

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 15 mars 2022

L'importance de la décision partagée

Pr Thomas Agoritsas

La décision partagée s'intègre dans des concepts plus larges comme les soins basés sur le patient et la médecine personnalisée.

Il y a 30 ans, c'est l'essor de la médecine basée sur les preuves. Celle-ci joint initialement l'expertise, les preuves ainsi que les valeurs du patient. A ce moment-là, c'est une réponse à la médecine basée sur l'expertise seule.

Cette définition a évolué vers des *soins basés sur les preuves*, ou, comme le dit Victor Montori: "care that makes intellectual, emotional and practical sense to each patient".

Ce penseur de la décision partagée la définit aussi ainsi:

"La décision partagée c'est un processus par lequel un patient et un médecin travaillent ensemble, ont une conversation, entrent en partenariat afin d'identifier la meilleure approche, le meilleur traitement ou test dans une situation donnée.

C'est un partage de ce qui compte.

Les cliniciens partagent l'information sur les alternatives disponibles, les risques, les bénéfiques et les implications pratiques. Les patients partagent les expériences, attentes, valeurs et préférences. "

On passe de la "meilleure décision" à "une décision raisonnable".

Croyances et objections

"Les consultations sont plus longues..." non, ce n'est pas systématique, 3 méta-analyses à l'appui. Parfois elles s'allongent, parfois elles s'accourcissent.

"Les patients ne désirent pas partager la décision."

70-90% des patients préfèrent un partage de décision. Plus de 50% sont insatisfaits du degré d'information partagée.

"Les patients ne sont pas capables de décider, il y a trop d'enjeux..." non plus! même les patients vulnérables ou illettrés sont capables de comprendre et de décider pour eux.

"on le fait déjà!" ...il y a un décalage entre la perception et la réalité. 33 études montrent qu'en filmant les consultations, la moyenne de l'échelle [OPTION](#) est à 23/100.

Outils et aides décisionnelles

L'idée est d'amener l'outil au sein du dialogue, pas juste à la maison.

Un support simple comme un dépliant explicatif permet de passer d'une transmission de recommandation à un partage d'une information absorbée ensemble.

Elle peut être informatisée et les patients adoptent le numérique facilement.

L'aide décisionnelle n'augmente pas vraiment les connaissances, mais permet d'augmenter la perception des risques (+80%) et la congruence avec les valeurs (+50%). Elle permet également de diminuer le conflit décisionnel (-7%) et la passivité dans la prise de décision (-34%).

Il n'y a pas de changement de coût, ni sur l'adhésion à la recommandation.

Dans la plupart des programmes de dépistage, on reste en dessous de 50% de participation. Avec beaucoup d'efforts, certains atteignent 80% de participation...

[Une étude](#) aux USA montre que le choix entre deux méthodes de dépistage augmente la participation.

Les ingrédients de la décision partagée - ([lien vers la recommandation rapide](#))

5 options: FIT/an, FIT/ 2 ans, Sigmoïdoscopie, coloscopie, pas de dépistage

Bénéfices et risques: on sait que le patient peut sentir que le bénéfice de faire le dépistage dépend de son risque individuel, à tenir compte dans la décision.

L'index de certitude a un impact sur la décision, car le doute existe chez le clinicien comme chez le patient.

Valeurs et préférences: Il y a deux pôles, l'un concerne les interventions et leurs modalités (cancer de la prostate: irradiation, castration chimique...). De l'autre côté on trouve l'importance relative donnée à chaque issue (Ne veut pas de coloscopie ou pas de cancer ou pas en mourir comme un membre de la famille...)

Trois attributs globaux à intégrer:

- Stratification du risque: Âge, sévérité, stade, comorbidités.
- Médecine de précision: selon les marqueurs biologiques, prédire la rentabilité du dépistage.
- Valeurs et préférences: envers l'intervention, l'importance donnée aux issues.

C'est facile d'agir lorsque la recommandation est forte, il faut le faire. Toute personne informée prendrait la même décision... sauf si le patient a des valeurs inattendues.

A l'inverse, un recommandation faible est accompagnée de petits bénéfices, de coûts, d'incertitude et de valeurs et préférences variables.

Deux tiers des recommandations sont de faible niveau, ce qui laisse beaucoup de place pour la décision partagée!

[Magic](#) est une aide décisionnelle informatisée pour le dépistage du CCR. Elle annonce le risque basal de CCR, puis introduit des tables de comparaisons...

	No screening	FIT every two years	FIT every year	Sigmoidoscopy	Colonoscopy
Colorectal cancer incidence 15 years	30 per 1000	1 fewer	4 fewer	8 fewer	10 fewer
	certainty →	⊕⊕○○	⊕⊕○○	⊕⊕○○	⊕⊕○○
Colorectal cancer mortality 15 years	9 per 1000	5 fewer	6 fewer	5 fewer	6 fewer
	certainty →	⊕⊕○○	⊕⊕○○	⊕⊕○○	⊕⊕○○

Ce tableau montre que la coloscopie permet de détecter plus de cancers (-10 cas) en se basant sur l'incidence de celui-ci.

Par contre, pour l'impact sur la mortalité, la FIT et la coloscopie se valent.

Individualiser le risque permet de montrer qu'en fonction du risque (2-3-4%), l'impact du dépistage sur l'incidence et la mortalité va être différent, mais pas tant que ça!

La correspondance entre l'âge et le risque de développer un CCR n'est pas univoque. On peut avoir 50 ans et beaucoup de risques, ce n'est pas forcément à 3%.

Les aspects pratiques dominent la décision, le patient pourrait ne pas se voir rattraper son caca dans les toilettes ou au contraire, prendre un jour de congé pour la colonoscopie.

Une hotline est disponible en semaine pour répondre aux questions des difficultés rencontrés par les médecins dans la décision partagée de dépistage: 022 708 10 90



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch