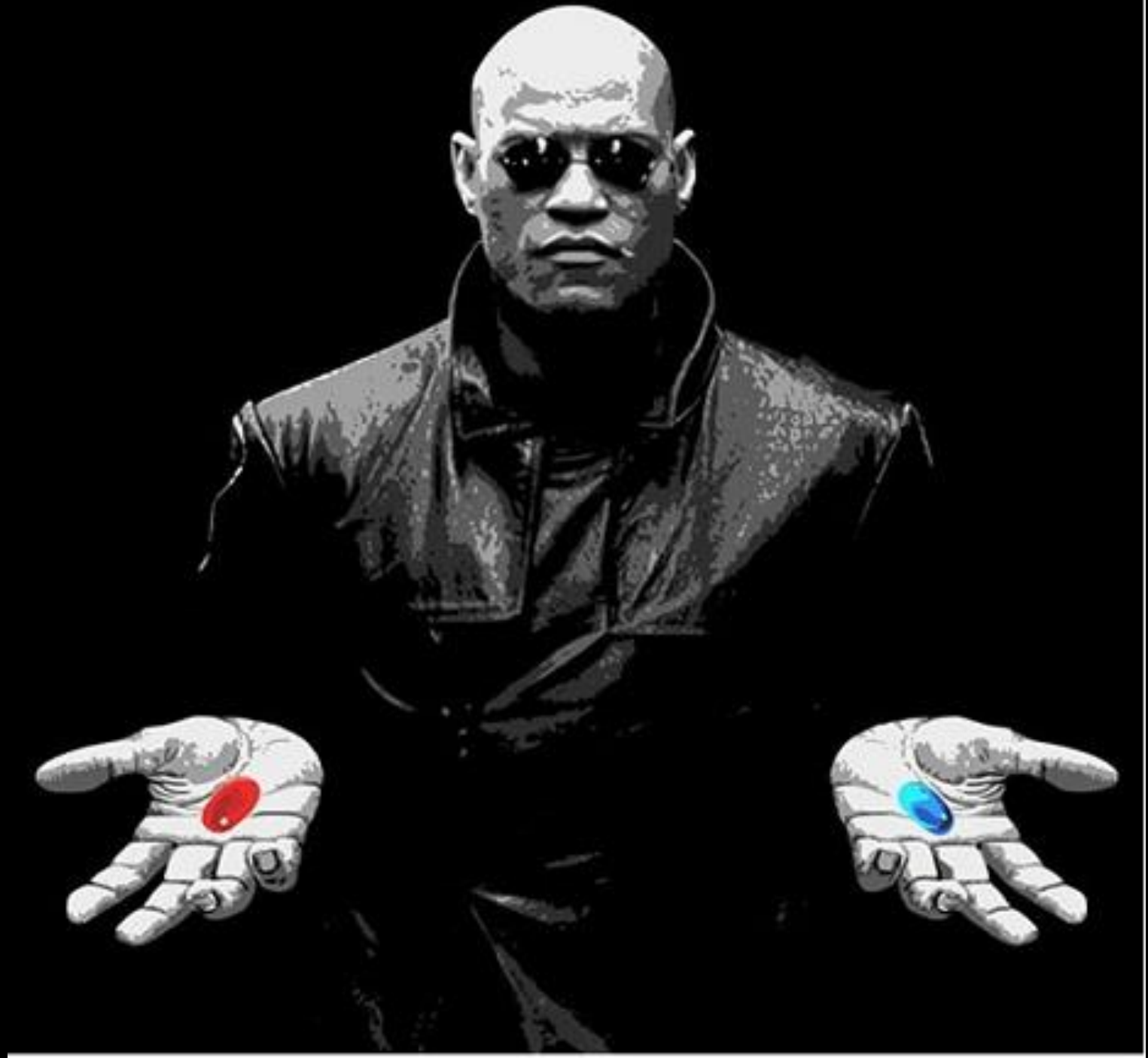
La prise de décision partagée

Symposium 12 mars 2020

Pr Yves Zerbib Dr Frédéric Zorzi

Travail bibliographique : Dr Stéphanie SIDORKIEWICZ et Dr Sandrine HILD



Plan de la présentation

Définition

Idées reçues

Outils d’aide à la Décision

Progrès de la médecine

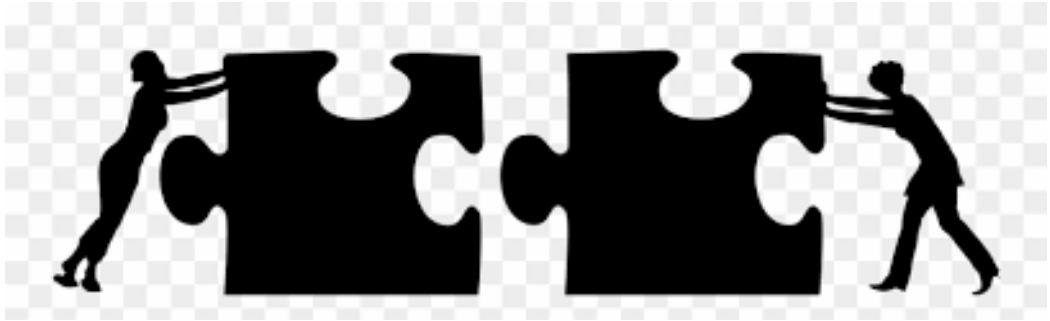
Evolution de la science

Evolution de la société

Accès à la connaissance

WIKIPÉDIA
L'encyclopédie libre

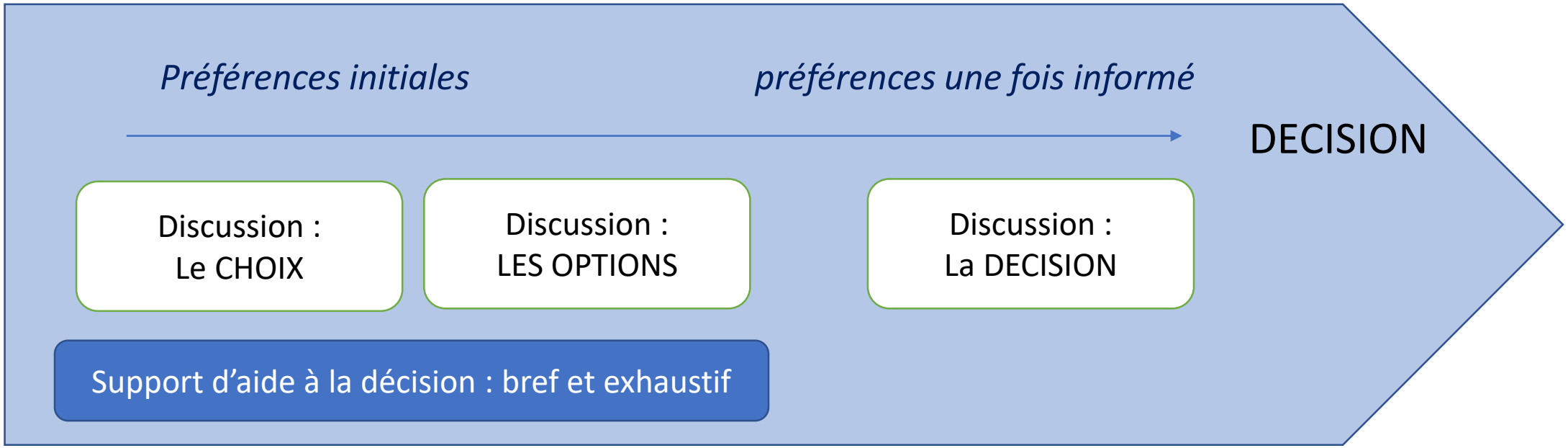
De l’importance des mots (1,2,3)



- “Shared Decision Making”
- “Décision Médicale Partagée”
- “Prise de décision Partagée”

- 1. HAS. Patient et professionnels de santé: décider ensemble. 2013
- 2. Emmanuel et al.,. *JAMA 1992*
- 3. Elwyn G et al., *Journal of general internal medicine 2012*

Le processus de décision partagée (1,2,3,4)



- 1. Spatz ES et al., *JAMA 2017*
- 2. Kunneman M.l et al.,. *Acad Emerg Med 2016*
- 3. Charles C et al., *Soc Sci Med 1997*
- 4. Elwyn G et al., *Journal of general internal medicine 2012*

Idées reçues

- Je pratique déjà

La décision partagée

- Je pratique déjà

La décision partagée

Je pratique déjà La décision partagée (1)

Seuls 43 % des patients impliqués (France) (2)
Seuls 17,4% des hommes ayant eu un dosage du PSA (Etats-Unis) (3)

Plus le niveau de connaissance des patients est élevé, plus la prise de décision partagée est mise en place (4)
Non respect des trois étapes par les cliniciens : 50% des cas(4)

1. Legare F et al., Patient Educ Couns. 2014
2. 2. Couillerot-Peyrondet AL et al., Rev Epidemiol Sante Publique 2011
3. 3. Stacey A. et al., Ann Fam Med March/April 2018
4. 4. Wyatt, KD et al., Implementation science 2014

- Tous les patients ne veulent pas être impliqués

- Tous les patients ne veulent pas être impliqués

Tous les patients ne veulent pas être impliqués (1)

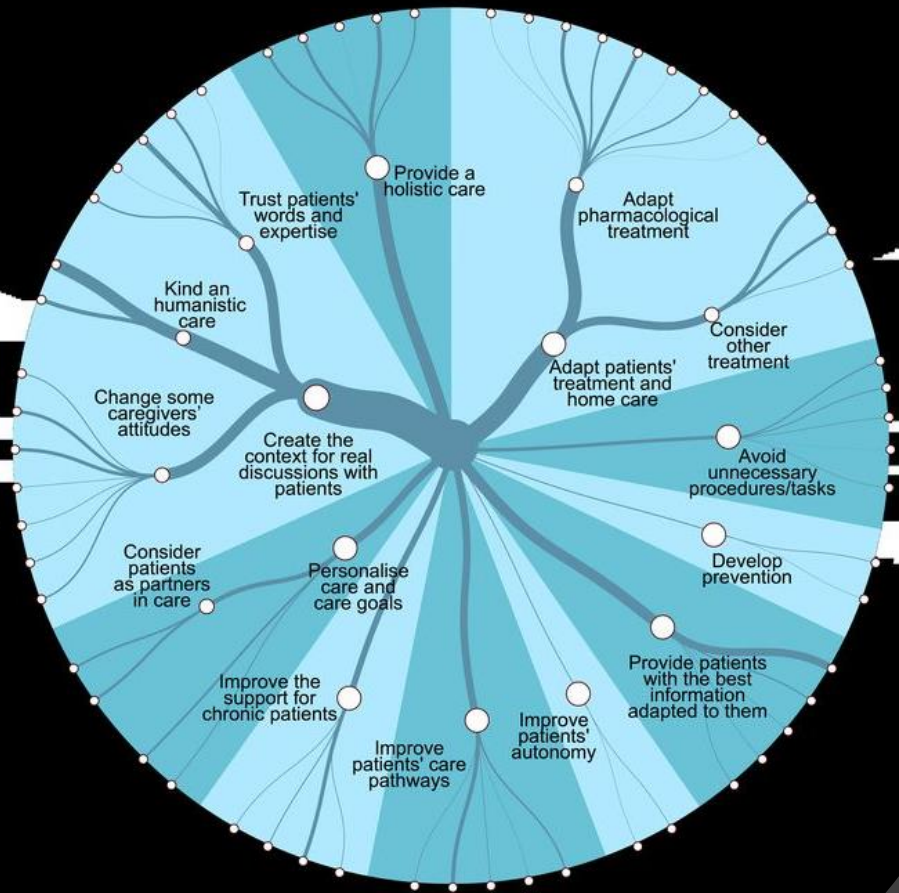
De nombreux patients *ne participent pas* à la décision médicale partagée par *volonté* (2)
De nombreux patients *ne peuvent pas* participer à une prise de décision partagée (3,4,5)

ne pas vouloir déranger le médecin

peur d'endosser la responsabilité d'une "mauvaise décision"

volonté d'être un "bon patient" (qui serait passif et compliant)

