

Journée SSMG

par le Dr Jacques Vanderstraeten • Médecin généraliste • 1200 Bruxelles

La prise de décision en médecine générale

Bruxelles, 18 février 2006

Le projet thérapeutique

Dans le cadre de l'Unité de Soins Continus des Cliniques St-Luc à Bruxelles, le concept de "projet thérapeutique" a vu le jour. Son objectif est de définir anticipativement l'attitude thérapeutique et la prise en charge de tout incident ou affection aiguë ou non, chez un patient atteint d'une affection évolutive et incurable.

Ce projet se matérialise au travers d'un document rédigé de façon consensuelle, c'est-à-dire en tenant compte de l'avis tant du patient et de son entourage, que du personnel soignant, médical et para-médical. Il permet d'éviter tout "dérapage" tel qu'un déficit ou, à l'inverse, un excès d'intervention. Ceci est particulièrement pertinent dans le cas d'intervenants extérieurs à l'équipe soignante habituelle (médecin de garde, ARCA...).

Les options mentionnées sur ce projet thérapeutique sont, par ordre décroissant d'interventionnisme :

- Soins palliatifs avec escalade thérapeutique systématique (aucun soin ni intervention ne sont exclus).
- Soins palliatifs avec escalade limitée à certaines thérapeutiques (un ou plusieurs soins sont exclus, tels que intervention chirurgicale, endoscopique, traitements par anti-arythmique ou antibiotique, alimentation ou hydratation artificielle, etc.).
- Soins palliatifs sans aucune escalade thérapeutique (limitation à la thérapeutique en cours).
- Soins de la phase terminale (arrêt de toute thérapeutique à l'exception de celles qui visent le confort immédiat du patient).

L'usage de ce projet thérapeutique a montré ses bénéfices dans la gestion de la fin de vie, tant dans le chef du patient que dans celui des soignants en présence (aide à la décision dans le respect de la continuité et de l'interdisciplinarité).

D'après l'exposé du Dr Thomas ORBAN, médecin généraliste à Ixelles, médecin de l'équipe INTERFACE et médecin de 2^e ligne en Soins Palliatifs.

La douleur thoracique aiguë

Avant même de prendre le temps éventuel d'un diagnostic clinique différentiel, et face à toute plainte aiguë de douleur thoracique, il faut se poser la question de la nécessité ou non de soins urgents (premiers gestes, hospitalisation) sur base des trois catégories de critère suivantes :

1. Circulation : TA, fréquence cardiaque, pouls capillaire, stase pulmonaire, turgescence jugulaire et OMI.
 2. Respiration : fréquence respiratoire, cyanose, utilisation des muscles accessoires, position assise.
 3. Conscience (à noter pour suivi évolutif).
- Le diagnostic pour un patient en état critique avec ECG négatif sera : dissection aortique, pneumothorax massif, tamponnade cardiaque ou embolie pulmonaire massive.

Lorsque l'on a exclu l'urgence immédiate, on peut alors pratiquer l'art du diagnostic différentiel, en partant de l'anamnèse (facteurs de risque, caractéristiques de la douleur), de l'examen clinique, de la réponse aux nitrés ou aux anti-acides, et en s'aidant ensuite de l'ECG et des autres examens complémentaires (biologie sanguine, Rx thorax, ...). Voici quelques rappels utiles concernant les principaux diagnostics, hormis les douleurs d'origine "mécaniques" (douleurs dorso-costales, syndrome de Tietze ou arthrite chondro-sternale).

Le **zona** constitue un piège assez classique, la douleur pouvant précéder l'éruption durant quelques jours (chez le jeune adulte, rechercher l'immunodépression). L'**embolie pulmonaire** est un autre piège, mais à risque, celui-là. Le problème est ici que tant la clinique que l'ECG et la radio du thorax sont peu ou pas contributifs. Les D-dimères quant à eux n'ont qu'une valeur prédictive négative (trop de faux positifs). Si leur dosage révèle une valeur élevée, les guidelines actuels préconisent l'attitude suivante : si la clinique est suggestive et qu'il n'existe

pas d'autre diagnostic possible, il faut alors anticoaguler d'emblée. Si l'une de ces deux conditions n'est pas remplie, on peut alors passer d'abord par les examens complémentaires.

