

# 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<sup>ère</sup> 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 ?**

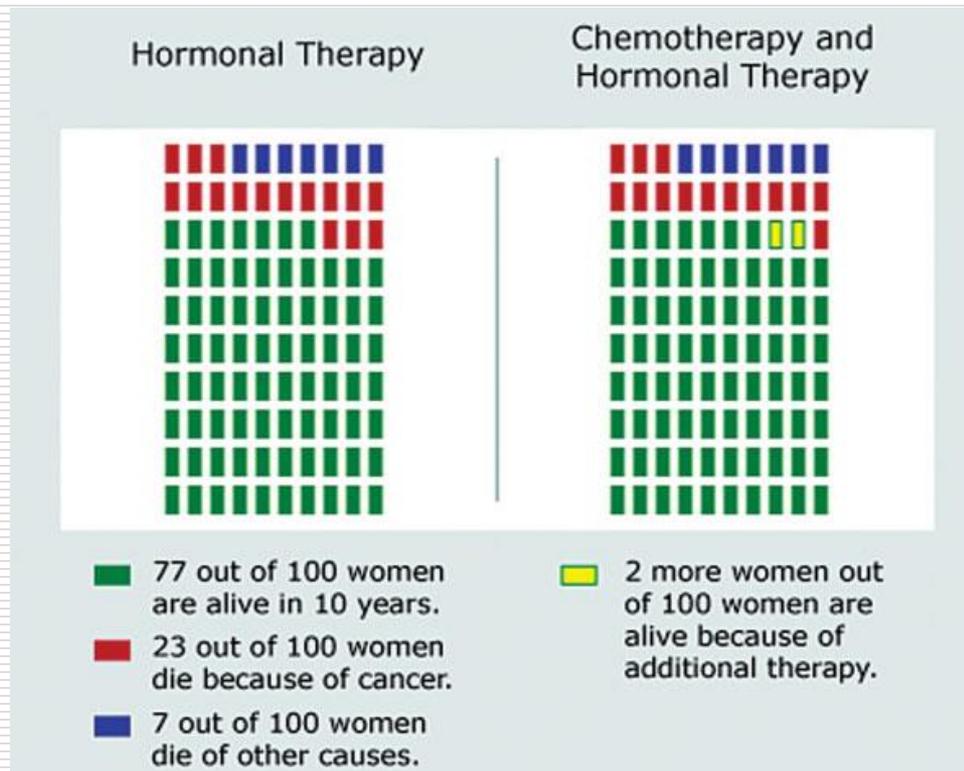
---

## 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](http://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

---