1. Legare F et al., Patient Educ Couns. 2014
2. 2. Joseph-Williams et al., Patient Educ Couns. 2014
3. 3. Legare F et al., Patient Educ Couns. 2008
4. 4. Beach MC, JAMA 2019
5. 5. Joseph-Williams et al., BMJ 2017

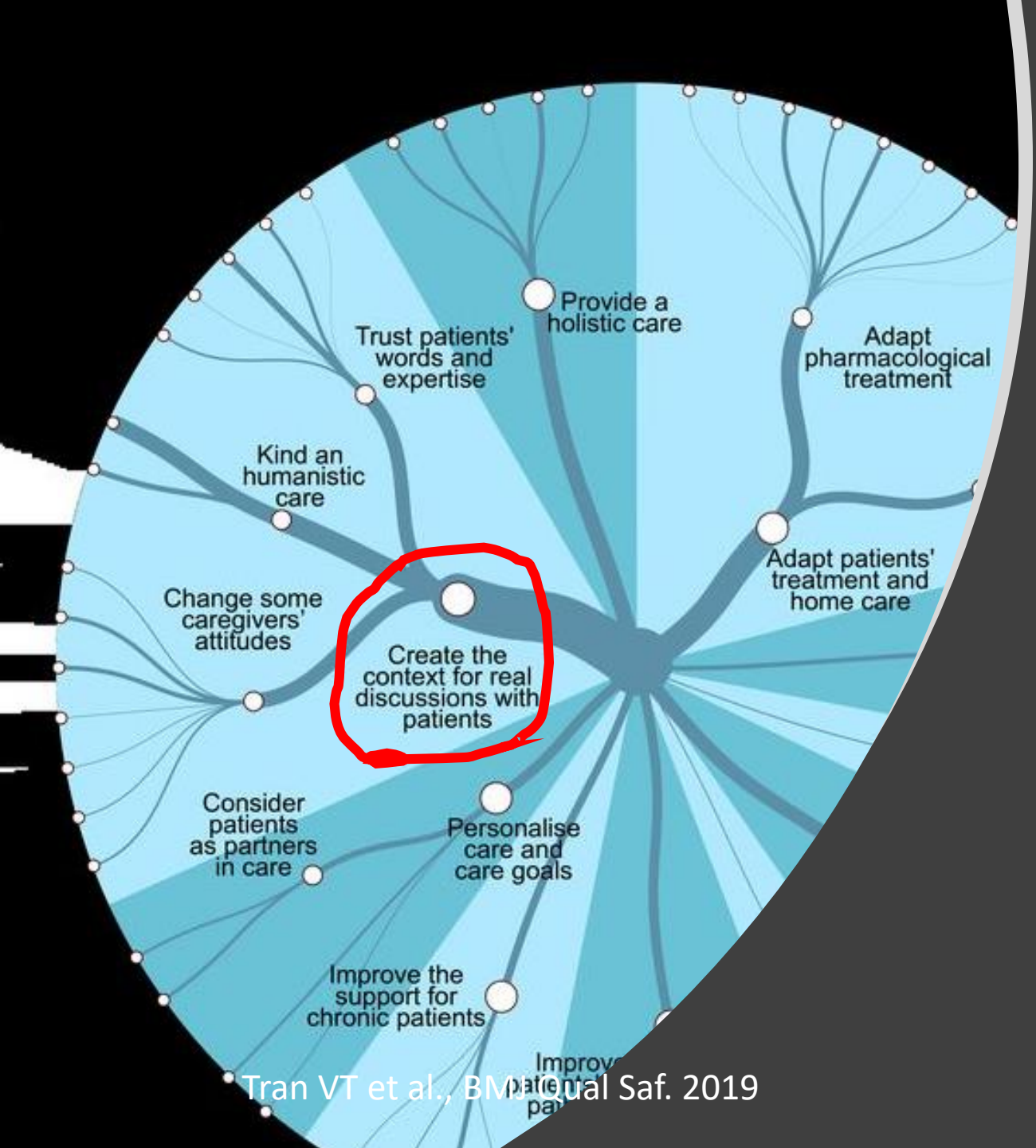


Tran VT et al., BMJ Qual Saf. 2019

Tous les patients ne veulent pas être impliqués (1)

Total de 2941 idées formulées par 1636 patients(1)