La **douleur cardiaque** est toujours ressentie comme une oppression plutôt qu'une "douleur" réelle, de façon non localisable, sur une surface qui va de l'épigastre jusqu'à la mâchoire et les dents, et pouvant même irradier vers l'épaule droite. La réponse aux nitrés est parfois difficile à interpréter (juger alors sur ECG) et peut d'ailleurs se voir avec les douleurs œsophagiennes. Il faut se rappeler qu'un infarctus peut être non douloureux chez le diabétique et la personne âgée, surtout la femme. L'ECG est éventuellement à répéter toutes les 5 minutes si le tracé initial est négatif. Hormis l'onde de Pardee, c'est surtout le sous-décalage horizontal du ST qu'il faut guetter (beaucoup plus significatif qu'un T négatif). La biologie, quant à elle, est toujours trop tardive (myoglobine positive après 2 à 4 heures). Si l'ECG est positif, un acte nécessaire et utile consiste en l'administration d'aspirine d'emblée.

Le **pneumothorax spontané** est assez fréquent chez le sujet jeune, fumeur, longiligne. Apparaissant à la toux, il détermine une douleur très vive et localisée. La radiographie est régulièrement négative. La **douleur pleurale** est latérale, vive, respiration-dépendante, bien localisable et ressentie comme une "douleur".

La **péricardite** (moins fréquente) est plus médiane ; également "douleur" vive et bien localisable. À noter que le classique frottement est en général peu perceptible et que l'ECG n'est pas toujours contributif (sus-décalage modéré et généralisé du ST).

La **douleur œsophagienne** est rétrosternale, n'est jamais irradiante et peut éventuellement céder aux nitrés.

La **dissection aortique** (chez l'hypertendu, le porteur de valve aortique bicuspidale, le Marfan) est ressentie comme une "déchirure" rétrosternale haute, pouvant irradier vers la base de la nuque. Les

signes de complication sont: syncope transitoire, déficits neurologiques, asymétrie de tension artérielle.

D'après l'exposé du Pr Pierre MOLS, cardiologue, Responsable du Service des Urgences et du SMUR, CHU Saint-Pierre, ULB.

Choisir parmi les génériques ou les médicaments les moins chers

À l'initiative de deux pharmaciens de la région liégeoise, Pascal Peeters et Alain Chaspierre, un groupe s'est constitué pour l'étude comparative des médicaments génériques existants dont l'objectif vise la recherche de la meilleure compliance et du moindre risque pour le patient. Ce groupe d'étude est à présent subsidié par le Groupement des Pharmaciens Francophones (GPF) et par l'APB. Les médicaments ont été comparés, avec l'accord des génériqueurs qui ont fourni les échantillons, sur base de critères uniquement techniques, objectifs, sans remise en question des critères de bio-équivalence, notamment.

Les différents critères d'analyse sont les suivants, avec pour certains, des choix de préférence pour l'une ou l'autre marque. **Fabricant**: en général, plusieurs génériqueurs se fournissent auprès d'un même grossiste. Donc, un excipient donné ou une présentation donnée se retrouve souvent pour différentes marques.

Dosages: certains génériques présentent toute la gamme, d'autres pas, ce qui peut nécessiter un changement de marque et donc de présentation avec l'évolution éventuelle des doses. Certains génériques proposent malencontreusement des comprimés de même aspect et volume pour des dosages différents (lisinopril, ...).

Conditionnement: certains proposent des petites boîtes, d'autres pas (intéressant pour initier ou éviter abus: alprazolam). Les formes en sirop peuvent, ou non, se présenter en grand format (100 cc), avec bouchon de sécurité, mention de la date de péremption après reconstitution, trait d'eau, etc. (amoxicilline, amoxiclav). Si l'omeprazole est délivré en boîte et non en blisters individuels, il faut alors inviter le patient à bien refermer la boîte entre les prises, cette molécule étant très sensible à tout apport d'humidité (risque élevé de désagrégation).

Forme galénique: certains comprimés ont une forme assez éloignée de la spécialité de référence (inconvenient pour le

changement vers le générique), d'autres sont soit fort gros (difficile à avaler), soit très petits (difficile à manipuler). La minocycline est à éviter en gélules, celles-ci étant plus susceptibles de coller aux parois de l'œsophage et donc d'entraîner des lésions d'œsophagite.

