

Décision médicale partagée: Est-ce possible?

Dr I. Guessous, SMPR
Pre S. Hurst, institut de bioéthique, UNIGE
Drs Jean-Paul Humair et N. Junod Perron, SMPR
Drs D. Lefebvre, A. Rieder, J. Sommer, médecins MPR

Colloque MPR 21 avril 2010

Quels sont les ingrédients?



Objectifs d'apprentissage

- **Objectifs**
- Connaître le rationnel, l'utilité et les enjeux de la décision médicale partagée
- Se familiariser avec les notions de probabilité, risque, bénéfice
- Connaître les différents moyens de communiquer le risque au patient
- Identifier et pratiquer des outils/stratégies de communication utiles pour discuter du risque avec ses patients

Décision médicale partagée : rationnel, définition et enjeux

Drs. J.P Humair, SMPR
I. Guessous, Unité d'épidémiologie
populationnelle, SMPR

Décision médicale informée

Processus décisionnel dans lequel l'individu:^{1,2}

- comprend la nature de la maladie ou du problème médical
- comprend les enjeux de l'intervention clinique & ses conséquences, notamment les risques, bénéfices, alternatives & incertitudes
- a considéré ses préférences et valeurs concernant les risques et bénéfices de l'intervention
- a participé à la décision au niveau personnel désiré
- prend une décision basée sur ses préférences et valeurs ou repousse sa décision

Décision médicale partagée

Décision médicale informée dans laquelle ^{1,2}

- le patient et le professionnel de santé participent à la décision
- dans un contexte clinique

Décision médicale partagée: Pourquoi?

5 aspects de la décision médicale partagée:²

- éthique: autonomie du patient
- inter-personnelle: relation de confiance
- pédagogique: meilleures connaissances
- utilitaire: intégration des préférences personnelles
- sanitaire: incertitude sur amélioration de la santé

Décision médicale partagée: Perspective du patient

- Volonté de participation du patient essentielle:²
 - 19-68% patients intéressés
 - Plus d'intérêt si jeune et haut niveau éducation
- Obstacles à participation du patient:
 - Incompréhension du problème médical & risque
 - Jargon médical
 - Distinction peu claire entre résolution du problème clinique et décision médicale
 - Incompréhension d'une décision à prendre
 - Groupe ethnique qui ne valorise pas autonomie
 - Crainte d'une issue défavorable à la décision

Décision médicale partagée: Perspective du médecin

- Volonté de participation du médecin essentielle:²
- Obstacles à participation du médecin:
 - Compétences en technique d'entretien
 - Connaissances des données scientifiques
 - Accès aux données scientifiques et recommandations
 - Gestion du temps
 - Multiples problèmes cliniques
 - Coûts et remboursement

Risque: concept (1)

Risque :

nombre de nouveaux cas survenant durant *un intervalle de temps T*

ensemble de la population (considérée) *sans cas à l'origine et suivie durant un intervalle de temps T*

Risque = I/N durant période ΔT = proportion = **PROBABILITE**

Risque: concept (2)

Risque = I/N durant période ΔT = proportion (0-1, 0%-100%)
= **PROBABILITE** (0-1, 0%-100%)

Probabilité de cancer de la prostate d'un individu = 0 ou 1

Réponse **la plus juste** mais insuffisante en terme de santé

Dr No: * Monsieur Philippe Jean, votre risque d'avoir un cancer de la prostate dans les 10 ans à venir est soit 0% soit 100% *

Risque: concept (3)

→ Temps

1
0

Phillipe Jean

Risque: concept (4)

Messieurs Jean

Risque: concept (5)

En général, nous souhaitons estimer le risque de Philippe Jean de développer une maladie dans l'intervalle de temps T

Risque: concept (6)

La population de M. Jean est utilisée pour dériver le risque individuel de Philippe Jean ($\sum 1/N$ Jean)

Condition: Philippe Jean doit être *extrêmement semblable* aux messieurs Jean *sans être exactement* des messieurs Jean

Risque relatif, risque absolu

- > Mesure de fréquences : prévalence, risque, taux
- > Mesure d'associations : comparaisons
 - ratio: risque relatif, odds ratio
 - différence de risque
- > **Risque relatif** : utile pour mesurer association & établir causalité
- > **Différence de risque**: En terme de santé publique et santé individuelle, le risque absolu et *la différence de risque absolu* sont souvent plus pertinents

Risque relatif, risque absolu, différence de risque (1)

Exemple: risque de cancer

	Canton (GE vs VD)	Tabac (oui vs non)	Café (oui vs non)	Alcool (oui vs non)
Risque groupe 1	1% (0.01)	0.5% (0.005)	5% (0.050)	5% (0.050)
Risque groupe 2	1% (0.01)	0.1% (0.001)	4.6% (0.046)	1% (0.010)
Risque relatif	1	5	1.087	5
Différence de risque	0% (0.000)	0.4% (0.004)	0.4% (0.004)	4% (0.040)

Risque relatif, risque absolu, différence de risque (2)

Dr No 1: Mr Jean votre risque est 5x plus élevé
 Dr No 2: Mr Jean, votre risque augmente de 0.1 à 0.5%

	Canton (GE vs VD)	Tabac (oui vs non)	Café (oui vs non)	Alcool (oui vs non)
Risque groupe 1	1% (0.01)	0.5% (0.005)	5% (0.050)	5% (0.050)
Risque groupe 2	1% (0.01)	0.1% (0.001)	4.6% (0.046)	1% (0.010)
Risque relatif	1	5	1.087	5
Différence de risque	0% (0.000)	0.4% (0.004)	0.4% (0.004)	4% (0.040)

Haute importance étiologique, faible importance en santé individuelle/publique

Risque relatif, risque absolu, différence de risque (3)

Dr No 1: Mr Jean votre risque est 5x plus élevé
Dr No 2: Mr Jean, votre risque augmente de 1 à 5%

	Canton (GE vs VD)	Tabac (oui vs non)	Café (oui vs non)	Alcool (oui vs non)
Risque groupe 1	1% (0.01)	0.5% (0.005)	5% (0.050)	5% (0.050)
Risque groupe 2	1% (0.01)	0.1% (0.001)	4.6% (0.046)	1% (0.010)
Risque relatif	1	5	1.087	5
Différence de risque	0% (0.000)	0.4% (0.004)	0.4% (0.004)	4% (0.040)

Haute importance étiologique, haute importance en santé individuelle/publique

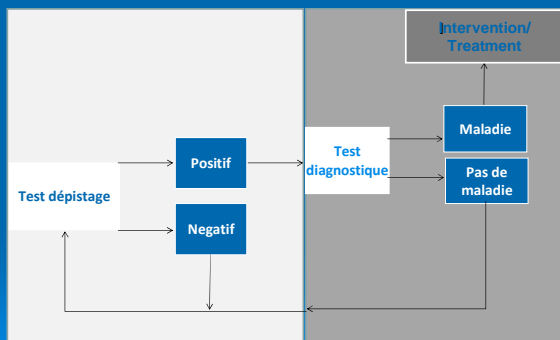
Nombre de personnes à traiter

Le risque absolu et la différence de risque absolu sont utilisés pour déterminer le *nombre de personnes à traiter* (*number needed to treat = NNT*)

$NNT = 1/\Delta$ risque absolu

L'information sur l'efficacité d'une intervention a été démontrée *plus persuasive* lorsque le risque relatif est utilisé comparé au risque absolu (et/ou NNT)

