

Comprendre le risque

Dominique Roberfroid, Epidémiologiste au KCE

Que le patient pose un choix éclairé quant à son traitement suppose que le médecin discute ouvertement avec lui, sur base des preuves scientifiques disponibles, des avantages et désavantages associés au traitement envisagé¹. Si peu de professionnels de la santé contesteront ce principe, la recette d'une communication réussie de l'information scientifique au patient ne va pas de soi compte tenu de la difficulté du patient, mais aussi souvent du médecin², à interpréter les résultats statistiques.

La synthèse méthodique publiée récemment par Daniella Zipkin et coll.³ sur l'efficacité des différentes méthodes utilisées pour passer de façon effective un message de nature statistique au patient tombe donc à point nommé. Sur base des résultats de leur synthèse incluant 91 études (dont 81% d'études randomisées), les auteurs déduisent quatre leçons importantes pour la pratique.

- 1 Les aides visuelles, telles les pictogrammes (*voir figure*) ou les graphiques à barres, aident à la compréhension des probabilités et de la balance risque-bénéfice par les patients.

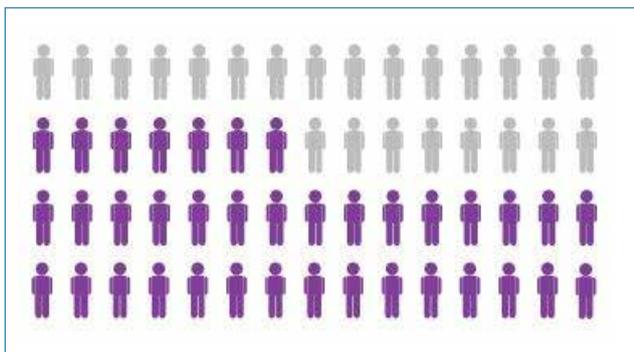


Figure. Exemple de pictogramme représentant une proportion.

(Source : Better evaluation. Sharing information to improve evaluation.

URL: http://betterevaluation.org/evaluation-options/icon_array)

- 2 Les probabilités peuvent être expliquées au patient soit sous forme de fréquence naturelle (« cela arrive dans 1 cas sur 20 »), soit sous forme de proportion (« cela arrive dans 5% des cas »), car il n'y a pas de preuves solides qu'une de ces formes soit plus appropriée que l'autre.
- 3 Exprimer la réduction d'un risque sous forme absolue (« le risque passe de 4% à 2% ») permet une meilleure compréhension des probabilités que de l'exprimer sous forme relative (« le risque diminue de 50% »). Cette seconde forme est plus susceptible d'influencer le choix du patient, et devrait donc être utilisée à bon escient. Le risque de base devrait être expliqué dans tous les cas.
- 4 Il faut éviter d'exprimer les différences de risque sous forme du Nombre de Sujets à Traiter (NST ; NNT en anglais) car cette dimension est difficilement comprise par les patients.

Il est à noter que cette synthèse compare l'efficacité de diverses méthodes de communication du risque sur la compréhension du patient. Il reste à savoir si une meilleure compréhension du risque influence la prise de décision thérapeutique. C'est une question importante qu'aborde une autre synthèse méthodique publiée en 2014⁴. Cette synthèse de la Cochrane Collaboration indique qu'il existe des preuves de qualité modérée que les personnes prennent effectivement une part plus active à la prise de décision thérapeutique lorsque des aides à la décision sont utilisées lors de la consultation que lorsqu'elles ne le sont pas.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour affiner ces résultats et identifier quelle méthode de communication du risque est la plus appropriée dans les diverses situations cliniques qui peuvent se présenter. Il est d'ores et déjà clair que cette communication devrait avoir lieu dans tous les cas. Utiliser des aides visuelles et éviter de recourir aux concepts de réduction relative du risque et du NST devraient faciliter cette communication³.

Références

1. Adriaenssens N. Prise de décision partagée : moins de prescriptions d'antibiotiques ? *MinervaF* 2013;12(4):47-8.
2. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, et al. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med* 2012;156:340-9.
3. Zipkin DA, Umscheid CA, Keating NL, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med* 2014;161:270-80.
4. Stacey D, Legare F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014, Issue 1.