Sécabilité: certains comprimés sont difficilement sécables, voire non sécables, ce qui peut être un inconvénient dans certaines gammes thérapeutiques (cetirizine, sulpiride...). Une étude récente publiée dans le JAMA montre que les caractéristiques de sécabilité d'un comprimé peuvent entraîner des variations de doses de 9 à 37%. Certains comprimés sont assortis d'une ligne, tout en n'étant pourtant pas sécable (tramadol retard).

Couleur: intérêt d'une couleur chez les patients polymédiqués pour éviter les risques de confusion (lisinopril, ...).

Excipient: certains sont potentiellement allergisants (fluconazole: azarubine), ou devraient être évités chez certains patients (lactose, saccharose chez le diabétique, aspartame chez le phénylcétonurique).

Blister: il existe des blisters individualisables avec mentions complètes au verso, ce qui est hautement appréciable dans le cadre des collectivités.

Notice: selon une étude belge, 89% des patientes la lisent. Il est malheureux à cet égard, que certaines notices ne mentionnent pas toujours les mêmes indications que la spécialité de référence (sulpiride), ou soient par trop alarmistes quant aux effets secondaires (norfloxacine...).

Prix: c'est évidemment un critère qui a été considéré, mais il est bien compréhensible, à la lecture de ce qui précède, qu'il n'aura pas été le seul critère retenu. Tout renseignement ou demande d'organisation de réunion de concertation à ce sujet peut être adressé à Madame Prevot, coordinatrice du GPF, à l'adresse suivante: prevot@appl.be

D'après l'exposé de M. Alain CHASPIERRE, Pharmacien à Hamoir.

L'administration provisoire

L'administration provisoire est une mesure judiciaire qui vise l'administration des biens d'une personne jugée incapable de gérer ceux-ci, et non pas l'administration de la personne elle-même. Elle a pour **objectif** de protéger les biens contre tout mauvais usage par la personne elle-même et/ou tout abus de la part d'une tierce personne.

C'est ainsi que, **par exemple**, l'on pourrait retirer à des enfants, la gestion des

avoirs d'un parent qui n'a plus les capacités de gérer ses biens (sénilité, démence), lorsqu'il s'avère que les décisions de ceux-ci vont à l'encontre des intérêts et/ou de la santé de ce parent. C'est alors parfois le médecin traitant qui tire la sonnette d'alarme dans ce cas, et active la procédure. À l'inverse, un sujet alcoolique qui dilapiderait son argent en boissons pourrait aussi se voir placer sous administration de ses biens.

Les **raisons** qui peuvent amener à décider d'une telle mesure peuvent donc être aussi bien d'ordre psychologique ou mental (alcoolisme, démence, dépression, ...) que physique (hémiplegie, ...).

Le **demandeur** d'une telle mesure peut être "toute personne légitimement intéressée", qu'il s'agisse d'un membre de la famille, un ami, un voisin, le notaire ou le médecin traitant, etc. La demande doit être adressée au Juge de Paix de la résidence de la personne visée (ex: adresse de la maison de repos, ...). Elle est rédigée sur un formulaire ad hoc, accompagné d'un **certificat médical** récent (< 15 jours) donnant une description détaillée et circonstanciée de l'état de santé de la personne, motivant clairement la demande. Ce certificat peut être établi par tout médecin pour autant que celui-ci ne soit ni parent, ni allié, ni médecin attaché à la maison de repos, le cas échéant.

La **procédure** suivie est la suivante:

- Décision (ou non) de la mise sous administration provisoire par le Juge de Paix, après rencontre avec l'intéressé, et éventuellement après avis d'un expert médical.
- Choix de l'administrateur, celui-ci étant, si possible, un membre de la famille, sinon un professionnel, en général avocat (les honoraires de celui-ci s'élèvent à 3% des revenus de la personne administrée).
- Désignation d'une personne de confiance (membre de la famille, ami) qui servira d'intermédiaire entre le juge et l'administrateur.

Une mesure assez nouvelle consiste en ce que l'on appelle la **déclaration préalable**, à savoir la désignation anticipative d'un administrateur provisoire (un parent ou ami), en prévision de toute incapacité future.

D'après l'exposé de Maître Gery DE WALQUE, Juge de Paix à Uccle et Woluwe St-Pierre.