

DECISION THERAPEUTIQUE

(170)

Jacques AMAR

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- Déterminer les facteurs qui interviennent dans la décision thérapeutique (degré d'incertitude du diagnostic, données liées au patient, facteurs économiques, facteurs éthiques, facteurs administratifs...)
 - Déterminer le type d'objectif thérapeutique en fonction de la situation clinique.
 - Savoir intégrer une nouvelle prescription parmi d'autres prescriptions.
 - Reconnaître et gérer (avec le malade et son entourage) les situations d'abstention thérapeutique.
 - Personnaliser et justifier tous les éléments de l'ordonnance.
 - Définir les critères de surveillance, leurs modalités d'évaluation et l'attitude ultérieure en fonction des résultats.
 - Savoir gérer une « déprescription » et en connaître les conditions, avantages et risques
 - Savoir reconnaître et prévenir les facteurs favorisant la mauvaise observance.
-

PLAN

- I. Pré requis pour évaluer le bénéfice /risque
 - II. Comment évaluer le bénéfice/risque?
 - III. Au terme de cette appréciation : informer le patient
 - IV. La décision du patient
 - V. Au moment de prescrire
 - VI. Surveillance d'un traitement
 - VII. Durée et arrêt du traitement
 - VIII. Savoir reconnaître et prévenir les facteurs favorisant la mauvaise observance
-

I – Les pré requis pour évaluer le rapport bénéfice / risque Evaluer la probabilité diagnostic auquel on est parvenu.

- Envisager les objectifs thérapeutiques et les stratégies thérapeutiques afférentes envisageables :
 - Traitement curatif,
 - Traitement palliatif,
 - Traitement symptomatique,
 - Traitement préventif.

II - Comment évaluer le bénéfice/risque?

Evaluer le Bénéfice / risque d'une stratégie thérapeutique dans l'absolu

Savoir chercher l'information :

- Lecture de mises au point,
- Accéder aux textes des conférences de consensus,
- Accéder directement aux résultats des essais.

Savoir critiquer l'information :

- Sur quel niveau de preuve s'appuie la stratégie thérapeutique envisagée?
- Quel est la nature exact et l'ampleur du bénéfice?
- Dans quelle mesure la stratégie thérapeutique envisagée a t-elle été validée chez des sujets 'voisins' de son patient ? Dans quelle mesure la stratégie

thérapeutique validée dans l'essai pourra t-elle être appliquée effectivement au patient ? Un exemple du problème que soulève cette question a été récemment illustré par une étude d'observation réalisée pour évaluer l'impact de l'étude RALES. . En 2000, une étude randomisée : l'étude RALES a démontré que la spironolactone prescrite chez des insuffisants cardiaques sévères (stade III ou IV) réduisait la mortalité d'environ 30% ; en 2004, une étude d'observation a montré que si, depuis la publication de l'essai la prescription de la spironolactone avait augmenté chez les insuffisants cardiaques, les décès subits et les hospitalisations pour hyperkaliémie avaient également crû dans cette population. De fait, les Praticiens n'ont pas pu -ou pas su- appliquer les résultats de l'étude randomisée dans leur pratique. Ces résultats 'dérangeants' souligne la nécessité d'une lecture fine des niveaux de preuve et d'une mise en œuvre éclairée par la prise en compte du terrain.

Evaluer le bénéfice / risque chez un patient donné d'une stratégie thérapeutique

1. Connaître l'âge du patient : par exemple entamer un traitement pour prévenir un risque à 10 ans chez un patient de 90 ans peut manquer de pertinence. A cet égard, les recommandations sur la prévention cardiovasculaire apportent des réponses différents à cette problématique. Ainsi, les recommandations sur l'HTA proposent de traiter les patients hypertendus après 80 ans mais avec des objectifs de pression artérielle adaptés et en limitant l'agression thérapeutique à une trithérapie. Les recommandations sur la dyslipidémie proposent de ne pas installer un traitement de prévention primaire après 80 ans mais de poursuivre celui-ci s'il était bien toléré.
2. Connaître les pathologies associées et les traitements reçus par le patient.

Il faut conditionner la décision aux poids des co-pathologies

» Exemple: on découvre chez un patient de 80 ans polyvasculaire une néoplasie rénale de petite taille. La lenteur d'évolution de la tumeur doit inciter à l'abstention.

Les pathologies associées peuvent influencer la décision thérapeutique.

» **Nécessaire hiérarchisation des soins.**

Il faut conditionner la prescription au risque iatrogène. De fait, il faut enquêter de manière très détaillée sur les traitements pris pour limiter le risque d'interaction, source majeure de iatrogénie. D'autre par les traitements pris renseignent volontiers sur les pathologies présentes ou passées. Comment connaître les traitements pris ?