Sous-groupe d'idées pour améliorer le système de santé au niveau de la "consultation": = 1701 idées formulées par 838 patients



Tran VT et al., BMJ Qual Saf. 2019

Tous les patients ne veulent pas être impliqués (1)

Total de 2941 idées formulées par 1636 patients(1)

Sous-groupe d'idées pour améliorer le système de santé au niveau de la "consultation": = 1701 idées formulées par 838 patients

La prise de décision médicale partagée demande trop de temps

La prise de décision médicale partagée demande trop de temps

La prise de décision médicale partagée demande trop de temps (1)

2017 (2)

10 études sur 105 incluses

groupe intervention
= 24 minutes [3,8-68,3]

groupe contrôle
= 21 minutes [4,2-65,7]

⇒ différence + 2,6 minutes [-0,4-23]

2019 (3)

13 études sur 25 incluses

9 = pas de différence significative
3 = temps plus long
1 = temps plus court

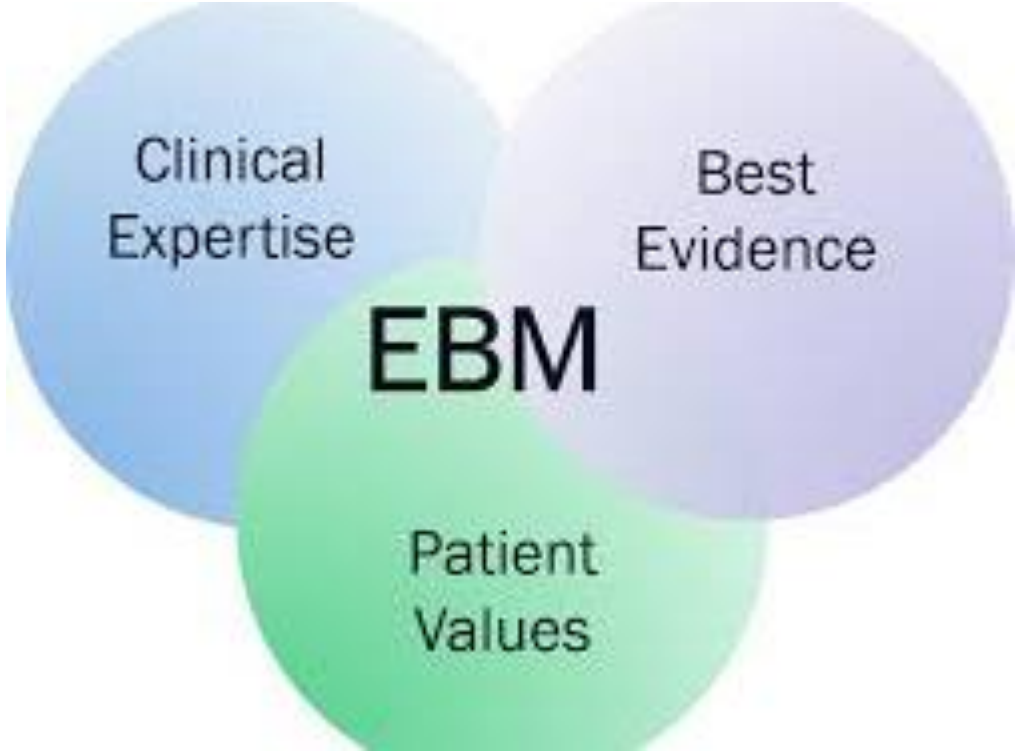
1. Legare F et al., Patient Educ Couns. 2014
2. 2. Stacey D et al., Cochrane Database Syst Rev 2017
3. 3. Dobler CC et al., BMJ Qual Saf 2019

“ La prise de décision partagée est une pratique avancée de l’approche centrée sur le patient ”

“ La prise de décision partagée est une pratique avancée de l’approche centrée sur le patient ”

La prise de décision partagée est une pratique avancée de l'approche centrée sur le patient (1)

- 1 Barry MJ, Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 2012
- 2. Kunneman M. et al., BMJ Quality & Safety 2017
- 3. Stewart M. et al., 3rd ed. Oxon: Radcliff medical press, 2014
- 4. Richard C & Lussier M-T. et al., Exercer 2019
- 5. Hoffman TC. et al., JAMA 2014



