

LA DECISION MEDICALE

(1^{ère} Année de Médecine, Faculté de Médecine de Tlemcen, 2018/2019)

Dr Mohammed El Amine BENAMMAR

OBJECTIFS DU COURS :

- Comprendre la notion de décision médicale et son impact
- Promouvoir l'association des patients à la qualité et à la sécurité de leur prise en charge
- Décrire l'état des connaissances relatives au concept de décision médicale partagée,
- Décrire les outils d'aide à la décision, destinés aux patients, à leur entourage et leurs impacts.

PLAN :

A./ INTRODUCTION

B./ DEFINITION ET PRINCIPES GENERAUX

C./ LES CHAMPS D'APPLICATION

I. MEDECIN ET DECISION MEDICALE

II. LE PATIENT ET DECISION MEDICALE

a. CROYANCES ET REPRESENTATIONS

b. LES PREFERENCES

c. LES CONTRAINTES

d. INTERNET

III. LES PROCHES ET LA DECISION MEDICALE

IV. LA DECISION MEDICALE PARTAGEE

a. MODELE POUR LA PRISE DE DECISION PARTAGEE

b. INTERET DE LA PRISE DE DECISION PARTAGEE

1. Intérêt pour le patient

2. Intérêt pour la discipline Médecine générale

c. LES VALEURS DU PATIENT OU CE QUI COMPTE VRAIEMENT POUR LUI

d. LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION

1. Définition et rôle

2. Un contenu centré sur la décision à prendre

H./ CONCLUSION

A./ INTRODUCTION :

La relation médecin-malade implique une prise de décision médicale intégrative dont il faut explorer tous les aspects.

La décision médicale tient compte de plusieurs facteurs :

- Les connaissances scientifiques du médecin et ses compétences
- Son expérience clinique
- Les croyances et résistances du patient et son entourage
- Les contraintes et les attentes de ces derniers.

B./ DEFINITION ET PRINCIPES GENERAUX :

Les patients et les médecins ont des expertises différentes quand il faut prendre des décisions médicales importantes. Alors que le médecin possède les informations concernant la maladie, les examens complémentaires et les traitements, le patient lui maîtrise les informations concernant son corps, ses conditions, ses buts pour sa vie et pour sa santé. C'est seulement en collaborant et en prenant les décisions ensemble que l'idéal de la médecine fondée sur les preuves peut être atteint. Ce processus de partage des actions de prise de décision implique de développer un partenariat fondé sur l'empathie, d'échanger les informations à propos des options possibles, d'en délibérer en considérant les conséquences potentielles de chacune d'entre elle et de prendre la décision de manière consensuelle. Ce processus (parfois appelé prise de décision centrée sur le patient, prise de décision empathique ou prise de décision partagée) demande le meilleur du système de soin, du médecin et du patient et, de ce fait, reste un idéal.

C./ LES CHAMPS D'APPLICATION :

Dès qu'un problème, une situation présente deux options ou solutions au moins, pour lesquelles le rapport bénéfice / risque peut sembler équivalent ou dépend fortement des valeurs du patient et de sa famille ou n'est pas bien mesurable, on se trouve en situation favorable à une prise de décision partagée.

Avant de parler de cette approche, essayons de comprendre le modèle vertical où la prise de décision est du domaine exclusif du médecin, du patient ou de son entourage.

I. MEDECIN ET DECISION MEDICALE

Le médecin conçoit la maladie comme un dysfonctionnement organique voir psychique. Son rôle dans cette situation consistera à établir un diagnostic conforme à une démarche clinique reproduisant les étapes d'une démarche scientifique.

La démarche clinique aboutit à un choix thérapeutique conforme à des données scientifiques prouvées.

Il se trouve que l'accélération et le volume des données scientifiques ont un impact sur la décision médicale imposant au médecin une actualisation permanente.

Dans ce type de démarche, le médecin adopte une approche purement objective détachée de toute autre considération.

Il est un technicien prestataire de service alors que le patient est enfermé dans le rôle de spectateur de sa propre prise en charge.

II. LE PATIENT ET DECISION MEDICALE :

La prise de décision médicale est l'un des aspects importants de la relation soignant soigné.

La nature de la relation médicale est fonction du degré de contrôle exercé par le patient sur la prise de décision lors d'une consultation.

Le patient est capable d'exercer une influence sur la prise de décision. Cette aptitude est repérable par rapport aux possibilités de ce dernier à :

- Exposer convenablement ces symptômes
- Faire connaître ses attentes et ses valeurs
- Partager ses visions par rapport à la santé d'une façon générale et aux soins qui lui sont proposés spécialement.

La décision concernant la santé du patient doit être en conformité avec ces attentes et représentations :

a. CROYANCES ET REPRESENTATIONS :

Lorsqu'il s'agit de proposer un traitement à un patient, ce dernier a sa manière de se le représenter :

- Peur de survenue d'effets secondaires, de leur ampleur, de leur type, de la dépendance, de la perte de contrôle etc... (exemple : les antidépresseurs rendent stériles)
- **La conséquence en est la diminution des doses voire l'arrêt du traitement.**

b. LES PREFERENCES :

Ils concernent essentiellement les formes galéniques et les voies d'administration. (Peur de la forme injectable, des suppositoires, préférence des gouttes...)

c. LES CONTRAINTES :

Elles peuvent être :

- **Religieuses** : Pendant le ramadhan, les diabétiques par exemple refusent de prendre leur traitement le jour.
- **Conjugales** : Certaines femmes prennent leur traitement en cachette de leur époux par peur d'être répudiées.
- **Professionnelles** : Les chauffeurs routiers par exemple ne peuvent pas prendre des traitements qui donnent de la somnolence.

Les contraintes ont une influence négative sur l'assiduité de la prise médicamenteuse.

d. INTERNET :

Dr Google ou les forums de discussion entre patients peuvent constituer une source importante d'informations sur les valeurs, les attentes et les croyances mais aussi de la désinformation.

III. LES PROCHES ET LA DECISION MEDICALE :

Dans notre pays, la famille occupe une place importante dans la vie de l'individu, dans toutes les étapes de son existence. En matière de santé elle est incontournable.

Dans l'espace familial, les symptômes sont observés, les recours aux soins sont décidés et les propositions thérapeutiques sont soit acceptées et donc appliquées soit contestées et donc rejetées.

Face à la maladie, la famille se mobilise, du moins au début. C'est un moment où les liens se resserrent autour du projet de soin :

- Batailler pour avoir un rendez-vous,
- Se débrouiller le médicament qui manque,
- Organiser les déplacements vers les lieux de soin,
- Soutenir le malade sans lâcher prise, etc...

Ce qui est reconnu d'une façon incontestable est que :

- La famille est le premier centre de formation de la santé : lieu d'apprentissage et de formation, espace de premières acquisitions en matière de santé.
- L'équilibre familial est fortement modifié en cas de maladie grave.
- La famille influence le recours aux soins : selon son niveau, elle peut croire aussi bien à la médecine moderne qu'à la médecine traditionnelle (à laquelle elle a souvent recours) voire à la sorcellerie et aux « djins ».

Le chef de famille est, parfois le seul centre de décision pour tout le reste de la famille, il faut donc :

- Insister pour voire le malade seul en tête-à-tête
- Prendre son avis sur le fait que le chef de famille prenne sa place dans la décision
- Avoir recours à un collègue du même sexe que le patient le cas échéant.

Quels sont les attentes et les représentations :

- Les croyances de chaque membre de la famille évoluent avec celle des autres, on parle de système de croyance familiale.
- Cela a pour conséquence un impact sur la façon de voir et d'interpréter un problème de santé et sur les orientations des comportements de soins.

