

# L'insuffisance cardiaque chronique pose-t-elle des problèmes éthiques?

Dans la stratégie que vous allez lire dans ce numéro de PrimaryCare (page 835), trois points m'ont frappés:

- au-dessus de 75 ans, la prévalence de l'insuffisance cardiaque dans la population générale peut atteindre 15%,
- de ces 15% d'insuffisants cardiaques, 60 à 70% souffrent de maladie coronarienne,
- l'insuffisance cardiaque due à une atteinte ischémique a un pronostic particulièrement mauvais. De ce fait, il est important de rechercher la présence d'ischémie myocardique réversible en vue d'une revascularisation coronarienne.

De ces énoncés, je conclus que jusqu'à 10% de nos patients âgés de plus de 75 ans devraient avoir subi des investigations approfondies de leurs coronaires, être revascularisés ou candidats à des interventions invasives de revascularisation.

Ceci me plonge dans la perplexité, car il me semble que souvent, à cause de leur âge, nous nous abstenons de proposer des examens invasifs à nos patients. Parfois, cette attitude est bouleversée par la consultation de spécialistes cardiologues ou cardiocirurgiens, qui peuvent avoir un jugement différent face à nos patients âgés.

Pourquoi la pratique ambulatoire semble-t-elle ici si différente de la stratégie proposée par la Policlinique de Médecine? Parce que l'on passe son temps à faire des choix, en les communiquant plus ou moins clairement au patient. Mais diable, au nom de quoi oserais-je ces choix?

Cela m'amène à développer une réflexion concernant *les facteurs qui influencent la décision médicale*, dans le colloque singulier avec le patient. Je n'ai trouvé que relativement peu de sources d'informations sur ce sujet dans la littérature. Une étude publiée par Bradley CP [1], donne quelques pistes.

Concernant le patient, la décision de prescrire est influencée par:

- son âge (sic!),

- son ethnie, sa classe sociale et son éducation,
- sa fidélité au médecin (la connaissance qu'a le médecin de son patient face à des problèmes de santé antérieurs),
- les sentiments qu'il suscite chez son médecin,
- ses facilités de communication,
- et le désir qu'il suscite chez son médecin de maintenir une bonne relation.

Chez le médecin, les influences sur la prescription sont:

- son jugement personnel face aux traitements proposés,
- sa propre perception du rôle de médecin et ses attentes face à la profession,
- sa tolérance face à l'incertitude,
- l'influence des pairs,
- les facteurs liés à la logistique disponible/offerte,
- l'expérience de mésaventures médicales ou thérapeutiques.

Il est impressionnant de voir, dans cette étude, combien des facteurs relationnels, sociaux, logistiques, ou même de perception de son propre rôle de médecin influencent la prise de décisions. Quoi de plus subjectif, par exemple, que le jugement ou l'évaluation de l'âge «biologique» du patient!

Face à ces décisions difficiles de proposer ou non des thérapies potentiellement lourdes au patient, deux parademes contradictoires sont possibles:

- on peut ressentir le besoin de critères clairs de rationnement de l'offre de soin, ce qui dispenserait le médecin d'engager sa responsabilité face à un patient spécifique;
- à l'inverse, on peut vouloir se battre pour sa liberté thérapeutique – liberté de décider de tout faire, ou au contraire de s'abstenir de certains traitements jugés lourds.

La vérité se situe probablement entre ces deux extrêmes. Mais si l'on se bat pour maintenir une certaine liberté du médecin et du patient, il convient de bien connaître la multiplicité des facteurs – plus ou moins honorables! – influençant la décision, chez le médecin comme chez le patient.

*François Mottu*

**Références**

- 1 Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners. Br J Gen Pract 1992;42(364):454-8.

**Commentaires du docteur Juan Sztajzel, co-auteur de la stratégie**

La généralisation des recommandations, telle qu'elle ressort de phrases isolées du contexte de la stratégie, est gênante. La stratégie sera néanmoins modifiée, en disant qu'il est important de *considérer/d'envisager* la recherche d'ischémie réversible.

En effet, il convient de tenir compte avant tout de l'état de la personne âgée: indépendance, qualité de vie, ou signes physiques (en se souvenant que la dyspnée peut être un équivalent angoreux). Ce qui est en jeu dans le traitement invasif des coronaires, c'est de soulager le muscle qui vit encore, mais souffre. Le pire des scénarios étant des hospitalisations répétées pour insuffisance cardiaque. Il ne faut enfin pas dramatiser le traitement des coronaires: les pontages sont de moins en moins nécessaires; la mise en place de stents peut se faire avec de brèves hospitalisations.