

Vers une individualisation des soins ou une prise en compte des objectifs de soins ?

Michel De Jonghe, Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain

Le médecin généraliste ou spécialiste est préoccupé d'offrir les meilleurs soins à son patient. Identifier le problème de santé, en connaître l'évolution naturelle, identifier les enjeux (curatif, symptomatique, préventif, palliatif) et les objectifs (diminution de la mortalité ou de la morbidité, maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles ou de la qualité de vie) sont des notions qui lui sont de plus en plus familières avec l'expérience. Prendre en compte des objectifs jugés pertinents par et pour les patients (enjeux financiers, capacités de loisirs ou d'agrément, améliorer les chances de réussite de projets professionnels ou personnels) sont des enjeux que la société et le monde juridique nous demandent de prendre en compte¹.

Les critères de jugement primaires tels que la mortalité, la morbidité évaluée avec des indicateurs cliniquement pertinents et la sécurité des médicaments permettent d'évaluer au mieux la balance bénéfice-risque des nouveaux traitements mis sur le marché. L'outil mis à disposition des praticiens pour appréhender au mieux l'avantage clinique d'un médicament est le NST, malgré ses limites². Il doit leur permettre d'informer le plus objectivement possible les patients concernés. Il faut remarquer que cette évaluation objective, rigoureuse, porte sur des populations et non sur des personnes prises individuellement. Un décès a la même signification dans le groupe témoin que dans le groupe intervention. Idem pour les pathologies : quand le patient subit un AVC ou un infarctus du myocarde (IM), il ne fait pas un demi AVC ou un demi IM parce qu'il a bien suivi toutes les recommandations médicamenteuses et qu'il a bien pris son traitement comme son médecin les lui a prescrits. Pas de demi-mesure !

Les patients ont cependant toujours la liberté de refuser une médication. Prenons l'exemple des pathologies cardiovasculaires. Si après discussion le patient demande de ne pas prescrire le médicament, que va-t-il se passer ? Un patient en plus fera un premier incident cardiovasculaire pendant une période déterminée. Lequel ? A priori, nous l'ignorons. Pour les autres, que nous ayons fait quelque chose ou non n'aurait rien changé au niveau cardiovasculaire. Par contre, le fait d'avoir prescrit systématiquement une statine à tous ces patients les a tous exposés aux effets indésirables du médicament et à ses interactions potentielles. Voilà pourquoi nous aimerions bien ne traiter que le patient qui bénéficiera réellement du traitement et éviter de recommander la prise de médicament à tous ces patients pour qui de toute façon cela ne change rien. Mais aucun instrument ne nous permet actuellement d'identifier précisément ces patients malgré des recherches pointues dans le domaine de l'individualisation des soins³.

Nous ne pouvons pas non plus l'informer des répercussions fonctionnelles de cet événement cardiovasculaire : sont-elles plus ou moins importantes pour ce nouveau médicament versus placebo ou versus médicament de référence ? Ces critères de jugement ne sont pas étudiés dans les études concernées. Nous ne pouvons donc pas évaluer si les enjeux financiers ou les chances de réussite professionnelle ou privée post accident de santé sont plus ou moins invalidantes selon les choix opérés par le patient.

En attendant de bénéficier d'outils permettant une individualisation extrême des soins (et la preuve que cette approche individualisée apporte réellement une plus-value clinique au patient), deux outils vont finalement intervenir dans la balance permettant de prendre une décision. La première est économique : soit la balance coût bénéfice-risque est positive et économiquement acceptable pour les finances publiques des soins de santé, la prise en charge thérapeutique sera jugée efficace et intégrée aux recommandations de bonne pratique ; soit la balance bénéfice-risque est négative et la thérapeutique, bien que montrant des résultats statistiquement positifs, ne sera pas recommandée. Cette première approche est actuellement bien documentée même si elle est encore malheureusement parfois soumise aux influences négatives des conflits d'intérêts⁴. La seconde approche tient compte des objectifs de santé des patients. Le soignant identifie les objectifs de soins des approches thérapeutiques qu'il peut offrir, offre au patient l'information la plus complète, adéquate et compréhensible et vérifie la corrélation entre ceux-ci et les objectifs de santé (voire de vie) du patient. La définition de ces objectifs de santé dépasse le cadre restrictif bio-médical et il est heureux de prendre en compte des objectifs liés à la santé définis par d'autres professionnels que les médecins. Le monde juridique offre à ce sujet de larges pistes de réflexions¹ et il incombe, à nos yeux, aux médecins, d'apprendre à tenir compte de ces facteurs légalement influents pour les transformer en objectifs de soins. À charge du soignant de documenter correctement tous les aspects en vue d'une décision (partagée) « finale » et d'accompagner son patient au mieux dans ses choix.

Il est souvent reproché à l'EBM de ne favoriser 'que' l'efficacité. Fréquemment, les conclusions sont : « cette étude n'apporte pas de preuve de l'intérêt de... ». En absence de preuve statistique et de pertinence clinique, comment recommander une attitude thérapeutique aux cliniciens ? Les choix du patient sont donc primordiaux. Comme déjà signalé dans Minerva, les soins primaires sont le lieu d'un enjeu important : « le passage d'une prise en charge axée sur les problèmes vers une prise en charge orientée vers des objectifs de soins »^{5,6}. Nous manquons d'outils validés internationalement pour étudier de façon rigoureuse des approches cliniques dont les objectifs thérapeutiques sont guidés par les objectifs de vie des patients, discutés et identifiés de commun accord. Cette démarche négociée de manière transparente de part et d'autre ne pourrait qu'enrichir une démarche EBM de qualité. Nous ne pouvons que lancer un appel et rester attentifs à de nouveaux développements futurs.

Références

1. Dintilhac JP et coll. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. Juillet 2005 : 64 pages.
2. Chevalier P. Nombre de sujets à traiter. *MinervaF* 2009;8(2):24.
3. Pharmacogénétique et traitements personnalisés : garder un esprit critique. *Rev Presc* 2013;33:216-9.
4. Godlee F. In praise of informed scepticism. *BMJ* 2013;346:f3980.
5. De Maeseneer J, Boeckstaens P, De Sutter A. Multimorbidité : d'une « prise en charge axée sur les problèmes » à une « prise en charge orientée vers des objectifs ». [Editorial] *MinervaF* 2013;12(4):40.
6. De Maeseneer J, Boeckstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract* 2012;62:522-4.