IV. LA DECISION MEDICALE PARTAGEE :

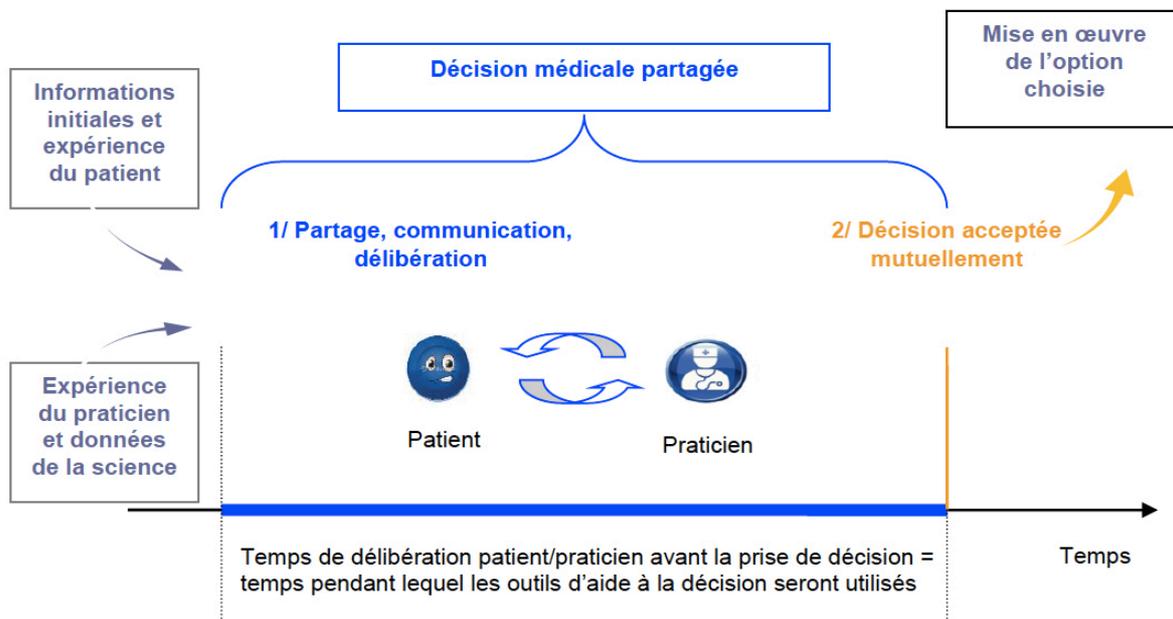
La décision médicale partagée est une codécision qui intervient après une parfaite information et une collaboration totale du patient.

Il s'agit d'impliquer le patient dans les décisions thérapeutiques qui le concernent :

- Lui présenter les options avec les bénéfices et les risques,
- Évaluer les valeurs, les préférences et le contexte de vie du patient,
- Prendre avec le patient la décision la plus adaptée.

Classiquement les grands domaines de la prise de décision partagée sont :

- Les dépistages systématiques avec toute leur problématique de sur-diagnostic et de sur-traitement pour un bénéfice pas toujours clair,
- Les traitements de maladies chroniques ou de facteurs de risque (diabète, hypertension hypercholestérolémie...) pour lesquels les choix thérapeutiques peuvent être variés,
- Les options thérapeutiques exclusives l'une de l'autre comme par exemple, l'alternative entre l'angioplastie et le traitement médical de l'angine de poitrine, ou le choix entre la mastectomie et la tumorectomie avec radiothérapie dans le traitement du cancer du sein ou encore le choix entre infiltrations, chirurgie ou physiothérapie dans le syndrome du canal carpien par exemple.
- Le choix d'une contraception, d'un traitement antidépresseur, etc.



De très nombreuses questions peuvent entrer dans ce cadre et nombre d'entre-elles se posent en médecine générale.

