

## DECISION MEDICALE PARTAGEE<sup>1</sup> CONCERNANT L'ARRET D'UN OU PLUSIEURS TRAITEMENTS DANS LE LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen de Marseille

Email : [l.chiche@hopital-europeen.fr](mailto:l.chiche@hopital-europeen.fr)

Retrouvez dans ce document :

- **Les critères et modalités d'arrêt** : Checklist en vue d'un sevrage au cours du LES (« SLE WEAN CHECKLIST »),
- **Information et consentement patient.**



*Ce document est une proposition d'outil de travail destiné aux médecins spécialistes du lupus. Les retours d'expérience sur son utilisation et commentaires pour son amélioration sont bienvenus.*

[1] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04\\_decision\\_medicale\\_partagee\\_mel\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf)

# SLE WEAN CHECKLIST

## 1. Evaluation de l'activité actuelle du LES

Rémission obtenue :  Oui  Non

Selon les critères de :  Rémission (DORIS)  Faible activité (LLDAS)

Autre, précisez : .....

### Avec un traitement actuel comprenant

Poids ..... Kg

Classe thérapeutique	Oui / Non	Nom	Dose actuelle	Année initiation
Cortisone <sup>§</sup>				
Antipaludéens				
Immunosuppresseur				
Biologique				

Durée de la rémission : ..... mois / an

Sévérité de la dernière poussée :  Oui  Non

Nature de la dernière poussée : .....

Début de la maladie : .....

## 2. Evaluation contextuelle des facteurs présents ou anticipés pouvant déstabiliser le LES\*

### Facteurs de risque de poussées

- Actuels (ex : tabagisme, stress) : .....
- Anticipés (ex : projet grossesse) : .....

Symptômes de type 2\*\* évolutifs :  Oui  Non

Si oui, lesquels : .....

Non observance :  Oui  Non

Pour quels traitements : .....

Addictions :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

Problématiques sociales :  Oui  Non

Si oui, lesquelles : .....

<sup>§</sup> Les critères DORIS et LLDAS comprennent respectivement une dose de cortisone  $\leq 5$  et  $7,5$  mg/jour.

\* les éléments de cette section peuvent faire l'objet d'une proposition de participation à des ateliers d'ETP correspondants, en parallèle des prises en charge spécifiques.

\*\* Le type 2 correspond aux symptômes suivants : fatigue chronique, anxio-dépression, douleurs diffuses/myalgies, troubles du sommeil, dysfonction cognitive qui ont tendance à se chroniciser durant l'évolution de la maladie et ne sont pas liés à une poussée de LES.

### 3. Définition des objectifs du sevrage thérapeutique et choix partagé des modalités pratiques

Le traitement à interrompre est : .....

L'objectif est un sevrage :                     Complet     Partiel     Transitoire\*\*\*

Modalités de sevrage : (ex : décroissance et arrêt de la corticothérapie sur une période de 3 mois en passant par les posologies successives de .....)

.....  
.....  
.....

Modalités de suivi : (ex : suivi clinique et biologique 1/mois pendant les 3 mois suivant l'interruption complète du traitement X avant de reprendre un rythme de suivi habituel tous les .....)

.....  
.....  
.....

## Information et consentement du patient

Mon médecin spécialiste qui me suit pour un Lupus systémique estime que l'évolutivité de ma maladie est satisfaisante, et après une évaluation de la balance bénéfique/risque (c'est-à-dire en tenant compte de l'importance des traitements pour le maintien de la rémission de mon lupus, mais aussi de certains effets secondaires possibles de ces mêmes traitements pris au long cours), permet d'envisager la diminution ou l'interruption d'un de mes traitements.

J'ai bien compris qu'il existait un risque de rechute (poussée) de mon lupus, risque estimé comme relativement faible dans ma situation, permettant, avec un suivi adéquat, de tenter selon un protocole défini la baisse voire l'arrêt de ce traitement.

J'ai bien compris que dans la période qui suit l'arrêt de ce traitement, mon suivi sera renforcé et que je devrai signaler tout signe d'une éventuelle rechute de mon lupus, afin de pouvoir rapidement la contrôler. Cet essai de sevrage ne signifie donc en aucun cas un arrêt du suivi régulier avec mon spécialiste.

J'ai bien compris que la bonne observance des traitements restants, et le respect des consignes d'éviter les éléments favorisant l'activité de mon lupus (tabac, exposition importante aux UV, etc...) est capitale pour favoriser la réussite de ce sevrage.

Après un temps de réflexion, je confirme mon souhait de suivre le protocole de sevrage tel que décidé conjointement avec mon spécialiste.

Date : ..... / ..... / .....

Signature du patient :

Signature du médecin spécialiste :

---

\*\*\* par exemple du fait d'une interaction avec un autre traitement d'une autre pathologie intercurrente, d'une CI avec une grossesse, ou d'un besoin de « vacances thérapeutiques » exprimé par le patient.