actualité tous les jours, c'est celui des tests de dépistages, qui toujours semblent plus alléchants qu'ils ne le sont en réalité (on en a déjà parlé ici le mardi 6.11.2012 «Less can be more? ou l'inutilité de certains tests de dépistage...»).

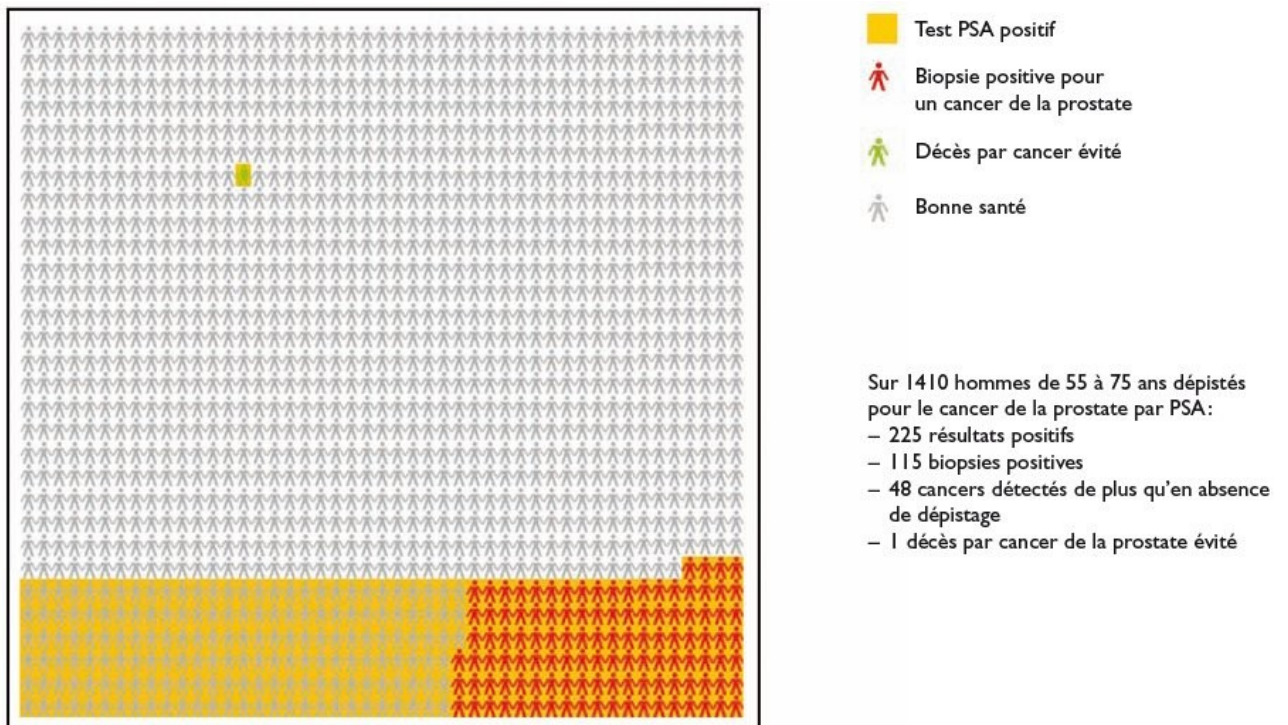
Nous n'aimons pas les chiffres et les pourcentages, ça ne nous parle pas vraiment, et très souvent nous nous faisons bluffer par la diminution du risque relatif par rapport au risque absolu.

On se rappellera que lorsque le risque absolu(RA) est de 1% et que le risque relatif (RR) augmente de 25% ça ne nous fait que passer de 1 à 1,25%...donc pas de quoi en faire un plat...

On nous recommande donc de parler clair, et si possible de nous faire aider par des petits dessins qui tout de suite font passer le message de façon plus percutante... Par exemple pour le dépistage du cancer de la prostate avec le PSA:



Ou encore...



On nous dit un mot sur «le regret anticipé» qui nous font continuer à doser le PSA «pour ne pas avoir à regretter de ne pas l'avoir fait...si le patient avait un cancer p.ex.»

(je me reconnais tout à fait...).

On nous dit aussi qu'en 2030 le manque de médecins devrait aboutir à 10 millions de consultations non satisfaites...

Le Prof. Cornuz pense que si l'on s'intéressait plus à la demande et si l'on prenait plus le temps d'expliquer, ce que l'on peut raisonnablement chercher, traiter et guérir nous aboutirions peut-être à une baisse de consommation médicale qui est aussi (mais pas seulement) le reflet de l'angoissant besoin d'être rassuré (mais là c'est moi qui interprète...).

Nous devons donc «relire notre copie», comprendre vraiment en profondeur de quoi est faite «la réalité», ne pas rêver sur l'utilité de certains tests ou de certains traitements, apprendre encore à mieux communiquer...mais pour cela il faut nous aider, nous mettre à disposition des documents bien faits, non tendancieux

En attendant, quelques sites et quelques articles...

1. Framework for teaching and learning informed shared decision making
Commentary: Competencies for informed shared decision making
Commentary: Proposals based on too many assumptions (Towle & al) BMJ 1999; 319

2. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures (Edwards & al) BMJ 2002;324:827.1

3. Do Patient Decision Aids Meet Effectiveness Criteria of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration? A Systematic Review and Meta-analysis
[Annette M. O'Connor](#), (Med Decis Making. 2007;27:554)

4. <http://informedmedicaldecisions.org/>

5. <http://decisionaid.ohri.ca/>

6. <http://patient-als-partner.de/>



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch