



Université de Montréal 

Décider en situation de complexité : repères pour la pratique clinique

Bernard Millette
Université de Montréal

Dominique Pestiaux
Université Catholique de Louvain



 Les Rencontres Prescrire 2010
28-29 mai 2010, Bruxelles, Belgique

Bienvenue !

Contexte - Questions

La pratique clinique se déroule la plus part du temps dans un contexte ambigu et incertain !



- ✓ Existe-t-il des balises, des stratégies utiles pour décider dans un contexte de complexité ?
- ✓ Les données scientifiques offrent-elles une base fiable pour décider ?
- ✓ Comment prendre la « meilleure » décision ?

La médecine factuelle (l'EBM) : une solide base de décision ?

□ **Bref rappel historique...**



- Le XIX^e : Pierre-Charles-Alexandre Louis
- Le XX^e siècle : L'approche scientifique privilégiée... les efforts de *Cochrane*
- Les années '80 et '90 : *Sackett et l'EBM* (« Evidence based Medicine »)
- Le XXI^e siècle : La vogue de la médecine factuelle (l'EBM), des guides de pratique... et leurs buts

L'EBM : une solide base de décision ?

□ **La décision clinique à partir de l'EBM**

- Explorons quelques cas ...

Les Recommandations de Bonne Pratique (RBP)

- Mme Toppils, 74 ans, souffre de BPCO, diabète type 2, ostéoporose, hypertension, et ostéoarthrite.
- ⇒ Les RBP pour des problèmes de sévérité modérée :
 - ✓ Privilégier un traitement simple et peu coûteux (génériques)
 - ✓ Privilégier des médicaments actifs sur plus d'une affection

Votre avis ?



En suivant les recommandations actuelles, combien de médicaments devrait prendre cette patiente?...

1. 6
2. 8
3. 10
4. 12

En suivant les RBP...


- 12 médicaments, 406 \$US/mois, régime, effets secondaires...
 - RBP/Co-morbidité et vieillissement?
 - Évaluation de la charge des recommandations?
 - Qualité des évidences scientifiques ?
 - Buts à court et long termes?
 - Préférences des patients?

Boyd C. et al. *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance.* JAMA. 2005;294:716-724.

Une toux récente...

- Mme Toutant, 34 ans, vous consulte pour un épisode récent de toux avec fièvre et dyspnée.
- Opérée, il y a 3 mois, pour hernie discale avec sciatgie.
- RX thorax ce jour : pneumonie.

Que faites-vous?



Vous prescrivez ...

1. Pénicilline V: 3 X10⁶ unités, 7 jrs
2. Amoxicilline: 3X500mg/jour, 7-10jrs
3. Amoxicilline-ac.clavulanique: 875 mg tid, 8 jrs
4. Clarythromycine: 2X500 mg, 7-10jrs

Université de Montréal UCL

Que nous disent les guides de pratique pour le premier choix d'AB ?

- ASP (Norway 2008) (IRF Denmark 2003) beta-lactam:
 - Penicillin V, 3x2x10⁶ unités 7-10 jrs
- BAPCOC (Belgium)2008
 - Beta-lactam, amoxicillin 3X1g 8jrs
(en Suisse : + ac.clavulanique)
- CIO (Italy) 2004
 - Macrolide (clarithromycin), 2x500 mg 5-10jrs
- Great Britain
 - Amoxicillin, 3x500 mg 7-10jrs

NB : en méd. Communautaire, 0 agent pathogène identifié = 49,8% des cas


Université de Montréal UCL

Un zona très douloureux...

- Mme Souffrant, 68 ans, vous consulte pour un zona intercostal très douloureux (ceinture de feu) évoluant depuis quelques jours et dont l'éruption est apparente depuis la veille.
- Selon elle, il existerait un bon médicament pour soigner cette maladie et elle vous demande de lui prescrire car elle a eu un oncle qui a beaucoup souffert de douleurs prolongées.

Université de Montréal UCL

Que faites-vous?



Vous prescrivez ...

1. De l'aciclovir 800mg 5/J, 7 jours et un antalgique (*palier 1 ou 2*)
2. Un antalgique (*palier 1 ou 2*) et rassurez la patiente
3. Un corticoïde, un antalgique (*palier 1 ou 2*) et vous rassurez la patiente
4. De l'aciclovir, un corticoïde et un antalgique (*palier 1 ou 2*)

Université de Montréal UCL

Que dit la littérature ?

- Pubmed:
 - Zona and aciclovir: 1660 réf.
 - Advanced search: 6 réf.
- Réf.N° 1: *Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006866. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. Li Q et al.*

Conclusion du Cochrane

- 6 randomised controlled trials (1211 pts):
 - 5 trials with oral acyclovir,
 - 1 trial (419 pts) with oral famciclovir
 - No significant difference between oral acyclovir and control groups on the incidence of PHN after the onset of the acute herpetic rash
(4 months : risk ratio (RR), 0.75; 95% CI 0.51 to 1.11; P = 0.15 ;
 6 months : RR 1.05, 95% CI 0.87 to 1.27; P = 0.62)
- **AUTHORS' CONCLUSIONS :**
Oral acyclovir did not reduce the incidence of PHN significantly

Conclusion de la Revue Prescrire

- Pts >70 ans, non immunodéprimés, avec zona sans gravité ou atteinte ophtalmique :
 - Risque minime de complications et douleurs peu intenses : Antiviral non justifié
 - Soins locaux et antalgiques suffisants
- Si douleurs très sévères à la phase aiguë :
 - Tx antiviral = moins de risques que corticothérapie pour une efficacité similaire
 - Association des deux = Ø avantage démontré

La revue Prescrire, 2007 ; 27 (283) : 365-371.

Commentaires

- La prescription est habituelle
- Les données existent, mais sont-elles utilisées (... et utiles) pour agir?

Un petit cœur agité...

- M. Maloqueur, 66 ans et en pleine forme, présente une FA.
- Il refuse de prendre les anticoagulants recommandés :
« Je ne veux pas avoir les contraintes et risques liés à l'anticoagulation.... », dit-il.



Que faites-vous?

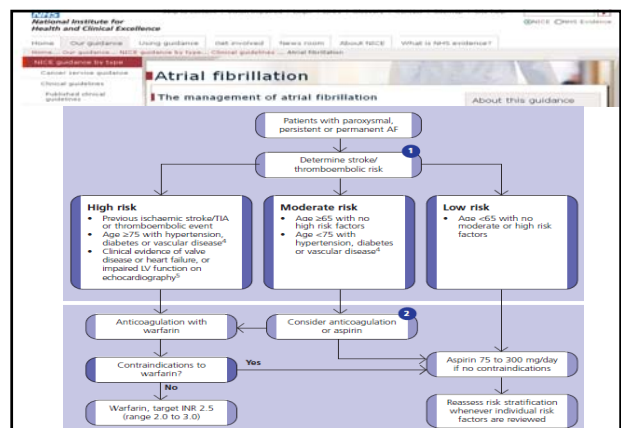


1. Insistez lourdement pour qu'il accepte
2. Lui faites signer une décharge pour vous protéger
3. Lui prescrivez de l'aspirine
4. Lui prescrivez de l'aspirine et du dypiridamole
5. Lui prescrivez du clopidogrel



Quelles évidences pour décider ?

- 6 essais randomisés (début années '90) :
 - Réduction du Risque Relatif (RRR) :
 - Anticoagulants: 68%
 - Aspirine: 36%
 - Complications avec anticoagulants: 0,3% versus 0,1% (placebo)
 - NNT (« Number needed to treat ») : 40 pts traités X 1 an éviterait 1 AVC



« Décider en situation de complexité : repères pour la pratique clinique »

Vous avez dit complexité...

□ Stratification du risque d'AVC avec le score **CHADS**

- C** : Congestive heart failure = 1
H : HTA = 1
A : Âge > 75 ans = 1
D : Diabetes mellitus = 1
S : prior Stroke or TIA = 2

Annual Stroke Risk

CHADS ₂ Score	Stroke Risk %	95% CI
0	1.9	1.2-3.0
1	2.8	2.0-3.8
2	4.0	3.1-5.1
3	5.9	4.6-7.3
4	8.5	6.3-11.1
5	12.5	8.2-17.5
6	18.2	10.5-27.4

Gage B. et al. (2001). Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA. 2001. 285 (22): 2864-70

Steiner T. et al. (2006). Intracerebral hemorrhage associated with oral anticoagulant therapy: current practices and unresolved questions. Stroke. 2006. 37 (1): 256-62

Quelques questions...

- Les caractéristiques de la population étudiée :
 - * *similaires à votre patientèle?*
- Follow-up observés durant ces études :
 - * *une compliance vécue en MG?*
- Stratification du risque et généralisation du traitement :
 - * *possibles en pratique quotidienne?*

Quelques questions concernant les anticoagulants et la FA sur les études...

- SPINAF trial:
 - 93% des patients éligibles exclus (1/3: alcoolisme, condition sociale ou psychiatrique)...
- Drop out rate:
 - 38% (AFASAK study), 10% (BAATAF study), 26% (CAFA study)...
- Beaucoup d'essais avec hypocoagulation
 - 50% du temps, CAFA study
- Durée moyenne de traitement: 18 mois
- ...

Quelle utilité aux données de recherche ?

« *Their growing number and heterogeneity in terms of recommendations and justifications create a most disturbing situation for physicians, as the logic of these differences is not always apparent* »

Tulkens P, Carbonnelle S, Lismond A, Pestiaux D, Van Bambeke F. *Guidelines for antibiotic treatment of community-acquired pneumonia in general practice: a critical appraisal* (Submitted to Lancet Infectious disease).



Mais revenons au problème de M. Maloqueur...

- M. Maloqueur, 66 ans en pleine forme, mais ayant une FA, refuse de prendre des anticoagulants afin d'éviter contraintes et risques perçus reliés à ce tx....
- D'origine maghrébine et marié depuis 32 ans, il vit dans un petit village rural européen et s'occupe seul de son épouse handicapée suite à un AVC hémorragique
- Comme professionnel, vous avez vu, à la fois, des complications de l'anticoagulothérapie et les dégâts d'incidents emboliques



Comment procéderiez-vous pour « décider » ? « Buzz session »

La question :

Dans cette situation « singulière »,

- (1) quelle serait votre démarche pour arriver à une décision ?
- (2) quels éléments, selon vous, influenceront le processus de décision?

Merci !



Comment prendre la « meilleure » décision ?

- Pas de solutions simples
...des solutions simplistes, peut-être !
- Des points à clarifier et à résoudre :
 - La « meilleure » décision : pour qui, pour quoi !
 - La science : sa place dans la décision !
 - Le défi de tout concilier : situation singulière, patient, praticien, données de recherche... !



La « meilleure » décision : pour qui, pour quoi ?

- Pour qui :
 - Le patient ?
 - Le professionnel de la santé (Prof.) ?
 - L'agent payeur ?
 - La société civile ?
- Pour atteindre un résultat de quelle importance, de quelle nature ... ?



En se basant sur quelles données scientifiques?

« Il n'existe pas de science de l'individu »

Aristote

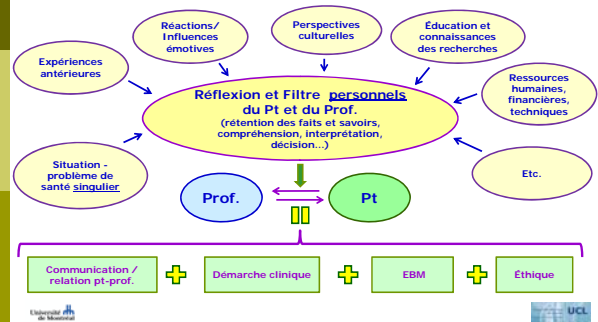
- ⇒ Or, la recherche scientifique étudie des cohortes, des populations... pour tenter d'en tirer des règles générales
- ⇒ D'où, l'incertitude dans l'application de ces règles à un individu dans une situation singulière



