

L'observance

Un intérêt partagé?

Congrès Santé – Education AFDET - Paris 02/02/2012

Dr Yves LE NOC -

Conflits d'intérêts : néant

Etre observant?

- *« Concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modification du comportement – et les recommandations d'un soignant » [OMS 2003].*
- Observance au long cours / maladies chroniques dans les pays développés # 50%
- En France # 15 millions de personnes concernées par des maladies chroniques et le plus souvent polypathologiques*

*Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Facteurs de non observance?

- Observance = respect d'une décision.
- Quelle décision?
 - Qui?
 - De quoi?
 - Pourquoi?
 - Sur quels arguments?

Exemples nombreux

- Examens en vue de prévenir ou dépister (certains étant polémiques)
- Modifications des habitudes hygiéno-diététiques
- Prescriptions ou non prescriptions de médicaments
- Modifications de traitements chez des malades chroniques polymédicamentés

Quelques données*

- Sur une consultation de 20 mn les médecins consacrent en moyenne moins d'1 mn pour discuter du traitement.
- Information sur les données de la décision < 9%
- Interrogation du patient sur ses questions éventuelles < 1 fois/2
- Bien que les patients souhaitent avoir plus d'informations sur leur maladie ils ne retiennent qu'une petite partie de ce qui leur a été dit

*In Epstein . *Communicating evidence for participatory decision making* . JAMA 2004

- 1012 femmes ayant un cancer du sein*
 - 44% souhaitaient prendre la décision avec le médecin
 - 22% préféraient choisir elles mêmes leur traitement
 - 34% préféraient laisser la responsabilité au médecin
 - 42% estimaient avoir eu le degré de participation qu'elles souhaitaient
 - 59% estimaient que la décision avait été prise ensemble avec le médecin.

* Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. JAMA. 1997

- Besoin de participation variable selon les études et les patients:
 - Patients atteints de cancer du poumon
 - Certains d'accord pour une chimiothérapie pour des gains de survie courts
 - D'autres non pour une survie d'un an*
 - A propos de la décision de traitement (chirurgical) chez 57 femmes ayant un cancer du sein 24% seulement de concordance entre les préférences de la patiente et celles du médecin**

*Silvestri G, Pritchard R, Welch HG. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. Br Med J. 1998

* *Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. J Clin Oncol. 2004.

Obstacles invoqués à la participation du patient

- Brody DS. Ann Intern Med. 1980
- Manque de maturité et capacités de compréhension des patients
- Barrières psychologiques
- Temps / coûts
- Caractère anxiogène de l'information
- Peur de culpabilisation du patient si échec
- Ganzini L et col. Am Med Dir Assoc. 2004
- Confusion possible entre capacités de décision et compétence
- Les divergences entre avis du patient et du médecin rendent la participation du patient impossible
- Affaiblissement des fonctions cognitives → toute participation impossible

