Bruno Kissling; Peter Tschudi, Lilli Herzig

La complexité et l'incertitude en médecine de famille

Résumé de l'information aux médias concernant le congrès Wonca Europe 2009 de Bâle

La complexité et l'incertitude jouent un rôle essentiel dans toute la médecine, mais plus particulièrement encore en médecine de famille. Une gestion professionnelle de la complexité et de l'incertitude est un impératif incontournable dans toute action médicale, à plus forte raison dans la médecine de famille. Le lecteur pourra s'en convaincre sans peine à la lecture des pages qui suivent.

Un système complexe est constitué par un certain nombre de sous-systèmes de natures diverses, capables d'autorégulation et d'adaptation et se trouvant dans un état d'équilibre interactif plus ou moins précaire. Toute intervention extérieure dans le système global déclenche dans chacun de ces sous-systèmes – selon des règles qui leur sont propres – des réactions largement imprévisibles d'adaptation aux changements d'environnement; ces réactions d'adaptation ont pour but de restabiliser le sous-système concerné au sein du système global. Dans l'idéal, il en résultera un nouvel état d'équilibre instable mais au pire des cas le système global volera en éclats. Toute tentative d'influencer un système complexe comporte donc une incertitude fondamentale et constitue une entreprise pour le moins risquée. On ne connaît jamais à l'avance toutes les répercussions qu'une intervention ponctuelle peut avoir sur l'ensemble de la structure.

L'action du médecin et plus particulièrement celle du médecin de famille doit constamment osciller entre les «hard facts» (faits établis) *linéaires* de l'évidence scientifique et les «soft facts» (réflexions empiriques) *complexes* émergeant de l'expérience clinique. Et cela en fonction de la situation familiale et professionnelle de chaque individu, de ses croyances, des informations dont il dispose et de ses expériences passées … bref, de son vécu personnel … On pourrait aussi l'exprimer ainsi: la consultation implique la rencontre de deux mondes complexes – la maladie (illness) telle que vécue par le patient et la maladie en tant que diagnostic (disease) vue par le médecin.

En tant que première structure d'accueil pour toutes les personnes dans la société, la médecine de famille est confrontée à des affections non sélectionnées, se trouvant souvent encore à un stade précoce et donc non différencié. La véritable signification des signes et des symptômes, par exemple d'une douleur thoracique, ne peut fréquemment qu'être suspectée à ce stade. Les plaintes des patients se ressemblent en effet, qu'il s'agisse d'une affection bénigne, ayant toutes les chances de guérir d'elle-même, ou des premiers signes d'une maladie grave, peut-être même potentiellement fatale à plus ou moins brève échéance. Alors, simple surveillance attentive ou action immédiate?

Le suivi au long cours des patients polymorbides et/ou atteints de maladies chroniques: chez ces patients, la guérison n'est en général pas possible. Pour assurer une qualité de vie relativement bonne, le médecin de famille travaille fréquemment en réseau thérapeutique (chronical care model) avec la famille, des spécialistes et du personnel de soins. Il peut proposer des traitements médicamenteux, des mesures physiques et des interventions diverses, permettant une prise en charge globale. Toutes sortes d'interférences et de lacunes de communication peuvent mettre ces patients en danger.

La peur est un sentiment irrationnel et donc complexe. Il s'agit d'un instrument vital de mise en alerte. Elle peut cependant s'autonomiser et devenir une maladie. La peur de … est souvent le principal motif de la consultation chez le médecin de famille, car elle renforce les troubles préexistants. Il faut alors de grandes qualités de communicateur pour parvenir à aborder avec le patient la question des problèmes psychosomatiques et psychosociaux éventuellement en rapport avec ses symptômes physiques. L'inattention de la part du médecin dans la prise en charge à ce stade peut dans certaines situations induire de nouvelles peurs et aggraver le risque de chronicisation psychosomatique (trouble somatoforme).

Disease mongering: des prestataires de santé font jouer la peur au moyen de campagnes sur tous les canaux médiatiques. Des troubles bénins sont montés en épingle et deviennent ainsi de nouvelles «maladies» nécessitant absolument un traitement … naturellement lucratif (disease mongering). Le médecin de famille – lui-même en proie au doute – se doit de conseiller correctement les patients venus le trouver dans ce contexte de désécurisation et d'incertitude et de les préserver de nouvelles désillusions.

> La consultation implique la rencontre de deux mondes complexes – la maladie (illness) telle que vécue par le patient et la maladie en tant que diagnostic (disease) vue par le médecin.

La prévention est un domaine qui joue un rôle de plus en plus important dans la médecine de famille. Malheureusement, la sensibilité et spécificité de beaucoup d'examens préventifs – par exemple le PSA dans la domaine de l'épidémiologie de la médecine de famille – sont insuffisants. Entre le NNT (number needed to treat) et le NNT (number needed to harm) s'enflamme la question éthique: combien de personnes avons-nous le droit de rendre potentiellement malades pour en sauver une seule? Ou à l'inverse, combien de cas réellement atteints pouvons-nous nous permettre de manquer? «La prévention d'une prévention inutile» (prévention quaternaire) est un thème d'aujourd'hui.

Correspondance:
Dr Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenauweg 6, 3006 Berne
kissling@primary-care.ch

ELPS: Electronic Long – Paper Short
Vous souhaitez en savoir plus? Les articles de PrimaryCare marqués du logo ELPS paraissent dans une version imprimée abrégée et une version longue plus complète sur le site www.primary-care.ch – avec des présentations Powerpoint, des tableaux et des photos –, à l'intention des lecteurs et lectrices qui souhaitent en savoir davantage sur les thèmes abordés.