Ce qui n'y entre pas (mais n'empêche pas malgré tout de rechercher l'adhésion du patient en lui expliquant les choses) ce sont les situations où il n'y a pas vraiment d'options et dont les bénéfices sont importants par rapport aux risques. Exemple :

- Une pyélonéphrite doit être traitée par antibiotiques,
- Un patient faisant un infarctus doit être hospitalisé en urgence,
- Une fracture doit être réduite, etc.

a. **MODELE POUR LA PRISE DE DECISION PARTAGEE :**

Le modèle académique d'ELWYN est une référence. Il s'agit d'un modèle séquencé par trois étapes :

1. **Étape 1 : informer** le patient du fait qu'il y a des options et lui proposer de les discuter pour décider ensemble de celle qui sera meilleure pour lui
2. **Étape 2 :** présenter au patient les **options possibles** avec leurs bénéfices et leurs risques,
3. **Étape 3 :** prendre avec le patient une **décision en accord avec les valeurs / attentes / possibilités** du patient.



Discussion d'équipe	Elle sert à faire prendre conscience au patient qu'il existe plusieurs options de traitement ou de dépistage et que le médecin tiendra compte de ses préférences.
Discussion d'options	Une fois le partenariat établi par la discussion d'équipe, c'est le moment de décrire, discuter et explorer chaque option de traitement. Les outils d'aide à la décision y prennent toute leur place.
Discussion de décision	C'est le moment de clarifier ce qui compte le plus pour le patient et d'arriver avec lui à une décision

Une idée simple est très intéressante en pratique car elle permet aux patients de se préparer à l'idée de participer à une décision et favorise la pratique de la PDP par le médecin est affichée dans certaines consultations médicales.

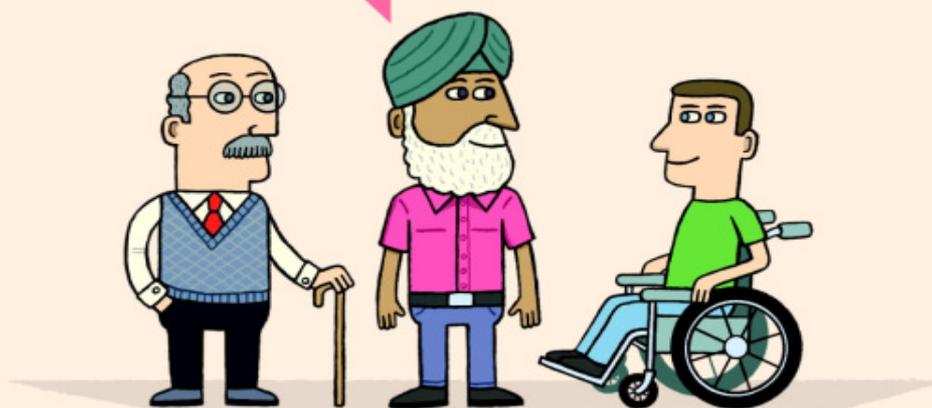
Ask 3 Questions

Sometimes there will be choices to make about your healthcare. If you are asked to make a choice, make sure you get the answers to these 3 questions:

what are my **options**?

what are the possible **benefits** and **risks**?

how can we make a decision **together** that is **right for me**?



MAGIC 
Making good decisions in collaboration

We want to know what's important to you

Les patients sont invités donc à poser trois questions :

- Quelles sont mes options ?
- Quels sont les bénéfices et les risques possibles ?
- Comment pouvons-nous prendre ensemble une décision qui soit bonne pour moi ?

b. INTERET DE LA PRISE DE DECISION PARTAGEE :

1) Intérêt pour le patient :

La PDP n'est pas une panacée mais ses intérêts sont multiples. Seuls les outils d'aide à la décision des patients ont été explorés sérieusement.