Dépistage: Plus qu'un simple test...³

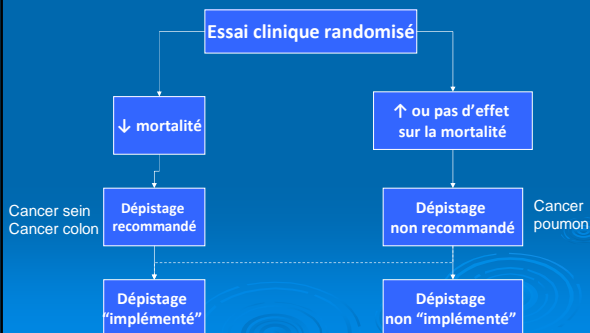


Dépistage: Performance du test

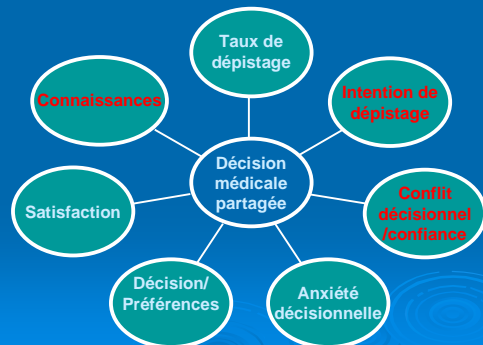
	<i>Ca prostate +</i>	<i>Ca prostate -</i>	
PSA > 4	35	80	115
PSA ≤ 4	115	770	885
	150	850	1000

- Sensibilité: capacité du test à identifier la maladie
 $Se = VP/VP+FN = 35/150 = 23\%$
- Spécificité: capacité du test à identifier absence de maladie
 $Sp = VN/FP+VN = 770/850 = 91\%$
- Valeur prédictive +: probabilité de maladie si test +
 $VPP = VP/VP+FP = 35/115 = 30\%$

Dépistage: Evaluation de l'efficacité

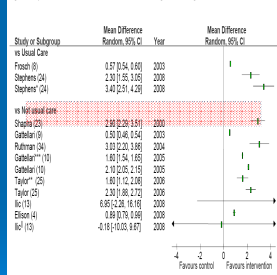


Aides décisionnelles & Décision médicale partagée



Aides décisionnelles: Effets sur les connaissances et le conflit décisionnel

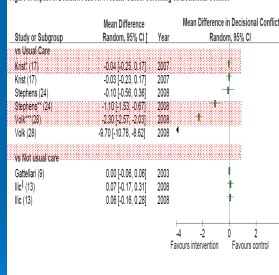
Figure 2. Impact of Decision Aids for Prostate Cancer Screening on Knowledge



Forest plot showing the impact of decision aids on knowledge. The plot compares 'vs Usual care' and 'vs Not usual care' across various studies. The x-axis represents the Mean Difference in Randomized 95% CI, ranging from -4 to 4. Most studies show a positive mean difference, indicating that decision aids improve knowledge compared to usual care.

Essais cliniques sur les effets des aides décisionnelles pour le dépistage du cancer de la prostate en milieu médical

Figure 3. Impact of Decision Aids for Prostate Cancer Screening on Decisional Conflict

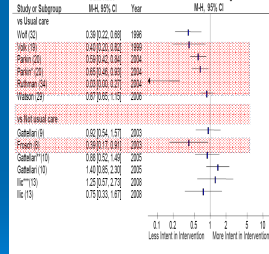


Forest plot showing the impact of decision aids on decisional conflict. The plot compares 'vs Usual care' and 'vs Not usual care' across various studies. The x-axis represents the Mean Difference in Decisional Conflict in Randomized 95% CI, ranging from -4 to 4. Most studies show a negative mean difference, indicating that decision aids reduce decisional conflict compared to usual care.

Essais cliniques sur les effets des aides décisionnelles pour le dépistage du cancer de la prostate en milieu médical

Aides décisionnelles: Effets sur l'intention de dépistage

Figure 4. Impact of Decision Aids for Prostate Cancer Screening on Screening Intention



Forest plot showing the impact of decision aids on screening intention. The plot compares 'vs Usual care' and 'vs Not usual care' across various studies. The x-axis represents the Odds Ratio in Randomized 95% CI, ranging from 0.1 to 10. Most studies show an odds ratio greater than 1, indicating that decision aids increase the intention to be screened compared to usual care.

