

# La décision médicale partagée appliquée aux statines

Professor Atul PATHAK, MD, PhD.<sup>2017</sup>  
Head of Clinical Research

Director Hypertension and Heart Failure unit

Director of Hi-LAB

*Clinique Pasteur, Toulouse*

INSERM 1048

FRANCE

[apathak@clinique-pasteur.com](mailto:apathak@clinique-pasteur.com)

Pathak



**Inserm**



Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

# La décision médicale partagée depuis toujours....

- Primum non nocere. *Hippocrate*
- Traiter le patient pas la maladie. *Osler*

2017

ACTVOI

Pathak

## Recommendations for choice of mechanical versus biological aortic valve prosthesis

Class	Source
-------	--------

### Shared decision making and informed patient

I	AHA	Valve choice should be based on a shared decision process considering: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patient values, preferences, and desires</li> <li>• indications for and risks of long term anticoagulation</li> <li>• potential need for and risk associated with re-intervention.</li> </ul>
I	ESC	A mechanical or bioprosthetic valve is recommended <ul style="list-style-type: none"> <li>• according to informed patient desires if there are no contraindications to long-term anticoagulation</li> </ul>

### Anticoagulation and bleeding risk considerations

I	AHA & ESC	Bioprosthetic valve recommended or should be considered: <ul style="list-style-type: none"> <li>• if anticoagulant therapy is contraindicated, cannot be managed appropriately, or is not desired.</li> </ul>
I	ESC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• for reoperation for mechanical valve thrombosis despite good long-term anticoagulation control.</li> </ul>
IIa	ESC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in young women contemplating pregnancy.</li> </ul>
IIa	ESC	Mechanical prosthesis should or may be considered if: <ul style="list-style-type: none"> <li>• already on anti-coagulation for another mechanical prosthesis</li> </ul>
IIb	ESC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• already on long-term anticoagulation due to a high risk for thromboembolism</li> </ul>
IIb	AHA	A pulmonary autograft (the Ross procedure) may be considered for: <ul style="list-style-type: none"> <li>• young patients if anticoagulation is contraindicated or undesirable), when performed by an experienced surgeon</li> </ul>

### Risk of structural valve deterioration and redo surgery

I	ESC	A mechanical prosthesis is recommended or should be considered in patients: <ul style="list-style-type: none"> <li>• at risk of accelerated structural valve deterioration</li> </ul>
IIa	ESC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• with a reasonable life expectancy if future redo valve surgery would be high risk</li> </ul>
IIa	ESC	A bioprosthesis should be considered for patients with a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• low likelihood and/or a low operative risk of future redo valve surgery.</li> </ul>

### Expected patient longevity

IIa	AHA	A mechanical valve is reasonable/should be considered for patients: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 50 years of age if no contraindication to anticoagulation</li> </ul>
IIa	ESC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 60 years of age in aortic position</li> </ul>
IIa	AHA	Either a mechanical or bioprosthetic valve prosthesis is reasonable for patients:

# Pourquoi en sommes nous là ?

- Comment concilier:
  - les essais cliniques (mortalité) ,
  - les recommandations (objectifs LDL)
  - et la pratique médicale (effets indésirables)
- Signal risque (réel ou non)
  - Diabetes, EI musculaires , effet nocebo
- Amplification par les médias anciens et nouveaux
  - Le nouveau patient
  - Les nouveaux soignants

2017

ACTVOI

patient

# L'évolution de la médecine

**Avant** : la médecine était **directive**

- **Le médecin** était tout puissant :

Diagnostic, pronostic et prescription

- **Le patient** était passif :

Attente, interrogatoire, examen et ordonnance



## L'évolution de la médecine (2)

### Aujourd'hui : la médecine est interactive

- **Le médecin** a besoin de l'adhésion du patient...  
pour changer son comportement  
(addictions, pathologies chroniques...)