- Il existe des preuves de **haute qualité** que les aides à la décision comparées aux soins habituels améliorent la connaissance des gens concernant les options, réduit leurs conflits décisionnels liés au sentiment d'être mal informés et de ne pas clarifier leurs valeurs personnelles.
- Il existe des preuves de **qualité modérée** que les aides à la décision comparées aux soins habituels entraînent les gens à un rôle plus actif dans la prise de décision, et qu'elles améliorent la perception de risques précis quand des probabilités sont comprises dans les aides à la décision par rapport à celles n'en contenant pas.
- Il existe des preuves de **moindre qualité** que les aides à la décision améliorent l'adéquation entre l'option choisie et les valeurs du patient. Il existe malgré tout plus de preuves dans les études récentes qui montrent une communication patient-praticien améliorée, avec des choix mieux informés et fondés sur les valeurs du patient.
- Les outils d'aide à la décision réduisent le nombre de personnes qui choisissent les options chirurgicales à froid.
- Toutefois les effets sur l'observance de l'option choisie, l'économie entraînée, l'utilisation avec les populations mal lettrées et le niveau de détail nécessaire dans les aides à la décision nécessitent plus d'évaluation.

Dans le même ordre d'idée, d'autres avantages potentiels de cette pratique font l'objet de recherches laissant présager des développements plus qu'intéressants, par exemple :

- Abaisser le niveau d'angoisse ou de dépression chez les **patients traités pour un cancer**
- Améliorer l'observance des **patients asthmatiques**
- Diminuer le **gaspillage médical**
- Améliorer le suivi des **patients diabétiques**, etc...

2) Intérêts pour la discipline Médecine Générale :

La pratique de la PDP présenterait un grand intérêt si elle était incluse dans la formation des médecins généralistes en apportant une méthode solide pour prendre en compte les valeurs du patient. La médecine fondée sur les preuves semble souvent seulement perçue comme une approche scientifique de la médecine. Cet enseignement permettrait d'apporter un réel support à l'approche centrée patients si chère à notre discipline. Cela constituerait sans aucun doute une pierre notable à son édification.

c. LES VALEURS DU PATIENT OU CE QUI COMPTE VRAIEMENT POUR EUX :

« Un des plus grands défis pour améliorer la santé repose dans la difficulté bien documentée et très répandue qu'ont les médecins, quand ils prennent des décisions, à prêter attention à ce qui compte vraiment pour les patients, alors que les différences dans les buts, les préférences, les valeurs et les ressources des patients sont importantes. Entraînés à se concentrer sur la biologie humaine, il est beaucoup plus facile pour eux de se concentrer sur les issues cliniques. »

(Elliott Fisher, directeur de l'institut Dartmouth, a écrit pour l'édition papier d'Option Grid)

On est ici au cœur de la question : prendre une décision partagée c'est se donner les moyens de prendre en compte les valeurs du patient dans la décision ?

C'est une question centrale en médecine générale. Elle devrait y être facilitée par la connaissance intime que le médecin développe des ses patients au fil d'une relation inscrite dans la durée.

d. LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION DES PATIENTS :

1. Définition et rôle :

Les outils d'aides à la décision partagée destinées aux patients (OADP), mais également parfois aux professionnels de santé, sont **des outils qui ne conseillent pas une option plutôt qu'une autre, ni ne remplacent la consultation d'un praticien.**

Elles sont conçues **comme un complément.** Elles préparent le patient à prendre, avec le professionnel de santé, des **décisions éclairées et fondées sur ses valeurs.**

Les OADP visent :

- Rendre explicite la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise ;
- Guider le patient afin qu'il hiérarchise les options disponibles selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences ;
- Présenter les preuves scientifiques concernant la maladie, les options disponibles, dont celle de ne pas traiter, ainsi que les bénéfices et effets indésirables associés, leurs probabilités de survenue et les incertitudes scientifiques ;
- Expliciter les étapes du processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, personnes de confiance, famille, proches).

Certaines aides peuvent s'accompagner d'un **document à destination des professionnels de santé** pour une meilleure implémentation de l'outil patient.

