

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

« Communiquer EBM » pour mieux partager la décision

Mots clés :

Décision
Relation
médecin-
patient
Partage
Informa-
tion du
patient
EBM

« Evidence Based-Medicine » (EBM), médecine fondée sur les preuves, médecine factuelle sont des termes définissant une nouvelle approche du raisonnement et de la pratique médicale, réunissant pour une décision les preuves disponibles et les conditions de leur application à un patient donné. Mais cette décision n'est plus du seul domaine d'un médecin tout puissant. De plus en plus l'information du patient sur les éléments de cette décision, voire le partage de la décision entre médecin et patient, sont des demandes de ces derniers. Ainsi le concept EBM et celui de décision partagée deviennent les deux « piliers » d'une médecine moderne centrée sur le patient. Dans ce nouveau partenariat, la décision médicale doit tenir compte des meilleures preuves disponibles tout autant que des valeurs, objectifs et capacités du patient. Nous devons ainsi mieux connaître cette « communication EBM », ses outils et la manière de les utiliser. Une synthèse américaine¹ a fait une revue exhaustive de la littérature anglo-saxonne sur ce sujet et nous apporte des éléments essentiels à notre réflexion sur le partage de la décision médicale.

Les auteurs ont analysé les travaux de recherche originaux traitant de la communication patient-médecin et des méthodes de présentation des données actuelles de la Science (DAS) au patient durant la consultation indexés dans MEDLINE entre 1966 et 2003, ainsi que les bibliographies des articles retenus.

Pourquoi et quand « communiquer EBM » ?

Une telle communication a des objectifs pratiques (un patient mieux informé est plus impliqué et mieux observant), relationnels (elle conduit à une relation centrée sur le patient) et éthiques (elle prend en compte le « droit » à une information éclairée, même si elle ne débouche pas toujours sur un partage de la décision).

Maîtriser cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les preuves disponibles sont de faible puissance, ou que les options possibles heurtent les attentes ou valeurs du patient, ou encore que l'interprétation que l'on peut en faire diverge entre médecin et malade.

Quels outils pour la « communication EBM » ?

Il n'y a pas plus de méthode « unique » qu'il n'existe de patient « moyen ». Chaque situation suppose un mode de communication différent. Globalement les DAS peuvent être présentées sous 4 formes :

- en **termes généraux**, surtout lorsqu'il s'agit de présenter une option binaire (Ex : traitement indispensable, prouvé, avec peu d'effets secondaires). Mais il faut se rappeler que les mots n'ont pas la même signification pour un médecin et pour un patient et doivent être soigneusement choisis selon les patients.
- en **chiffres**, il est alors possible de donner les chiffres du bénéfice attendu en réduction du risque relatif, du risque absolu, de nombre de sujets à traiter, de bénéfice personnel probable. Plusieurs études ont montré que la réduction du risque relatif est plus parlante que la réduction du risque absolu particulièrement pour un événement rare (par exemple réduction du risque d'AVC par le traitement d'une HTA)². Mais elle risque alors d'amplifier de façon excessive la perception du bénéfice

Ce nouveau modèle partenarial veut prendre en compte à la fois les données scientifiques et les valeurs personnelles du patient. **La demande de partage de la décision est de plus en plus importante**, même lorsque celle-ci est complexe et difficile à prendre⁵. S'il l'on mesure mal son influence sur les résultats de santé, **plusieurs études ont montré qu'elle améliorerait la satisfaction du patient et l'observance des prescriptions**. Le droit à l'information est inscrit depuis 2002 dans la loi française. Tout cela traduit une évolution psychosociologique importante qu'il n'est plus possible de négliger. Comment mettre en œuvre concrètement ces données dans le cadre de l'exercice professionnel : ce sera l'objet d'un prochain Bibliomed.

Individuel. La présentation des chiffres peut faire appel à des proportions (une femme sur 10 aura un cancer du sein) plus facilement compréhensible que la probabilité individuelle (vous avez 10% de chance d'avoir un cancer du sein), mais risquant plus de se faire considérer à l'écart du risque.

- par des **représentations graphiques** diverses : courbes, proportions, pourcentages, etc. L'ordre de présentation des résultats, le choix des figures ou des proportions peuvent influencer le patient dans un sens ou l'autre. Ces graphiques doivent être expliqués pour que le patient puisse les comprendre.

- avec des **outils d'aide à la décision** (informatique ou sous la forme d'arbres décisionnels). Ils facilitent la communication, sans que l'on sache s'ils aident vraiment à un partage de la décision.

Les limites d'une telle communication

Il faut se rappeler que nous devons nous assurer de la validité des données scientifiques que nous apportons, que ces données ne sont que des probabilités, et que l'incertitude est inhérente à notre métier³. Il faut se rappeler qu'il est toujours difficile de passer du patient « virtuel » des essais au patient « réel » et de transcrire des probabilités statistiques de résultats à un individu pour lequel la probabilité se concrétisera in fine en 0% ou 100%⁴. Il faut se rappeler que, à côté de ces données « dures » interviennent les valeurs, représentations, capacités du patient, parfois des membres de sa famille (s'ils peuvent jouer un rôle important, il faut veiller à la primauté de l'avis du premier intéressé). Il faut se rappeler que nous, médecins, avons aussi notre subjectivité, notre opinion et que nous devons chercher à informer de la façon la plus objective possible. La façon de présenter une information peut influencer le décision dans un sens ou un autre³.

Dans un tel contexte, le « temps » est un facteur essentiel pour permettre au médecin d'expliquer pas à pas, éventuellement sur plusieurs consultations, et au patient de comprendre⁵.

Références :

- 1- Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291 : 2359-66.
- 2- Collectif. Comment présenter une information sur le risque au patient. *Bibliomed* 2001 : 244.
- 3- Froment A. Elaborer la décision avec le soigné. *Rev Prescrire* 1999 ; 201 : 870-1.
- 4- Froment A. Du biologique à la personne. *Rev Prescrire* 2000 ; 205 : 310-2.
- 5- Collectif. Le partage de la décision peut se construire pas à pas. *Bibliomed* 2004 : 337.

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.

Abonnez-vous sur notre site <http://www.unaformec.org/php/abo.htm>

Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à <mailto:unadoc@wanadoo.fr>