Essais cliniques sur les effets des aides décisionnelles pour le dépistage du cancer de la prostate en milieu médical

Références

1. Briss & al. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. Am J Prev Med 2004;26:67-80
2. Sheridan & al. Shared decision-making about screening and chemoprevention. A suggestive approach by the USPSTF. Ann Intern Med 2004;26:56-66
3. Guessous I, Paccaud F, Cornuz J. Lung Cancer Screening: Rationale, level of evidence, fundamental principles for interpretation, and ethical considerations. Smoking and Lung Cancer. Nova Publishers (New York), 2009
4. Guessous & al., Effect of Informed Decision Making interventions on prostate cancer screening (in preparation)

Décision médicale partagée: Atelier 2

1. Eléments de connaissance à avoir
2. Outils pour communiquer le risque

Vignette 1

- Patiente de 76 ans, en BSH, hormis des problèmes d'arthrose, consulte son médecin traitant pour des palpitations irrégulières et une légère fatigue évoluant depuis 3 semaines.
- L'examen clinique montre une TA à 158/92, un pouls irrégulier à 104/min, une auscultation cardio-pulmonaire normale sans signes d'insuffisance cardiaque
- ECG: FA

Vignette 1 (suite)

- Le bilan biologique (FSC, électrolytes, fonction rénale, TSH, D-dimères) est normal
- L'échocardiographie montre une cardiopathie hypertensive modérée avec une fraction d'éjection conservée et une dilatation de l'oreillette gauche.
- Selon cardiologue: pas d'indication à cardioversion électrique ou médicamenteuse

Eléments à connaître (1)

- Prévalence de la FA
 - FA non valvulaire: 0.7-1% de la population générale
 - Prévalence augmente avec l'âge
 - 5% de la population > 65 ans
 - 10% de la population > 80 ans
- Morbidité/mortalité de la FA
 - Responsable de 16% des AVC ischémiques
 - Sur 100 AVC ischémiques
 - 25 décès
 - 20 séquelles modérées à sévères
 - 30 séquelles mineures
 - 25 récupération complète

Go AS et al, JAMA 2001; Gage BF et al, Stroke 1998

Eléments à connaître (2)

- Hémorragie sévère sous AC
 - 2.8-4%/patient-an vs 1% avec placebo vs 1.3% avec AAS
 - Morbidité/mortalité de la AC
 - Organe touché: système digestif >> cerveau
 - Sur 100 hémorragies sévères sur AC
 - 80 récupèrent
 - 15 décèdent
 - 5 ont des séquelles

Aspinall et al, JGIM 2005; Arch Intern Med 1994

Facteurs de risque pour l'embolie cérébrale – CHADS 2 -

Paramètres cliniques	Points
Insuffisance cardiaque	1
HTA (antécédents)	1
Age > 75 ans	1
Diabète	1
Prévention secondaire chez patients avec atcds AVC/AIT	2

Gage BF et al, JAMA 2001

Probabilité d'embolie cérébrale – CHADS 2 -

CHADS 2 score	Probabilité d'embolie cérébrale/an
0	1.9%
1	2.8%
2	4.0%
3	5.9%
4	8.5%
5	12.5%
6	18.2%

Gage BF et al, JAMA 2001

Approche individualisée en fonction du profil de la patiente

- Risque estimé d'embolie cérébrale sur FA d'origine non valvulaire
 - CHADS 2
 - <http://www.medhyq.ch/scoredoc/content/view/full/421>
 - Risque d'embolie cérébrale = 4%/an

Approche individualisée en fonction du profil de la patiente

- Risque hémorragique majeur consécutif à un traitement anticoagulant oral chez les patients âgés avec FA

<http://www.medhyg.ch/scoredoc/content/view/full/558>

Risque évalué = 0.9% à 3 mois

- Risque hémorragique majeur sur anticoagulation orale

<http://www.medhyg.ch/scoredoc/content/view/full/65>

Risque évalué = 3% à 12 mois

Score de risque hémorragique majeur pour patients...

Date: 21/4/2010
Nom, prénom: Mme X
Date de naissance: 1939

Age >= 70 ans 0.49129
Sexe féminin 0.31771
Anémie 0
Histoire ancienne de saignement 0
Histoire récente de saignement 0
Diabète 0
Antiaggrégant plaquettaire 0
Abus d'alcool ou de drogue 0
TOTAL 0.81

Risque de saignement majeur à 90 jrs est de 0.9%

Score obtenu à partir d'un registre national de 26435 patients de plus de 65 ans avec FA. Les 3/4 forment le groupe pour l'étude de dérivation, le 1/4 restant pour celle de validation. SSC de la courbe ROC= 0.63 (étude de validation). Cette valeur était supérieure à celles obtenues avec les scores de Bayh et Kuller. Shireman TJ et al. Development of a contemporary bleeding risk model for alderly warfarin recipients. Chest 2006; 130: 1326.