- **Le patient** est actif voire réactif :

Il va sur internet, compare, exige et critique



# Partager la décision / Annoncer un diagnostic

30

Minutes  
en 3 mois

129 600

2017

Consultation  
médicale  
0.02 %

Vécu du  
patient  
99.8 %

# Définition

- Prise de conscience qu'une décision (changement) est requise (PATIENT)
  - C'est la suite des conférences précédentes sur les stades de changement et la personnalité des patients
- Partager les évidences (pour / contre) des différents traitements possibles (SOIGNANT)
- Préférences patients et valeurs patients (PATIENT)

# La décision médicale partagée ce n'est pas ...

	<b>Modèle paternaliste</b>
<b>Transfert d'informations</b>	Médecin → patient
<b>Quantité d'informations transmises</b>	Minimale
<b>Qualité d'informations transmises</b>	Médicale
<b>Délibération et décision</b>	Médecin

# Définition

- Prise de conscience qu'une décision (changement) est requise (PATIENT)
  - C'est la suite des conférences précédentes sur les stades de changement et la personnalité des patients
- Partager les évidences (pour / contre) des différents traitements possibles (SOIGNANT)
- Préférences patients et valeurs patients (PATIENT)

# Le problème

## Le patient «résiste» au changement

(Il refuse de changer son comportement)

### Pourtant

- Vous l'avez informé
- Vous avez essayé de le convaincre
- Vous avez essayé de lui « imposer »

### Conclusion :

- Vous pensez qu'il n'est pas motivé
- et que vous ne pouvez rien faire...

# La solution

## Comprendre sa motivation...

qui n'est ni simple ni claire

## La motivation au changement :

- est toujours **ambivalente**
- peut évoluer
- peut être influencée
- **dépend de la relation (soignant / soigné)**

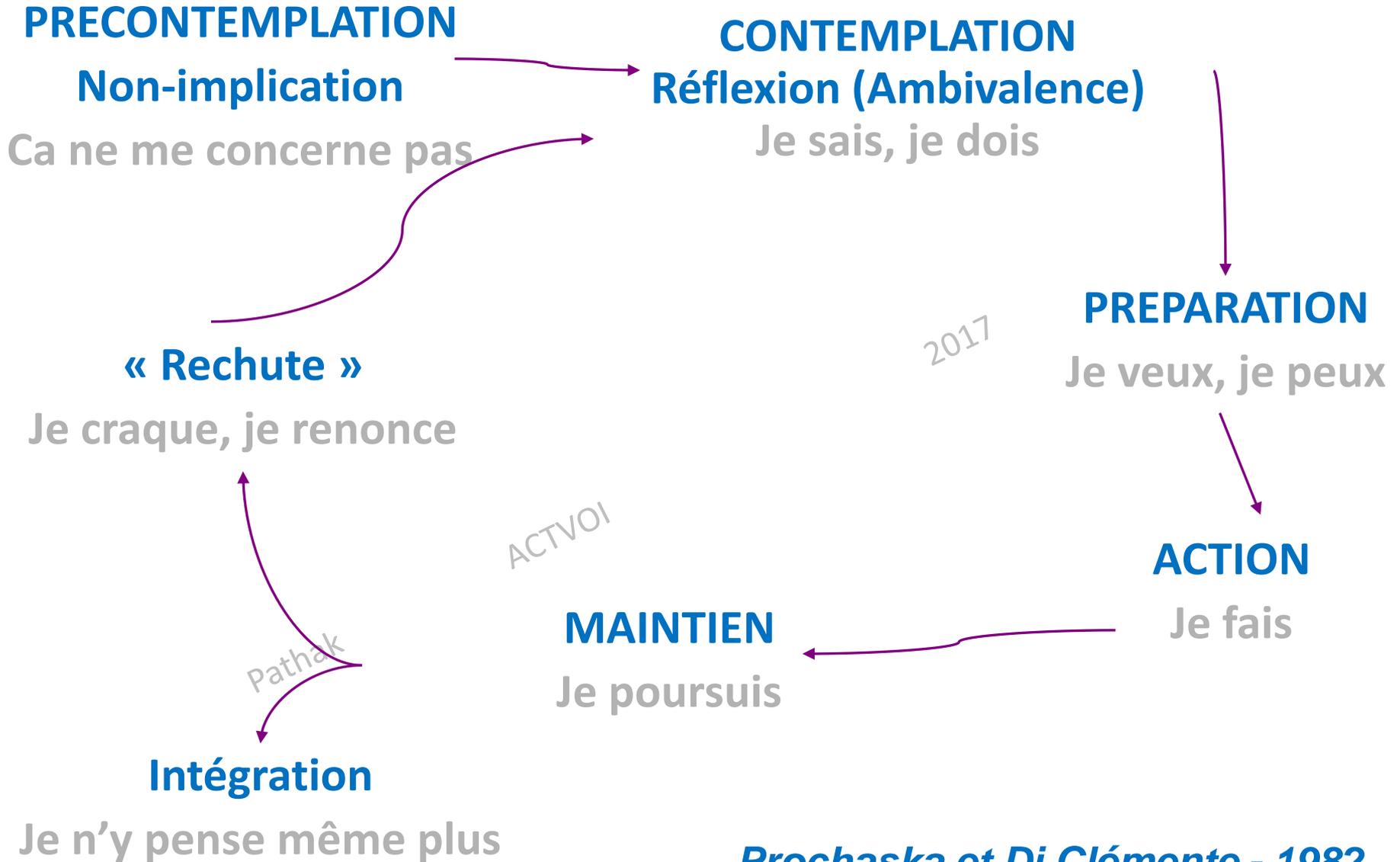
# A qui proposer la décision médicale partagée

