

DPI

Je n' ai pas reçu d'argent de l'industrie
La SFSPM paye mon transport et mon hébergement
La subjectivité de cette présentation est dûe à mes seules convictions

La décision « individuelle »: le médecin, la patiente, ses proches

S.Giard
Centre O.Lambret- Lille

Les acteurs de la personnalisation des soins. Les arbitres de la décision médicale

La décision « individuelle »...

□ Loi du 4 mars 2002:

« 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 »

→ **La décision individuelle = celle du patient....**

mais « aidé »

1^{ère} version:

« toute personne prend, compte tenu des informations et préconisations des professionnels de santé, les décisions concernant sa santé »

Le champ d'application...

- Toutes les situations!
 - abstention vs trmt
 - quand une alternative est possible entre 2 trmts

exemple: H+/- CT dans les cancers
à risque intermédiaire = zone grise
..... variable selon les équipes

Définition de la ZONE GRISE?

Données de la littérature

→ *bénéfices statistiques* → *principe d'incertitude*



Recommandations et Référentiels

→ *jugement sur ces bénéfices*

→ *multiplicité des référentiels*



RCP

→ *tranche l'incertitude ou laisse le choix ds la zone grise*



consultation avec le patient

-
- La consultation = lieu de la décision de traitement

 - La RCP = lieu de proposition(s) thérapeutique(s)
-

La consultation.....

- 3 phases successives:
information / délibération / décision

- Modulées selon mode de relation medecin/patient:
 - paternaliste : le médecin décide/ Patient passif

 - participatif : information(s) donnée par les 2 parties et
décision prise de concert

 - informatif : le médecin informe/ Le patient (actif) décide

Qu'en pensent les patientes?

Avant consultation trmt K sein adjuvant

	Shelton 2013	Brown 2012	Hyphantis 2013
passif	25%	28%	61%
partagé	38%	48%	28%
actif	38%	24%	11%

US

Australie,
Suisse,
Autriche,
Allemagne

Grèce

Et en France?

QU'en pensent les Françaises?

□ Peu (pas?) d'études

→ études sur la concordance RCP/
réalisation du trmt.....

Enquête COL 2014:

100 questionnaires successifs (62P, 38A)

Passif

56%

Partagé

27%

Actif

16%

- Pas de différence P/A

	passifs	partagés	Actifs
- Naifs	71%	14%	14%
- Déjà traités	50%	37%	10%

Le point de vue des patientes....

- Souhaitent être engagées
- Mais plus réticente pour la prise de décision
- Importance +++ de l'opinion du médecin

(Sevladis 2006 [UK], Mazur 2005[US]O'Brien 2013 [CND]Gattellari 2001 [Austral])

Pourquoi connaître les préférences des patientes sur leur degré d'engagement ?

→ relation entre respect de leurs préférences et Qualité de Vie

si discordance:

actives et participatives : frustration

passives: débordées par la demande

Le point de vue des médecins...

Aucune étude chiffrée sur
leurs « pratiques »

Les barrières des médecins pour une décision partagée

- Temps!
- Ce sont eux les experts.....
- Peur de destabiliser les patientes (« mauvais choix »)
- Décision partagée= délibération avec les patientes
...pour les amener à accepter leur proposition

Les difficultés de la « rencontre » medecins / patientes

- Après cs pour trmt adjuvant (de novo):

50% de discordance P/M
sur les modalites de la
consultation

Edwards 2006

	actif	partagé	passif
P	23%	67%	11%
Med	39%	47%	19%

Bruera 2002

Le rôle des accompagnants

- ❑ Au moins 2/3 des patientes accompagnées lors de cs de novo
- ❑ Plutôt un soutien moral et aide à la compréhension des informations
- ❑ Ne modifie pas:
 - le niveau de participation et d'engagement des patientes
 - le niveau d'anxiété,
 - le nombre de questions, ni le temps de consultation

Del Piccolo 2014, Shelton 2013

le déroulement d'une consultation pour décision de traitement.....

Surtout s'il existe différentes options
thérapeutiques !

1) Evaluer les préférences des patientes

(preference-sensitive decisions)

- En les interrogeant après avoir annoncé l'enjeu:
 - Décision à prendre entre plusieurs options
 - Il n'y a pas une option meilleure que l'autre sur le plan scientifique mais des avantages et des inconvénients à chacune
 - Votre avis est important pour choisir la meilleure option pour vous
 - Quand?
 - avant (consult nurse, annonce chirurgien)
 - en début de consultation
-

1) Evaluer les préférences des patientes

(preference-sensitive decisions)

- Par un profilage informatique pré-consultation :
services d'autonomisation interactifs à l'appui de la médecine personnalisée

- ALGA-C system (smartphone):

- Q aux patients pour recueillir des info cognitives, physiques, psycho-sociales

- Transformer en ALGA-C Profiler pour le medecin

Kondykalis H 2014 (projet UE)

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients

→ Perception **SUBJECTIVE** de la balance B/R par le médecin:

- Conviction sur l'efficacité des traitements
 - Peur de la maladie ou de la iatrogénicité
 - Conception du principe de précaution/d'autonomie du patient
 - Contingences matérielles (temps, Economiques.....)
-

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

différentes modalités:

- Réduction du risque
 en chiffres relatifs
 en chiffres absolus

 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice

 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -TwIST)
-

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

différentes modalités:

- Réduction du risque
en chiffres relatifs → *pour l'industrie?*
en chiffres absolus