Score de risque d'hémorragie majeure sur anticoagula...

Age >= 65 ans 1
Histoire d'AVC 0
Histoire de saignement digestif 0
Histoire d'infarctus du myocarde récent, ou d'anémie (Hct<30%) ou d'insuffisance rénale (Créat.>130umol/l) ou de diabète 0
TOTAL 1

PROBABILITE D'HEMORRAGIE MAJEURE à 12 MOIS (WELLS) MODERE 4%

Validation externe par Wells
PROBABILITE D'HEMORRAGIE MAJEURE à 12 MOIS (WELLS) MODERE 4%

Validation externe par Aspinall
PROBABILITE D'HEMORRAGIE MAJEURE à 12 MOIS (ASPINAL) MODERE 3%

Score dérivé à partir de 565 patients anticoagulés en raison de chirurgie cardiaque (57%) et mal. Thromboembolique (15%). Validation chez 264 patients traités pour mal. Thromboembolique (47%) et chir. cardiaque (18%). Analyse multivariée des index. SSC de la courbe ROC= 0.78 (données de l'étude de validation).
Bayh R3 et al. Prospective evaluation of an index for predicting the risk of major bleeding in outpatients treated with warfarin. Am J Med 1998; 105: 9.
Validation externe par Wells et al (Arch Intern Med 2003; 163: 917) chez 222 patients traités par anticoagulants pour maladie thromboembolique veineuse exclusivement. Les probabilités étaient nettement plus basses. Il n'y avait pas assez de patients avec 3-4 facteurs de risque pour calculer la probabilité. Autre validation externe par Aspinall et al (J Gen Intern Med 2005; 20: 1008), sur la base des données de 1308 patients, dont près de 50% avec fibrillation auriculaire.

Vignette 1: Résumé

Risque d'embolie cérébrale CHADS 2

Risque d'hémorragie chez pts âgés avec FA et sous AC

Patiente 1

4%

0.9% à trois mois
ou
3% à 12 mois

Vignette clinique 2

- Un homme de 55 ans consulte pour un test de dépistage du cancer de la prostate.
- Il est inquiet d'avoir un cancer de la prostate qui vient d'être diagnostiqué chez son frère de 58 ans
- BSH sans antécédent notable
- Nycturie stable 1x/ nuit sans autre symptôme urinaire

Éléments de décision au dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA en 2010



Cancer de la prostate

- Incidence:
 - Sur la vie 16%
 - A 55 ans 0.8%
 - A 65 ans 4.8%
 - 1^{ère} cause de cancer c/o homme 29.6%
- Mortalité:
 - Sur la vie 3.3%
 - 15.5% des décès par cancers
 - 5^{ème} cause de décès > 45 ans
- Facteurs de risque:
 - Age
 - Anamnèse familiale c/o père / frère
 - Race: Noirs > Européens > Hispaniques, Asiatiques

Dépistage par PSA: Performance du test

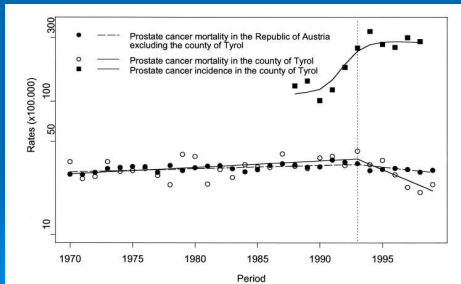
	<u>Ca prostate +</u>	<u>Ca prostate -</u>	
PSA > 4	35	80	115
PSA ≤ 4	115	770	885
	150	850	1000

- Positivité du test = 12%
- Sensibilité = 21% pour Ca agressif = 51%
- Spécificité = 91%
- Valeur prédictive + = 30%
- Taux de détection CA prostate = 3%
- Densité PSA, vélocité PSA, % PSA libre améliorent un peu la performance du test mais implication clinique inconnue
- TR, échographie: dépistage moins performant