A tout le monde mais...

Pathak

ACTVOI

# Les étapes du changement



# La philosophie

« Le soignant accompagne le patient pour l'aider à réaliser son choix . Ceci en conciliant les évidences , les besoins patients, les préférences patients »

# Communiquer sur le bénéfice

- Calcul du RCV voir meme compter sur ses doigts...
- Utilisation échelle SCORE, [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)
- <https://statindecisionaid.mayoclinic.org/>

Pathak



## Risque actuel

Avez-vous déjà souffert d'un évènement cardiovasculaire tel qu'un infarctus, accident vasculaire cérébral, angioplastie ou stent dans le passé?

Ces chiffres sont utilisés afin de calculer mon risque d'avoir un infarctus sur les 10 prochaines années:

Âge

Sexe

Fumeur actif

Diabète

Histoire familiale cardiaque avant 60 ans

PA Systolique  mmHg

LDL - Cholestérol  mg/dL

HDL - Cholestérol  mg/dL

Triglycérides  mg/dL

Traitement de statine en cours?

Non  Oui, dose moyenne  Oui, dose élevée

Les statines de dose élevée sont par exemple atorvastatine 40 ou 80mg ou rosuvastatine 20 ou 40mg. La plupart des autres statines sont de dose moyenne.

Risque actuel

# Communiquer sur le risque

- Le comportement normal c'est de ne PAS prendre un médicament
- L'activité physique et le régime pas besoin de voir le Doc pour cela , on le sait (même nous !) mais on ne le fait pas
- On communique mieux sur sur le risque que l'on évite que sur le bénéfice
  - Vous connaissez la blague du sifflet et du tigre

# Communiquer autour du risque

- En posant des questions ouvertes
- Sans reflexe correcteur
- Le plus souvent c'est une façon déguisé de dire que l'on ne veut pas prendre le medicament
- On ne peut pas forcer mais accompagner (faible dose, une fois par semaine...)

2017

Pathak

# Verbatim de patients

- **Don:** 'I'm happy to take them, and just watch the hard evidence of the blood test every 6 months just to see what's happening, to that cholesterol, level ... I would go very much by, you know, what ... those blood levels are telling me.'
- **Mary:** 'Yeah, what your body's doing.'
- **Don:** 'Exactly. Because I understand that ... er, there is a lot of chemistry there [laughs] ... and it's ... what those results actually tell me, that lead me down a particular avenue ... of taking medication, or not.'

# Avantages

L'utilisation de l'outil d'aide à la décision a:

amélioré la perception du risque,

diminué les conflits décisionnels

augmenté l'adhérence thérapeutique durant les  
trois premiers mois de traitement.