Leurs formats sont divers : document papier, vidéo, outil multimédia interactif, etc. et elles peuvent être utilisées **avant ou pendant une consultation médicale.**

2. Un contenu centré sur la décision à prendre :

Le contenu d'une aide à la prise de décision partagée concerne les points suivants :

- **Clarifier les décisions à prendre, en comprendre les raisons et leur temporalité** (délai possible ou non avant de se décider, décisions successives, caractère réversible ou non de la décision, etc.), et identifier ce qui peut être difficile pour le patient d'une part et le professionnel d'autre part.
- **Présenter l'ensemble des options disponibles** (y compris celle de ne rien faire) en précisant pour chacune les informations disponibles fondées sur les preuves scientifiques (bénéfices, inconvénients, incertitudes éventuelles pour chacune).
- **Aider le patient à hiérarchiser ce qui compte le plus pour lui** dans cette décision et à discuter de ses préoccupations, contraintes et préférences avec les professionnels de santé (vie sociale, travail, études, activités de la vie quotidienne, sport ou occupations, impact sur les proches, etc.) ;
- **Inviter le patient à clarifier le rôle qu'il souhaite avoir** dans la prise de décision et les modalités de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (professionnels de santé, famille, proches).

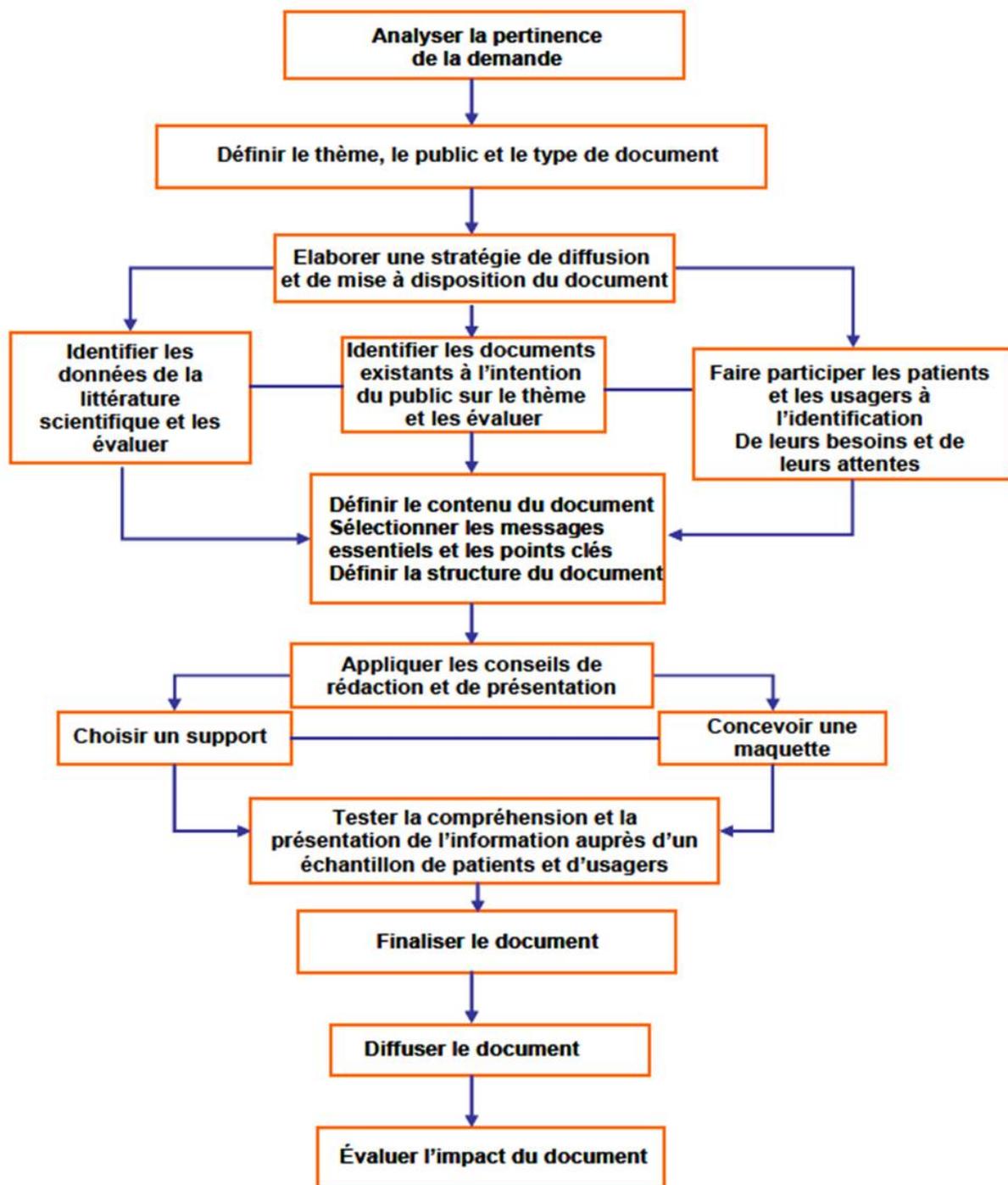
Encadré 1. Préférences des patients et des usagers pour la présentation des documents écrits.