Lin Ann Intern Med 2008

Dépistage par PSA: Efficacité (1)

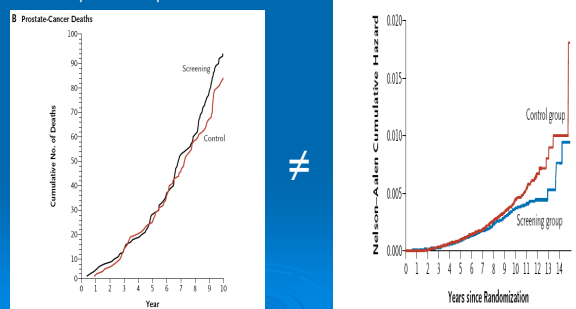
Etude écologique comparant mortalité par cancer prostate entre Tyrol avec programme de dépistage et reste de l'Autriche sans dépistage



Bartsch BJU 2008

Dépistage par PSA: Efficacité (2)

2 essais cliniques (USA & Europe) évaluant l'effet du dépistage par PSA sur la mortalité par cancer prostate



Dépistage par PSA: Efficacité (3)

2 essais cliniques: efficacité PSA pour dépister Ca prostate:

<i>PLCO US (7a)</i>	<i>PSA</i>	<i>contrôle</i>	<i>RR</i>	<i>NNS</i>
Incidence	7.4%	6.1%	1.22	77
Mortalité	0.13	0.11	1.13 NS	NA

Biais contamination ++, puissance insuffisante

<i>ERSPC EU (9a)</i>	<i>PSA</i>	<i>contrôle</i>	<i>RR</i>	<i>NNS</i>
Incidence	8.2%	4.8%	1.70	30
Mortalité	0.29%	0.36%	0.80	1410

Sur-diagnostic de cancers non évolutifs sans manifestation clinique (50%)
NNT = 48 pour éviter 1 décès, problème sérieux randomisation

Efficacité & bénéfices du dépistage indéterminés...!

Andriole NEJM 2009

Schroeder NEJM 2009

Dépistage par PSA: Effets négatifs

- Biopsies prostatique transrectale (15%)
 - bilan invasif, inconfortable
 - Hématurie 6-13%
 - infection urinaire sévère < 2%
 - faux négatifs 10%
- Prostatectomie & radiothérapie:
 - dysfonction érectile 19-27%
 - incontinence urinaire 12-15%
 - sténose urétrale 5-14%
 - décès 0.5%

Lin Ann Intern Med 2008

ACS Guideline CA Cancer J Clin 2010

Dépistage par PSA: Effets négatifs

- Faux négatifs (12%): Fausse réassurance
- Sur-diagnostic:
 - cancers prostate non évolutifs/symptomatiques 22-44%
 - Pour prévenir 1 décès par cancer prostate, il faut traiter 48 hommes avec un cancer dépisté par PSA
- **Effets négatifs du dépistage démontrés**

Lin Ann Intern Med 2008

ACS Guideline CA Cancer J Clin 2010

Dépistage par PSA: Synthèse (1)

- Ca prostate: problème de santé publique important pour les hommes
- Dépistage par PSA permet de détecter des cancers à un stade précoce
- Dépistage par PSA produit des faux positifs et des faux négatifs, manquant certains Ca prostate
- Un taux élevé de PSA implique une biopsie de la prostate, qui peut être douloureuse et causer saignements et infections

ACS Guideline CA Cancer J Clin 2010
USPSTF <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#Recommendations>

Lin Ann Intern Med 2008

Dépistage par PSA: Synthèse (2)

- Efficacité du dépistage par PSA sur mortalité par Ca prostate indéterminée & avis d'experts partagés
- Pour Ca prostate détectés par dépistage, impossible de prédire qui a maladie évolutive bénéficiant d'un traitement
- Traitements du Ca prostate peuvent causer ses troubles urinaires, sexuels digestifs, permanents ou transitoires.
- Hommes avec Ca prostate détecté par dépistage ne requièrent pas tous un traitement immédiat
- Balance bénéfiques / risques incertaine