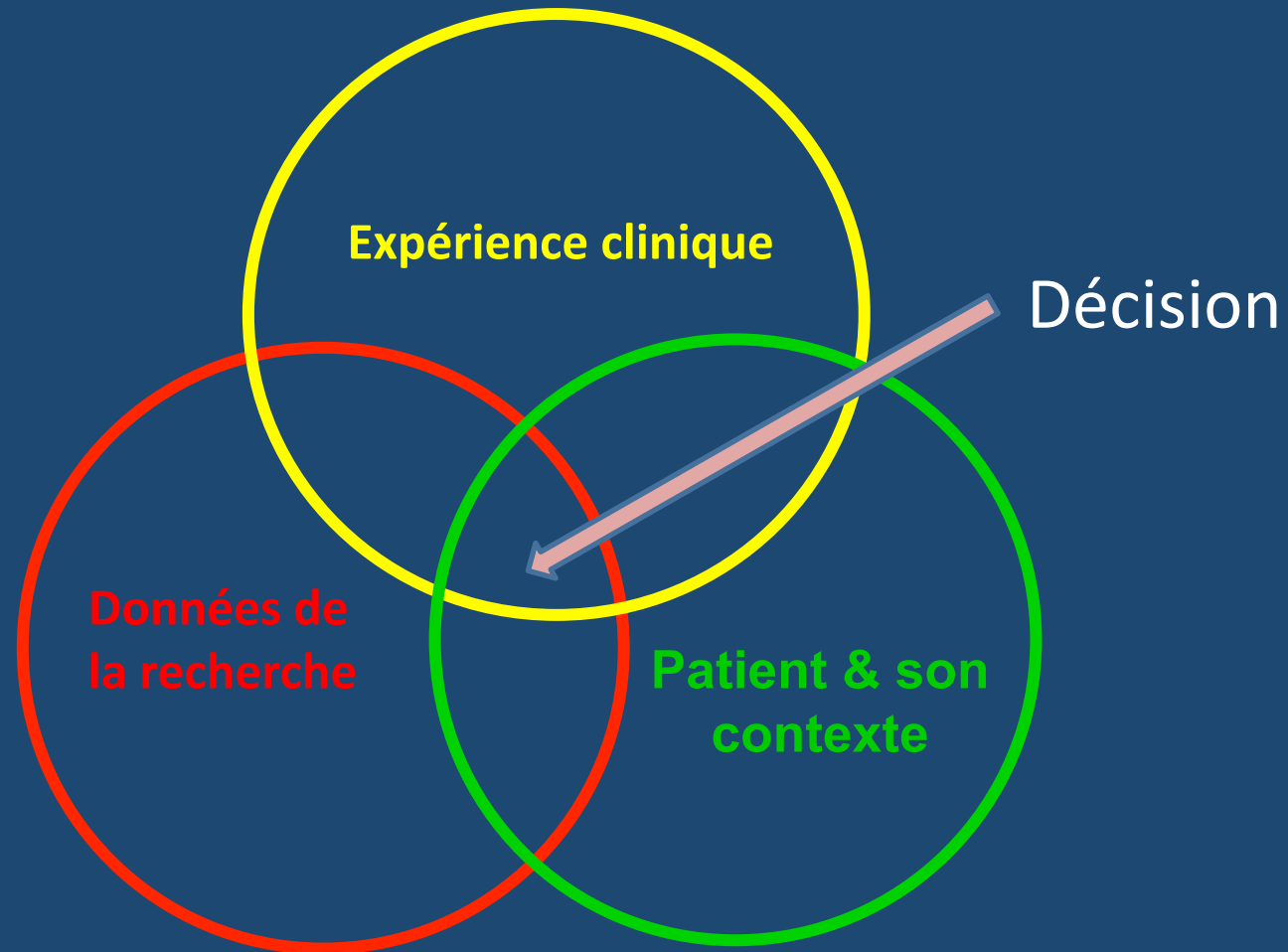
Une autre approche du raisonnement
et de la pratique.

L'approche « EBM »
Médecine fondée sur les faits
Médecine factuelle

Définition *

« Intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient »

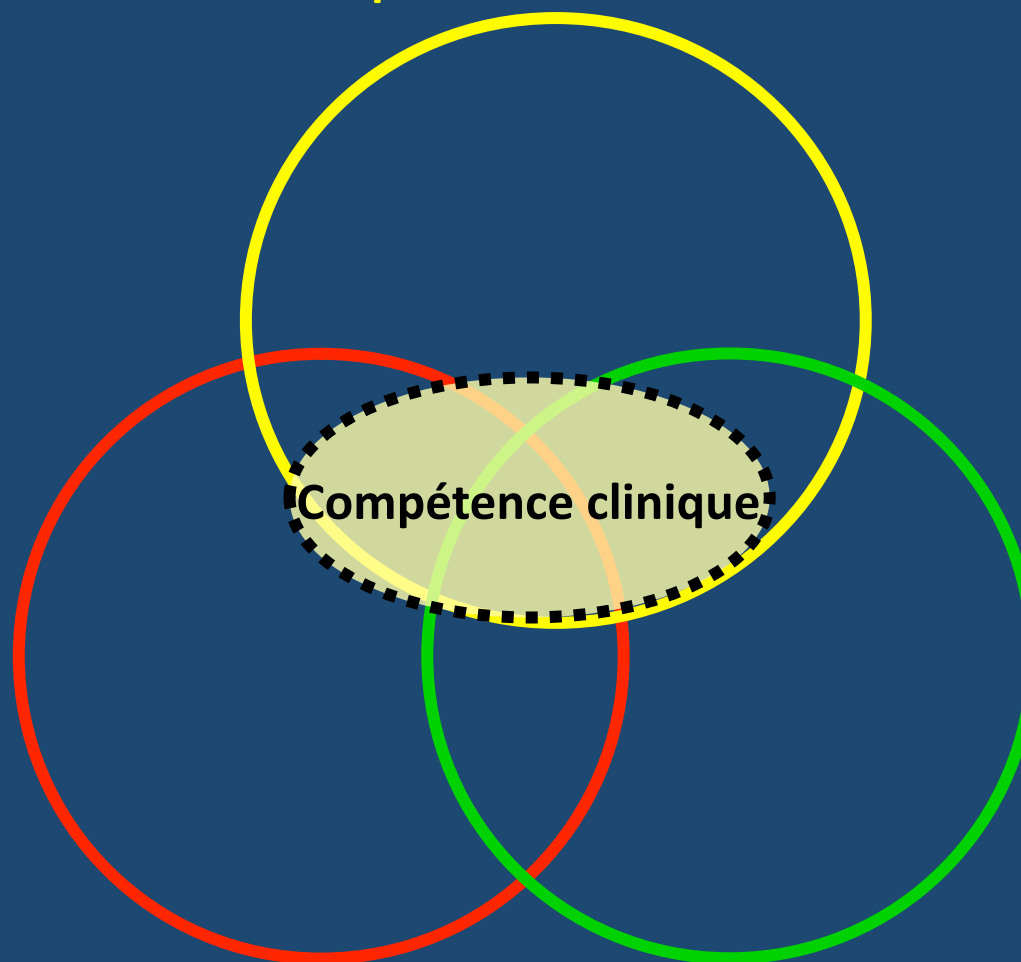
** Sackett DL, Straus SE, Richardson WS & al. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.*