- » Interrogatoire
- » lecture des Ordonnances amenées par le patient
- » Question sur l'Automédication

' il faut parfois demander au patient d'amener l'ensemble des boites de médicaments effectivement pris

Exemples d'interactions à éviter :

- alpha bloquant et antidépresseur tricyclique majorant le risque d'hypotension orthostatique.
- Agoniste dopaminergique chez un patient prenant des neuroleptiques.

3. Connaître les fonctions d'élimination

- Fonction rénale : chez le patient âgé, la créatininémie ne résume pas la fonction rénale et il faut faire appel au calcul de la clairance de la créatinine.
- Fonction hépatique.

4. Evaluer l'aptitude du patient et de l'entourage à bénéficier de la stratégie thérapeutique envisagée

- Aptitude à comprendre l'ordonnance.
- Aptitude à prendre correctement ses médicaments.
- Aptitude à signaler les effets indésirables.
- Existe – il une détérioration intellectuelle?
- Quels sont les conditions socio-économiques?

Exemple : indication des AVK: chez un patient en fibrillation auriculaire avec présentant une détérioration mentale entraînant des chutes à répétition: le rapport bénéfice risque ne plaide pas pour l'installation des AVK. Une évaluation gériatrique pourra aider à mieux apprécier le risque iatrogène et ainsi éclairer la décision.

Exemple: patiente vivant seule en fibrillation auriculaire permanente présentant de discrets troubles mnésiques parfaitement compatibles avec son maintien au domicile. On peut retenir l'indication des AVK en organisant la prise du médicament par l'infirmière. Il faudra réévaluer périodiquement en fonction de l'évolution de la maladie neurologique, la possibilité de poursuivre le traitement.

5. Connaître le médicament

La prescription envisagée est elle dans l'AMM ?

Existe t-il une contre indication?

Y a t-il possibilité d'interaction?

Faut-il adapter les posologies ?

Où trouver ces informations ?

-Fiches de transparence de l'AFSSAPS.

-Dictionnaire VIDAL.

III - Au terme de votre appréciation :

Vous envisagez une stratégie thérapeutique. Celle-ci s'appuie sur un fort niveau de preuve diagnostique et thérapeutique. La situation n'est pas à

soumettre de principe à une réunion de concertation pluridisciplinaire. Vous informez le patient.

La situation impose une concertation, les niveaux de preuve manquent, il persiste des incertitudes diagnostiques, la stratégie thérapeutique envisagée en particulier en terme d'utilisation des médicaments ou des dispositifs médicaux sort du cadre réglementaire : il faut soumettre le dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Au terme de ces procédures, il faut informer le patient de la stratégie proposée :
Information du patient : C'est l'étape clé de la décision.

Il faut expliquer au patient le ou les stratégies thérapeutiques envisageables. Ceci suppose une information soigneuse sur :

- o le diagnostic,
- o l' évolution de la maladie,
- o les possibilités thérapeutiques.

Il faut lui expliquer les raisons de votre choix thérapeutique en terme de :

- Contraintes du traitement
- Effets secondaires possibles
- Éléments de surveillance
- Bénéfice escompté

Si la situation le nécessite et/ou si le patient le souhaite, il faut informer aussi la personne de confiance qu'il a désignée.

Il faut laisser autant que faire se peut le maximum de temps de réflexion au patient.

IV - La décision du patient

- L'écouter,
- La comprendre,
- L'accompagner ,même si elle ne correspond pas à la proposition faite.

V - Au moment de prescrire

- Rédaction très lisible de l'ordonnance,
- Préciser les horaires de prise,
- Vérifier l'absence d'interactions médicamenteuses avec les autres prescriptions,
- Ré-expliquer au patient et/ou à l'entourage la prescription, les modalités de prise et les effets indésirables.

VI - Surveillance d'un traitement

- Déterminer les éléments de surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement,
- Déterminer le délai pour évaluer l'efficacité du traitement,
- Déterminer la conduite à tenir en cas d'inefficacité du traitement,
- Savoir réévaluer périodiquement l'intérêt du traitement.

VII - Durée et arrêt du traitement

- Connaître la durée optimale du traitement,
- Connaître les traitements dont l'arrêt doit obéir à des règles stricts : exemples
 - Benzodiazépines
 - Bêtabloquants chez le coronarien
 - Antiagrégant plaquettaire en prévention secondaire de la maladie athéroscléreuse

VIII - Savoir reconnaître et prévenir les facteurs favorisant la mauvaise observance

- Traitement proposé à un patient asymptomatique: ex traitement antihypertenseur.
- Patient recevant plusieurs médicaments.
- Patient ressentant des effets indésirables.
- Optimiser l'observance :
 - Traitement d'administration la plus simple,
 - De durée la plus courte,

- Le mieux toléré,
 - En expliquant au patient les bénéfices attendus, les modalités de prise, les risques d'effets indésirables et les modalités de surveillance.
-

Bibliographie :

O. Chassany

La décision thérapeutique personnalisée : p 124-135

In L'essentiel en Thérapeutique Générale - Module 11

Livre de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET)

Editions Medline 2003