ACS Guideline CA Cancer J Clin 2010
USPSTF <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#Recommendations>

Lin Ann Intern Med 2008

Dépistage par PSA: Recommandations

- **H > 50-74 ans**, espérance vie ≥ 10 ans
Décision individuelle partagée avec le patient selon bilan individuel des avantages & inconvénients du dépistage par PSA (Recommandation I)
- **H ≥ 75 ans** ou espérance vie < 10 ans
Pas de dépistage par PSA (Recommandation D)

ACS Guideline CA Cancer J Clin 2010
USPSTF <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#Recommendations>

Lin Ann Intern Med 2008

Dépistage par PSA: Décision médicale partagée

Daniel, 63 ans: «J'accorde beaucoup d'importance à un mode de vie sain et équilibré. Je pratique différents sports plusieurs fois par semaine. Je fais régulièrement tester mon taux de cholestérol et ma tension. Je suis d'avis que les maladies devraient être soignées avant qu'elles ne causent des désagréments. Pour cette raison, je fais mesurer mon taux de PSA une fois par année. Je sais que le test du PSA n'est pas infallible mais je suis tout de même soulagé quand j'apprends que mon taux de PSA est normal.»

POUR

CONTRE

Pierre 65 ans: «Parfois, j'ai de la peine à croire que j'ai déjà 65 ans. Je pratique divers sports et ma vie amoureuse est encore bien remplie. Je trouve terrible la perspective de risquer de devenir impuissant ou incontinent suite à un traitement dont je n'aurais éventuellement même pas eu besoin. De plus, même les spécialistes ne savent pas si les mesures de dépistage du cancer de la prostate contribuent à sauver des vies. Raison pour laquelle j'ai choisi consciemment de renoncer aux tests de dépistage.»

Outils pour communiquer le risque

- adjectifs:

European Union verbal descriptors of side effect probability and allocated frequencies

Very common: >10%

Common: 1–10%

Uncommon: 0.1–1%

Rare: 0.01–0.1%

Very rare: <0.01%

P Knapp et al. Qual Saf Health Care 2004 13: 176-180. in <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/band128/b128-6.html>

Pourcentages

Vous avez 2 % de risque de faire une attaque cérébrale à cause de cette arythmie

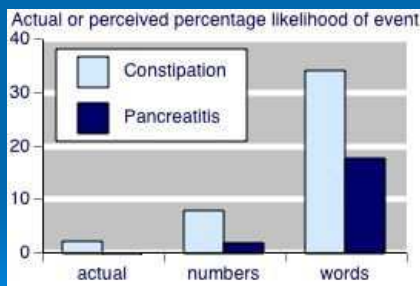
OU

Chaque année, 2 patients sur 100 vont faire une attaque cérébrale à cause de cette arythmie

Pourcentages

- Différences de formulation
 - Chaque année, 2 patients sur 100 qui ont cette arythmie vont faire une attaque cérébrale
 - Chaque année, 98 patients sur 100 qui ont cette arythmie ne vont pas faire d'attaque cérébrale

Risque perçu d'un effet secondaire des statines selon la méthode choisie



P Knapp et al. Qual Saf Health Care 2004 13: 176-180. in <http://www.medicines.ox.ac.uk/bandolier/band128/b128-6.html>

Présentations visuelles

- Graphiques
- Tableaux numériques

Graphiques - histogrammes

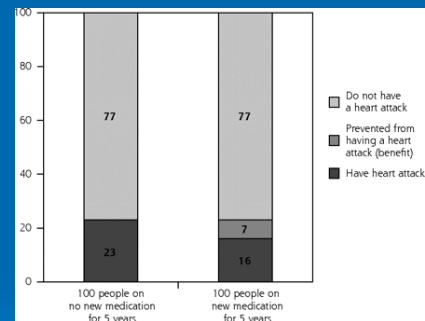
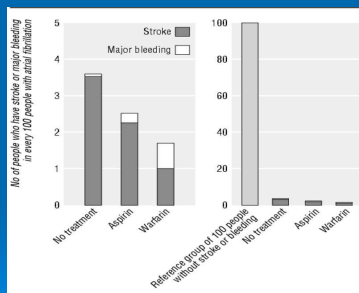


Figure 1. Graphic expression of the risk of heart attack for 100 people over 5 years without and with new medication.