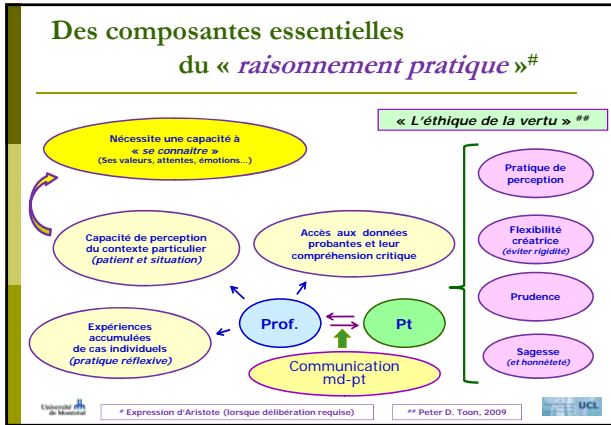
Que faire...



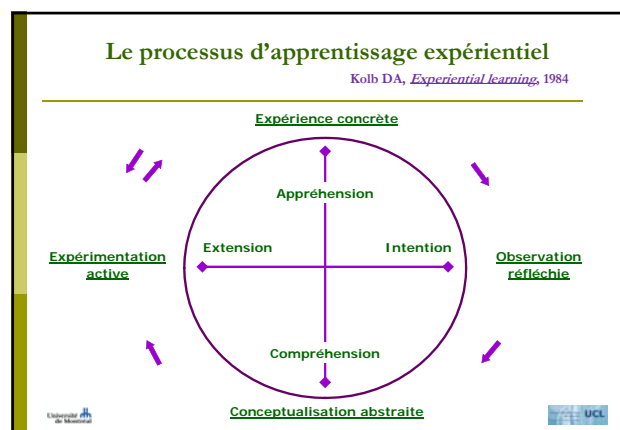
Les influences sur la décision clinique

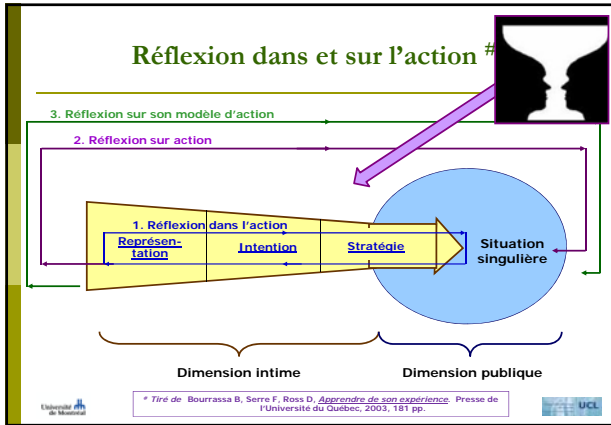


« Décider en situation de complexité : repères pour la pratique clinique »



- ### Les étapes d'une décision partagée
- * Inspiré et traduit de Elwyn G, Edwards A, Kirnesley P. *Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation*. BJGP. 49: 477-482, 1999.
- Créer un environnement où le pt sent ses opinions valorisées et nécessaires
 - Susciter l'expression par le pt de ses préférences
 - Partager avec le pt, de façon claire, simple et non biaisée, les infos sur les hypothèses Dx, les alternatives de Tx, les risques...
 - Aider le pt à balancer « risques/bénéfices » de sorte qu'il ne choisisse pas à partir d'une conception erronée des données et de la situation
 - Rendre explicites les incertitudes entourant le processus de prise de décision clinique

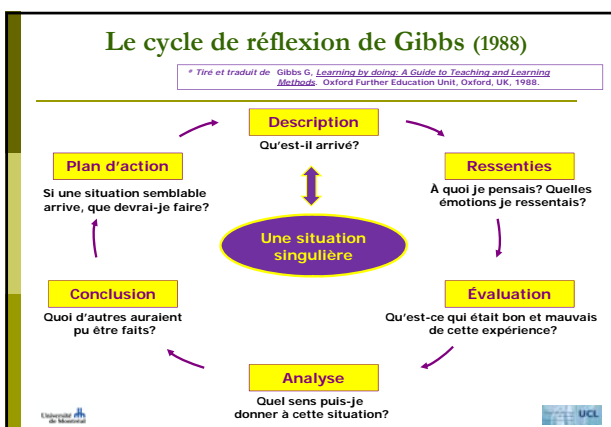




Un incontournable

LA PRATIQUE RÉFLEXIVE !