# Les mécanismes

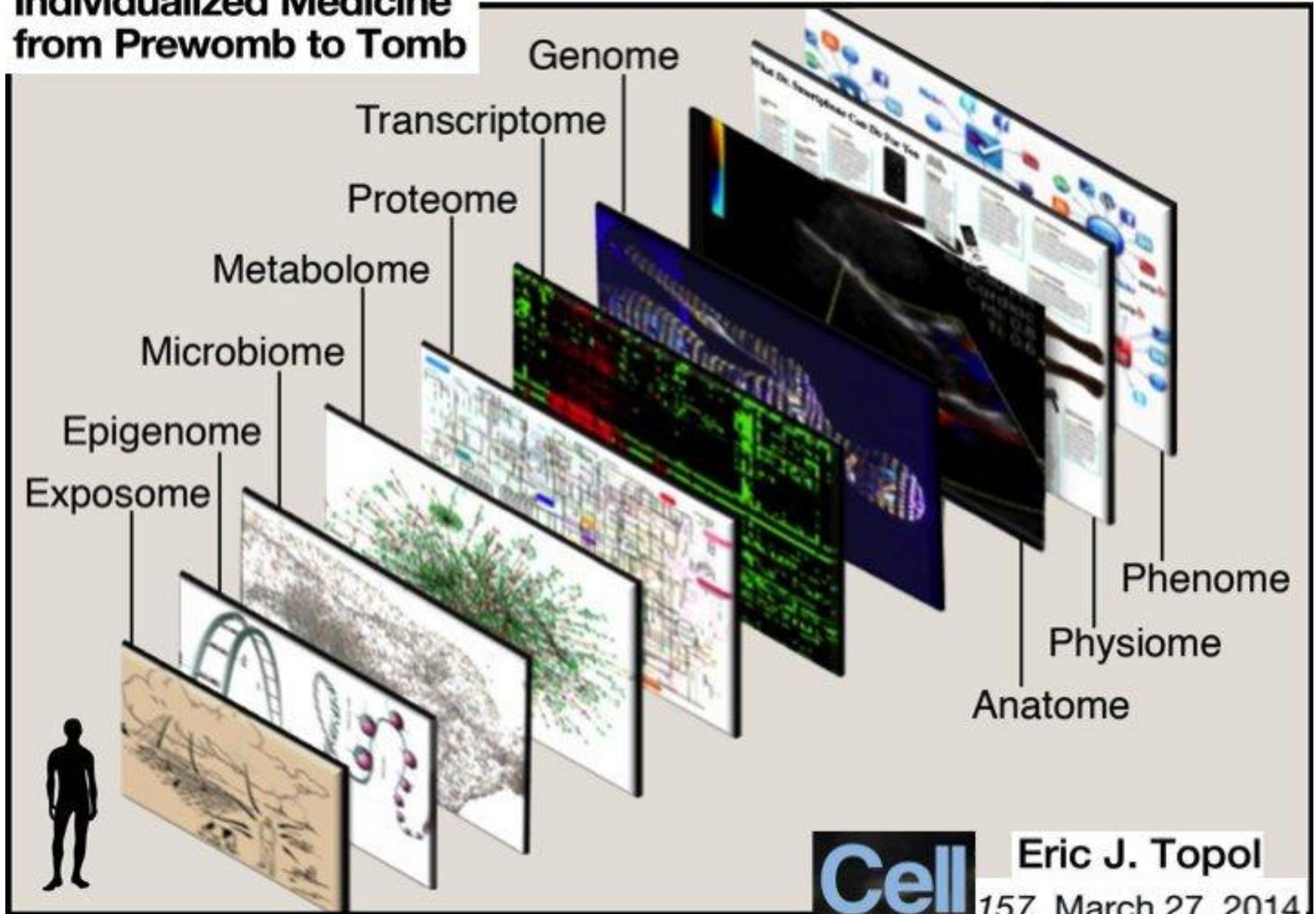
- Renforcement de la croyance dans les évidences pour le soignant
- La formation à la DMP, augmente le sentiment d'auto efficacité des soignants. 2017
- Augmentation de la connaissance du patient (plus d'engagement) et des soignants (confrontation cognitive).

# Les difficultés , les limites

- Revue *Cochrane*, l'utilisation d'une aide à la décision – toutes décisions confondues – n'a pas eu d'effet démontré sur l'adhérence aux traitements (long terme) ni sur l'évolution médicale à long terme
- Essais en cours
- L'usage d'une aide décisionnelle ne diminue ni ne majore l'anxiété.
- Elle a tendance à augmenter légèrement la durée de la consultation médicale, avec une médiane à +2,5 minutes.
  - Solution : délégation de tâches, internet, outils personnalisés, ressources validées

# Decision médicale partagée du futur

Individualized Medicine  
from Prewomb to Tomb



# Implications pratiques

- Le partage de la décision concernant la prise d'une statine en prévention primaire améliore les connaissances du patient et diminue les conflits décisionnels
- Le partage de la décision concernant la prescription de statine n'est pas systématiquement recommandé, mais devrait être proposé au cas par cas
- Ce n'est pas un outil mais une attitude

*Tell me, I may listen.  
Teach me, I may remember.  
Involve me, I will do it.*

2017

Pathak

ACTVOI

*Chinese proverb*