Côté Médecin

Haynes B & al. EBMJ 2002;7,2:36-8.

État et circonstances cliniques



Données
Actuelles
de la Science

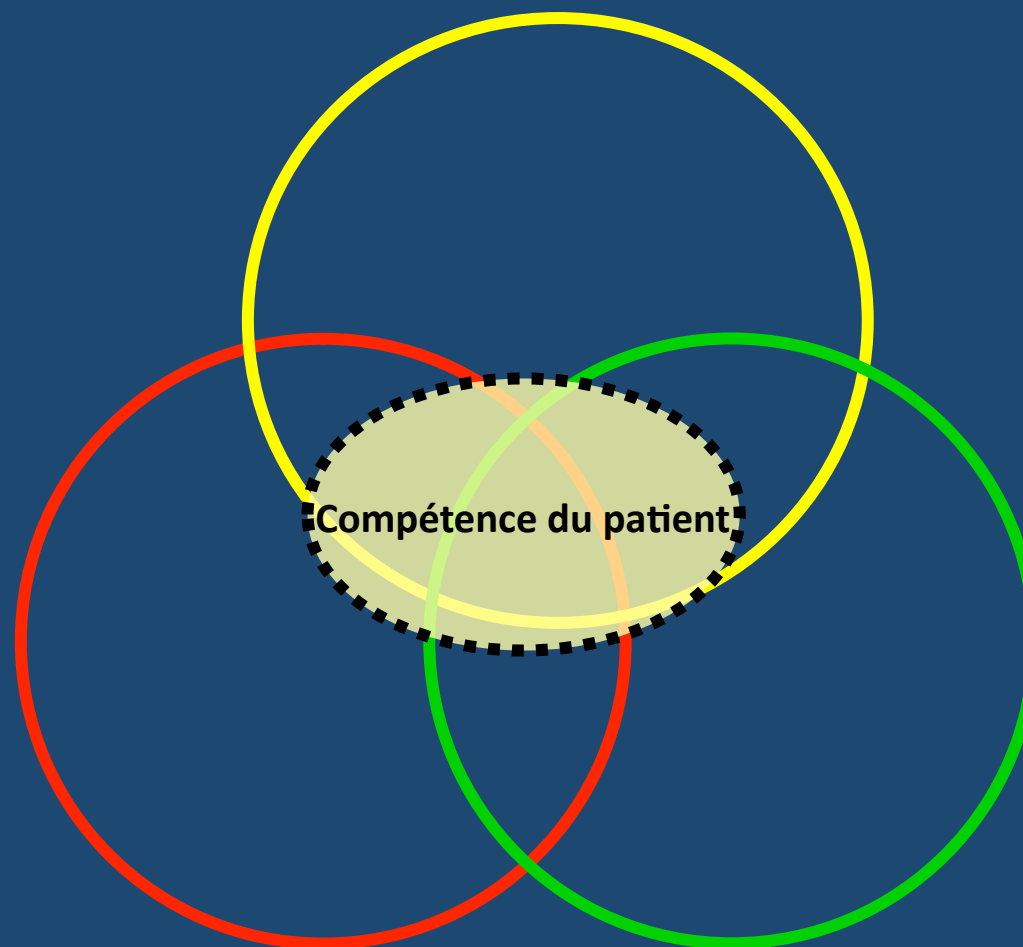
Préférences et
comportement
du patient

Risques?