 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice

 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -TwIST)
-

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

différentes modalités:

- Réduction du risque
en chiffres relatifs → *pour l'industrie?*
en chiffres absolus

 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice → *raisonnement medico-economique?*

 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -TwIST)
-

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

différentes modalités:

- Réduction du risque
en chiffres relatifs → *pour l'industrie?*
en chiffres absolus

 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice → *raisonnement medico-economique?*

 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -TwIST)
→ *peu facile d'accès (actuellement?)*
-

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

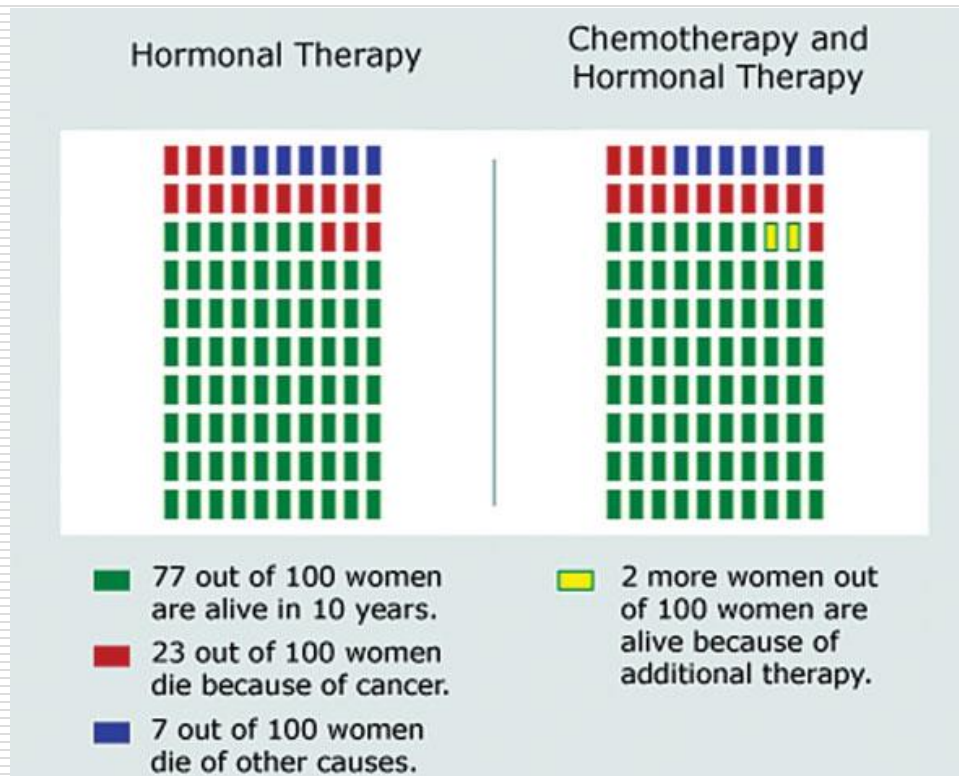
différentes modalités:

- Réduction du risque
en chiffres relatifs → *pour l'industrie?*
en chiffres absolus

 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice → *raisonnement medico-economique?*

 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -TwIST)
→ *peu facile d'accès (actuellement?)*
-

Et en utilisant des histogrammes



Fargelin A, Zikmund-Fisher B 2011

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles/avantages-inconvénients : **Comment ?**

différentes modalités:

- Réduction du risque
 - en chiffres relatifs
 - en chiffres absolus
 - En nombre nécessaire de patientes à traiter pour obtenir un bénéfice
 - En temps gagné sans maladie ni toxicité (Q -Twist)
 - En disant que pour un bénéfice faible , elle perdra peut être ses cheveux, ses ongles, prendra du poids, sera fatiguée
-

L'information avantages/inconvenients : **chiffrée ou non?**

chiffres et/ ou représentation graphique:

- ↗ les connaissances des patientes
 - ↗ la satisfaction
 - ↘ les motifs de « conflit »
 - ne modifie pas l'anxiété
- mais influencent peu le choix (tmt ou pas)

Siminoff 2006, Whelan 2014, Belkhora 2011, rev Cochrane 2014

Bénéfice (absolu) pour prendre une CT ???

Très variable!!

Rev 6 etudes :

la médiane des patientes acceptent pour un bénéfice de survie de:

- 0.1 à 10%
- de 1j à 5ans

Harnelinck 2014

Bénéfice (absolu) pour prendre une CT ???

Très variable!!

Patientes: 20% acceptent si gain > 1%

1/3

> 30%

(Medecins : donnent si 5-10%)

Thiel 2012

Revenons à la consultation...

- Evaluer les attentes des patientes
 - Informer des différentes options
 - Négocier:
 - évaluer la compréhension
 - identifier « à 2 » les préférences
 - Formuler le choix décisionnel:
 - « êtes-vous d'accord? »
-

Pour en savoir plus.....

- ❑ guide de mise en place du processus de décision : The International Patient Decision Aide Standards Collaboration's criteria
www.ipdas.ohri.ca
 - ❑ Guide pour améliorer la participation des patients: The Salzburg statement on shared decision making (dec 2010)
 - ❑ Decision Making in Oncology (Stacey D. 2008)
-



Merci de votre attention

2) Informer les patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles

Comment faites -vous?

la RCP a dit

la RCP propose

je pense que

je vous propose

un traitement
une alternative