- Modèles et outils...
 - Approche de Boud et coll. (1985)
 - *Cycle réflexif de Gibb (1988)*
 - Réflexion structurée de Johns (2000)
 - Canevas de réflexion de Rolfe et coll. (2001)
 - etc.



La réflexion structurée de Johns (2000)

* Tiré et traduit de Johns, C. *Becoming a Reflective Practitioner*. Blackwell: Oxford UK, 2000.

1 / 2

- Regard en soi
 - Trouver un espace pour se centrer sur soi
 - Être attentif à ses pensées et émotions
 - *Écrire* les pensées et émotions significatives

La réflexion structurée de Johns (2000)

* Tiré et traduit de Johns, C. *Becoming a Reflective Practitioner*. Blackwell, Oxford UK, 2000.

2 / 2

- **Regard vers l'extérieur**
 - **La situation** : La décrire par écrit et en dégager les enjeux
 - **Esthétique** : Qu'est-ce que j'essaie de réaliser (« de bien »)? Pourquoi ai-je agi (réagi) comme je l'ai fait?
 - **Personnel** : Pourquoi je me sens comme je me sens dans cette situation?
 - **Éthique** : Ai-je agi pour le mieux?
 - **Empirique** : Quelles connaissances m'ont été utiles ou auraient pu m'être utiles?
 - **Réflexivité** : Est-ce que cette situation peut être liée à d'autres précédentes? Comment aurai-je pu faire mieux?

Université de Montréal UCL

Le canevas de réflexion de Rolfe (2001)

* Tiré et traduit de Rolfe G et coll. *Critical Reflection in Nursing and Helping Professions* Palgrave Macmillan, Basingstoke UK, 2000.

- **Quoi (« what ») ?**
 - *Quel est le problème? ...mon rôle? ...ce qui est arrivé? ...les conséquences? ...*
- **Puis après (« so what ») ?**
 - *Qu'est-ce qui s'est passé dans ma tête? ...aurai-je dû? ... sais-je ce qui est arrivé et pourquoi? ...*
- **Et maintenant quoi (« now what ») ?**
 - *Qu'est-ce que je dois faire? ...les enjeux plus grands que cela soulève? ...je fais quoi? ...*

Université de Montréal UCL

En conclusion ...

« La pratique subjective sans les données de l'évaluation méthodique est nocive. La pratique fondée sur les niveaux de preuves réduite à l'état de cathéchisme l'est tout autant. »

Les trois strates, août 2008 ; 28 (298) : p. 609.

Sackett et coll., EBM, 2000

Université de Montréal UCL

Les éléments essentiels pour décider....

Université de Montréal UCL

Principales références (1)

- Fortin, R. (2000). *Comprendre la complexité : Introduction à La Méthode d'Edgar Morin*. Montréal et Paris: Les Presses de l'Université de Laval et L'Harmattan.
- Fox, R. (2000). Medical Uncertainty Revisited. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. C. Scrimshaw (Eds.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 409-425). London: Sage Publications.
- Gillies, J. C. (2005). *Getting it right in the consultation : Hippocrates' problem: Aristotle's answer* (Occasional Paper 86). London: The Royal College of General Practitioners.
- Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think : Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. New-York: Oxford University Press.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-Based Medicine : How to Practice and Teach EBM* (2 ed.). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Sweeney, K. (2006). *Complexity in Primary Care : Understanding its value*. Abingdon, UK: Radcliffe Publishing Ltd.



Principales références (2)

- Toon, P. D. (1999). *Towards a Philosophy of General Practice : a Study of the Virtuous Practitioner* (Occasional Paper 78). London: The Royal College of General Practitioners.
- Tyreman, S. (2000). Promoting critical thinking in health care : Phronesis and criticality. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, 117-124.