Estimation du risque cardio-vasculaire à 10 ans selon D'Agostino et Score

Date : 08/03/2020
Monsieur Myself
Age : 47 ans
Risque lié au pays : Faible

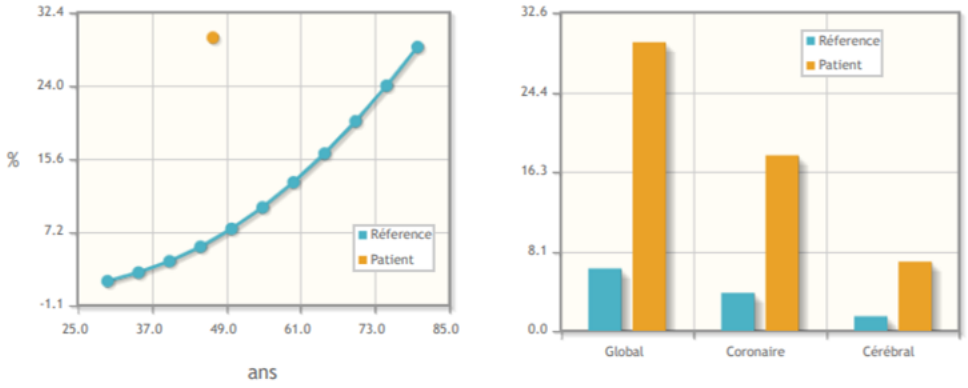
Cholestérol total : 280 mg/dl
HDL-cholestérol : 62 mg/dl
TA systolique : 142 mmHg
HTA traitée : Non
Tabac : Oui
Diabète : Oui

Risque à 10 ans selon D'Agostino
Morbidité et mortalité CV
(population d'étude américaine)
Patient : 29.6 %
Réference : 6.4 %
Le risque est considéré élevé si >20%
D'Agostino et al. Circulation. 2008 ;117(6):743-53

Risque à 10 ans selon SCORE
Mortalité CV uniquement
(population d'étude européenne)
Patient : 2.4 %
(diabète non pris en compte dans Score)
Le risque est considéré élevé si > 5%
Conroy et al, Eur Heart J. 2003 Jun;24(11):987-1003

Pour la population française, le risque indiqué par D'Agostino doit être divisé par 2 environ (Vergnaud 2008)

Risque CV à 10 ans selon D'Agostino



Bénéfices liés au contrôle des facteurs de risque

La normalisation du cholestérol réduit le risque de **15 %**
La normalisation de la tension réduit le risque de **19 %**
L'arrêt du tabac réduit le risque de **44 %**

Un exemple d'outil d'aide à la décision

cardiorisk.fr

Un exemple d'outil d'aide à la decision : cardiorisk.fr

Estimation du risque cardio-vasculaire à 10 ans selon D'Ago

Date : 08/03/2020

Monsieur Myself

Age : 47 ans

Risque lié au pays : Faible

Cholestérol total : 280 mg/dl

HDL-cholestérol : 62 mg/dl

TA systolique : 142 mmHg

HTA traitée : Non

Tabac : Oui

Diabète : Oui

Risque à 10 ans selon D'Agostino

Morbidité et mortalité CV

(population d'étude américaine)

Patient : 29.6 %

Réference : 6.4 %

Le risque est considéré élevé si >20%

D'Agostino et al. Circulation. 2008 ;117(6):743-53

Risque à 10 ans selon SCORE

Mortalité CV uniquement

(population d'étude européenne)