- *Modèle paternaliste → Dr Faites pour le mieux!*
 - Absence de compréhension par le patient
 - Soumission, lassitude
 - Regrets quant à la prise en charge (pas forcément exprimés)
 - Non adhérence & inobservance du fait des répercussions sur la qualité de vie

Côté patient

État et circonstances
cliniques



Données
Actuelles
de la Science

Préférences et
comportement
du patient

Risques?

- *Modèle informatif*
 - Difficultés à choisir
 - Erreur
 - Culpabilisation si:
 - « mauvais » choix
 - Échec du traitement

Créer un nouveau partenariat

- Faire coïncider les preuves scientifiques disponibles:
 - Recommandations fondées sur des études bien menées mais sur des patients spécifiques
 - Critères de sélection et d'exclusion bien définis d'avance
 - Contexte spécifique
- Et les conditions de leur application à CE patient
 - ses caractéristiques propres
 - et dans son contexte particulier

(Modèle délibératif)

Communiquer « EBM »*

1. Comprendre le patient, son expérience et ses attentes (et de la famille?)
 - Qu’attendez-vous de cette consultation?
 - Qu’est-ce qui vous gêne le plus?
 - Qu’avez-vous entendu dire? Que savez-vous?
2. Construire un partenariat
 - Empathie
 - Si j’ai bien compris.....
 - Nous devons choisir ensemble...
 -

*In Epstein . *Communicating evidence for participatory décision making* . JAMA 2004

3. Informer des données de la science

- Les points forts et les points faibles / patient
- Y compris les incertitudes (les zones grises)
- Attendre, voire anticiper les questions (aucune question n'est « stupide »)
- Langage clair et facilement compréhensible par des non « initiés » (éviter le « jargon » médical).

5. Résumer les données cliniques, les données scientifiques / valeurs du patient

- Les différentes options (TOUTES)
- Balance B/R correspondant au mieux aux DAS et aux objectifs du patient

5. S'assurer de la compréhension et du degré d'acceptation

- Cela vous convient-il?
- Si besoin amener à reformuler
- Avez-vous des questions?
-

Conclusion

- Nouveau type de partenariat entre le médecin et le patient.
- Permettre au patient de s'approprier sa maladie et développer sa capacité d'autonomisation (Empowerment)*
- Information, simple, intelligible et validée
- Tenir compte des meilleures preuves disponibles tout autant que des valeurs, objectifs et capacités du patient

* *Empowerment : capacité de prise en charge de l'individu par lui-même, acquisition du pouvoir de décider de son destin.*

- Objectif = intégrer dans la démarche décisionnelle le malade autant que la maladie
- Améliore
 - l'observance du patient
 - sa qualité de vie
 - la relation médecin-patient
 - le confort d'exercice des médecins
- Meilleure façon de mettre en œuvre une relation centrée sur le patient
- Permet au médecin et au patient de gérer l'incertitude à deux

Références

- [1] OMS. 2003. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. OMS/MNC/03.01.Genève.
- [2] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 15 mesures. Avril 2007.
- [3] Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA. 1984;252:2441-6.
- [4] Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. JAMA. 1999;282:2313-20.
- [5] Lloyd AJ, Hayes PD, London NJ, Bell PR, Naylor AR. Patients' ability to recall risk associated with treatment options. Lancet. 1999;353:645.
- [6] Collectif. Le médecin « éducateur » du patient? Bibliomed 2009. 532
- [7] Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004;291:2359-66.
- [8] Collectif. « Communiquer EBM » pour mieux partager la décision. Bibliomed 2004. 354
- [9] Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. Décider sur quelle évidence? Médecine 2005;1;(2):90-2
- [10] Lliorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Médecine 2006;2;(7):330-3.
- [11] Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. Série EBM et choix du patient. Avec quelle information? Pour quelle décision? Médecine 2006;2;(1): 36-7 et (2):80-3.