	
<ul style="list-style-type: none">• ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif• information honnête, pratique, non condescendante• personnalisation : utilisation du « vous » plus impliquant• vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre• phrases courtes, explication des termes• texte concis, avec une structure visible• caractères lisibles• édition professionnelle• mélange équilibré du texte et des illustrations• éléments interactifs qui favorisent la participation active : liste de questions pour préparer une consultation, possibilité d'enregistrer des informations sur les symptômes et leur évolution, espace pour des notes personnelles	<ul style="list-style-type: none">• ton négatif, alarmiste, trop centré sur ce qui va mal• information masquant les problèmes réels• dépersonnalisation : parler des patients en général• langage et explications compliqués, texte mal écrit• texte trop long, termes trop techniques• texte trop dense et non structuré• taille trop petite des caractères• édition d'amateur, d'apparence « bon marché »• présentation triste, non attractive

3. Clés pour mener à bien un projet d'élaboration d'un outil de décision partagée :

La [fiche méthodologique de la HAS](#) précise des points importants à considérer en amont de la production d'un outil de décision partagée :

- **Évaluer la pertinence** d'une aide à la prise de décision partagée ;
- **Définir clairement le public cible** ;
- Décider du **format** et du **moment d'utilisation** de l'outil d'aide à la décision partagée ;
- Envisager **les modalités et les sites de diffusion** des outils pour mieux chiffrer les coûts de production et identifier des partenaires prêts à soutenir et diffuser ;
- Travailler **en partenariat avec les associations de patients**.



H./ CONCLUSION :

Tout l'enjeu de la décision médicale est son impact sur la personne qui en est son réceptacle en l'occurrence le patient.

Le personnel soignant doit veiller à intégrer toutes les avancées scientifiques et les expertises qui en découlent, être à l'écoute du patient et de son entourage de leurs attentes et leurs représentations. Il doit faire appel, chaque fois que nécessaire, aux autres disciplines dans un esprit collaboratif.

Le personnel soignant doit, enfin, impliquer les patients et ses proches dans la prise de décision. Cela rend l'engagement de ces derniers plus complet et plus responsable. Ceci passe par une relation respectueuse des valeurs des uns et des autres et une meilleure maîtrise des sciences de communication.

Dr Amine BENAMMAR

Bibliographie :

- Patient et professionnels de santé : décider ensemble (HAS Haute Autorité de Santé)
- Outils d'aide à la décision médicale partagée : rappels et préconisations de la Haute Autorité de Santé (Par Stéphane KORSIA-MEFFRE)
- Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé (HAS)
- Chronique d'un jeune médecin quinquagénaire : La prise de décision partagée en médecine générale (30ansplustard.wordpress.com)
- La décision médicale partagée : Damien Dubois (journaliste spécialiste de la communication de santé)