Goodyear-Smith, F et al. *Ann Fam Med* 2008

Tableaux numériques

Fig 3 Paling Palette(C) --for displaying most medical risks with a probability of higher than 1 in 1000.

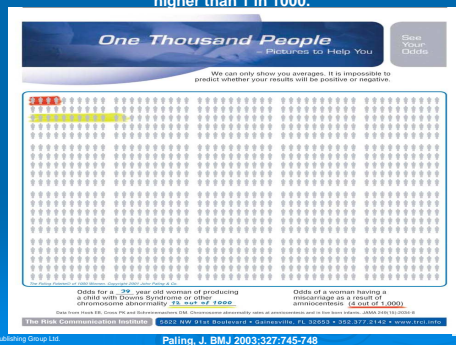
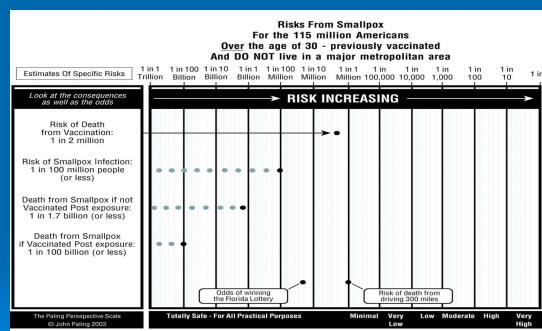


Fig 2 Paling Perspective Scale(C) --for giving perspective to risks of low order of probability.16 From research report by Small P et al17



Résumé I

- La manière dont les médecins communiquent le risque va affecter la perception du risque par le patient
- Compléter les explications verbales des données numériques
- Utiliser des nombres absolus plutôt que des risques relatifs ou des changements en pourcentage
- Présenter les risques en utilisant une perspective positive et négative et utiliser un dénominateur commun

Paling, J. BMJ 2003;327:745-748

Résumé II

- L'utilisation d'aides visuelles autant que possible pour optimiser la compréhension
- L'utilisation de simples aides visuelles peut également améliorer la communication médecin-patient
- S'assurer que le consentement informé du patient repose sur de l'information et non juste sur des données.

Paling, J. BMJ 2003;327:745-748

Décision médicale partagée: Atelier 3

1. Conduite d'un entretien ciblé sur la décision médicale partagée

Guide d'entretien (1)

- Inviter le patient à participer à la décision
- Décrire l'enjeu de la décision
Décider de prendre HRT pour réduire les bouffées de chaleur
- Présenter les options
A choix: x, y, ou rien du tout
- Discuter les représentations du patient
Je veux pas faire des prises de sang régulières
J'ai peur de faire une attaque
Je ne peux pas imaginer devenir incontinent
Mon oncle est décédé d'un cancer de la prostate dans des conditions très pénibles

Braddock J Gen Intern Med 1997 Braddock JAMA 1999

Guide d'entretien (2)

- Discuter les risques et bénéfices médicaux
D'après les connaissances médicales actuelles, voici les avantages et inconvénients de x, y pour vous
- Discuter les incertitudes
Il n'est pas certain que vous développerez x maladie/complication
- Vérifier la compréhension du patient
Résumez-moi ce que vous avez compris de notre discussion
- Demander au patient sa préférence
A l'issue de cette discussion, quelle est votre préférence?

Braddock J Gen Intern Med 1997

Braddock JAMA 1999

Liste de sites sur l'aide à la décision

En anglais

- http://www.dhmc.org/webpage.cfm?site_id=2&org_id=108&qsec_id=39685&sec_id=39685&item_id=39685
- <http://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>
- http://www.cancer.org/downloads/PRO/Testing_Prostate.pdf

En français

- <http://decisionaid.ohri.ca/francais/index.html>

Scores cliniques diagnostiques et pronostiques en un clic

http://www.medhyg.ch/mh/formation_et_pratique_en_reseau

Réunis, mis en forme par le Professeur A. Junod