Patient : 2.4 %

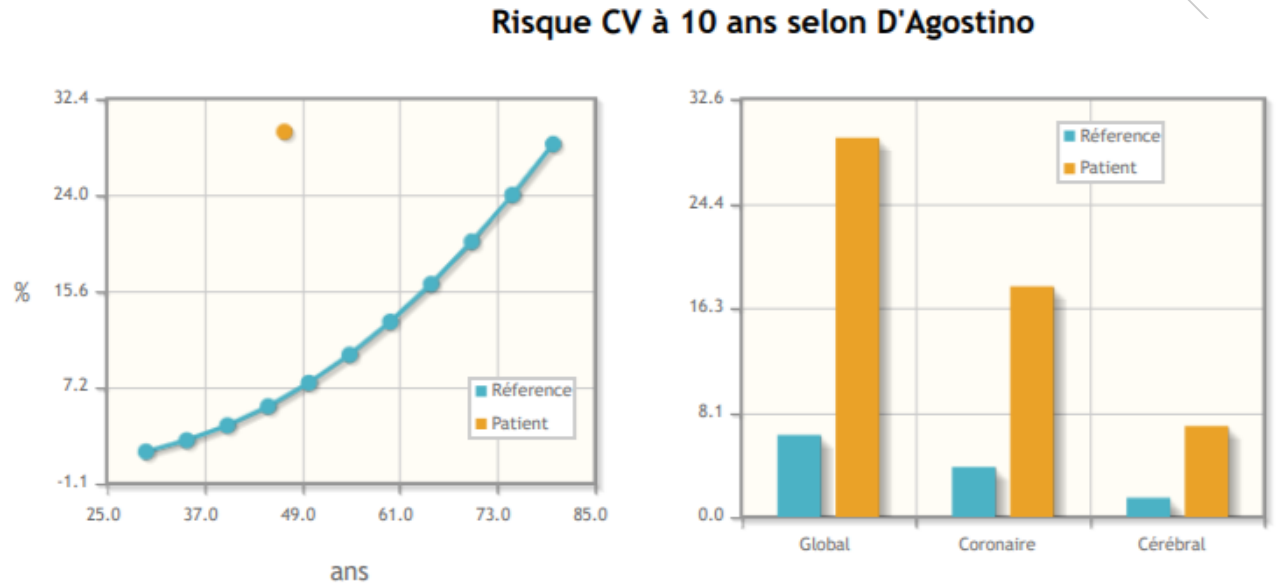
(diabète non pris en compte dans Score)

Le risque est considéré élevé si > 5%

Conroy et al, Eur Heart J. 2003 Jun;24(11):987-1003

Pour la population française, le risque indiqué par D'Agostino doit être divisé par 2 environ (Vergnaud 2008)

Un exemple d'outil d'aide à la decision : cardiorisk.fr

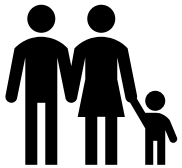


Bénéfices liés au contrôle des facteurs de risque

La normalisation du cholestérol réduit le risque de **15 %**
La normalisation de la tension réduit le risque de **19 %**
L'arrêt du tabac réduit le risque de **44 %**

Demandez le programme !

- 9h30 – 10h15 : « Partager avec qui ? » Pr Pierre Girier, Pr Yves Zerbib



- 10h30- 10h50 : « Prise de décision partagée dans la rencontre professionnel de santé / usager : état des lieux et perspectives de recherche » Dr Nora Moumjid Ferdjaoui

- 10h50 – 11h10 : « Je veux / je ne veux pas » Pr Mohamed Saoud, psychiatre

- 11h10 – 11h30 : « Informations délivrées par les institutions, aide à la décision ou propagande ? » Pr Rémy Boussageon, Médecin Généraliste

- 11h30 – 11h50 : « Comment la démarche clinique d'approche centrée optimise la décision médicale partagée ? » Pr Alain Moreau, Médecin Généraliste

- 11h50 – 12h : Plénière discussion : Pr Laurent Letrillart et Pr Yves Zerbib

- 14h – 14h20 : « La décision médicale à l'épreuve de la pluri professionnalité » Dr Pascal Dureau, maison de santé pluri-professionnelle de Vénissieux.
- 14h20 – 14h40 : « Décision partagée : place du pharmacien » Céline Prunet Spano, MCU pharmacie
- 14h40 – 15h : « Efficacité des outils numériques d'aide à la décision dans le contexte du dépistage du cancer du sein ? » Alice Le Bonniec, psychologue de la santé
- 15h – 15h20 : « La relation du soin : une injustice épistémique ? » Brenda Bogaert, philosophe
- 15h20 – 15h40 : « La décision en prévention cardiovasculaire primaire : est-elle jamais partagée ? » Pr François Gueyffier, Cardiologue et pharmacologie clinique
- 16h – 16h30 : Synthèse de clôture