

Johannes G. Schmidt

Les preuves scientifiques, le patient et l'art médical

En réalité, il n'existe pas de traitements spécifiques pour des maladies spécifiques [1]. Dans la pratique, nous sommes confrontés à différents patients dont le «tableau d'ensemble» est déterminé par l'interaction entre la pathogenèse et la salutogenèse, c.-à-d. entre la maladie et le potentiel de guérison de l'hôte. Les maladies sont toujours plus ou moins compensées par la santé et par l'autoguérison et même dans les cas sévères, elles sont souvent vaincues. Les mesures de soutien, qui se concentrent sur la résistance et la santé globale du patient, peuvent transformer une évolution défavorable en une évolution favorable, sans que la maladie à proprement parler ne doive être traitée. Il reste toujours du devoir de la médecine de «traiter» le patient et pas uniquement sa/ses maladie(s); les diagnostics pointilleux de maladies et le traitement avec succès de maladies peuvent parfois être plus nuisibles que profitables aux patients.

Variabilité et complexité de la situation du patient

Dans la médecine, l'utilisation irréfléchie des statistiques est devenue monnaie courante, lissant la grande diversité «problématique» dans la routine universitaire et dissimulant les grandes divergences naturelles par rapport à la moyenne, alors que ces divergences déterminent en réalité la pratique. Cependant, l'expérience professionnelle médicale conduit également à une prise de conscience personnelle et à une compréhension qui permet de cerner la capacité de guérison variable des patients et incite à prendre au sérieux le point de vue du patient. De fait, les patients (entêtés) savent parfois mieux que nous, médecins, comment retrouver la santé, même en s'éloignant «dangereusement» de la procédure médicale «correcte» [2]. Dans le processus de guérison, de «nombreux chemins peuvent mener à Rome». Pour une médecine profitable au patient (individuel), nous avons besoin d'expérience et d'une connais-

sance différenciée de l'être humain – et nous devons également considérer de manière discriminative les «preuves scientifiques». Les preuves provenant d'études (contrôlées) ne sont toujours que des données moyennes et le *Number-Needed-to-Treat* est rarement si bas qu'une mesure est efficace dans tous les cas. Même un traitement «basé sur l'évidence» peut aboutir à un mauvais résultat et à l'inverse, la situation peut évoluer favorablement sans traitement. Ainsi, même les résultats issus de bonnes études ne constituent toujours qu'un demi-savoir. Dans la pratique, il convient dès lors d'organiser les preuves dans un tableau à quatre cases (tout du moins mentalement) afin de bien prendre conscience de la très grande étendue des «déviation».

Le tableau à quatre cases montre clairement qu'il y a toujours des patients qui sont en proie à des effets indésirables ou décèdent à cause d'un médicament (en moyenne) efficace, même si cela est moins fréquent que les décès évités grâce au traitement [3]. Sur la (seule) base du diagnostic, il nous est impossible de prédire dans quel cas le traitement ou le non-traitement sera bénéfique ou délétère. Ainsi, le médecin doit toujours se demander si, avec un traitement efficace, il aide effectivement le patient individuel à aller mieux ou au contraire, si cela ne fait que causer des effets indésirables et le rend plus malade. Dès lors, le médecin attentif se pose la question de savoir si et comment il peut reconnaître les patients à qui le traitement est plutôt profitable et ceux à qui il cause des désagréments, affaiblissant leurs forces vitales. Dans une pratique «sensible», le patient et son opinion, ses pensées et ses espoirs, ainsi que sa conception de la vie jouent un rôle déterminant. Nos désirs de venir en secours aux patients et la tendance médicale actuelle à l'activisme ne devraient pas opprimer le patient. Objectivement, la décision d'initier un traitement peut être bonne ou mauvaise, tout comme la décision contre un traitement. Poser un bon diagnostic peut toujours être objectivement bénéfique ou néfaste, au même titre que ne pas poser un diagnostic [4].

Médecine basée sur l'évidence

Ainsi, les preuves scientifiques formelles fournissent uniquement un savoir approximatif (un demi-savoir) et la notion de traitement «basé sur l'évidence» constitue dès lors en toute logique une surinterprétation tatillonne et erronée. Les «traitements basés sur l'évidence» ne sont toujours qu'une option de laquelle il faut s'éloigner avant tout lorsque le patient imagine une autre voie pour lui ou réagit avec des effets indésirables – ou lorsque le médecin, grâce à ses expériences bien réfléchies, voit d'autres possibilités. De nombreux résultats d'études contrôlées ont un poids certain, mais ils ne peuvent pas nous dicter ce que nous devons exactement faire dans la complexité de la pratique. La performance historique des études contrôlées réside bien plus dans le fait qu'elles ont permis et permette encore de démasquer des illusions dans la pensée médicale, dans ce sens qu'elles permettent d'identifier des biais de confusion et des erreurs de substitution qui se cachent derrière des théories pathologiques et étiologiques fausses ou trop simplistes. La médecine basée sur l'évidence s'est

		Décès par cancer du sein	
		+	-
Traitement adjuvant	+	a	b
	-	c	d

a = Décès par cancer du sein sous traitement **A**
b = Survie sous traitement **B** **A = Déviation**
c = Décès par cancer du sein sans traitement **B** **B = Confirmation**
d = Survie sans traitement **A**

Figure 1

Tableau à quatre cases à l'exemple d'un traitement adjuvant du cancer du sein.

toujours voulue être une méthode de questionnement exact, il n'a jamais été question d'évincer le jugement clinique et la différenciation clinique. Dans la complexité de la pratique, la médecine basée sur l'évidence aspire principalement à nous guider afin que nous posions les questions essentielles nous permettant de réaliser une bonne évaluation [5].

Par conséquent, la médecine basée sur l'évidence est avant tout une école de pensée. Il faut beaucoup d'entraînement aux méthodes de l'évaluation critique («critical appraisal») et de la prise de décision médicale («medical decision making», raisonnement poussé systématique en pesant les pour et les contres) pour pratiquer une bonne médecine (de famille) qui soit centrée sur l'intérêt du patient. Les statistiques sont uniquement analytiques en deuxième ligne; elles sont avant tout descriptives – et dévoilent ainsi la grande variabilité de la nature, ce qui oblige à ordonner de manière judicieuse la phénoménologie aux multiples facettes. Ainsi, les statistiques ont en premier lieu une dimension qualitative, sans laquelle les abstractions quantitatives sous forme de valeurs moyennes, coefficients de corrélation et valeurs de significativité ne feraient qu'opacifier la réalité au lieu de la refléter avec transparence. C'est uniquement le contexte qui permet de déterminer si les diagnostics et théories pathologiques sont exacts ou manquent de pertinence. La spécificité et la sensibilité se concurrencent mutuellement. Si l'on est sensible et pertinent, on est nécessairement peu précis et peu spécifique. À l'inverse, si l'on est précis et spécifique, on est nécessairement peu sensible et peu pertinent, ne cernant plus les problèmes réels dans la pratique – les arbres (détails) cachent alors la forêt (contexte). Trouver le bon équilibre entre les exigences de spécificité et de sensibilité nécessite des compromis réfléchis [6]. Une bonne compréhension des statistiques permet de s'apercevoir qu'il est faux de croire qu'un bon diagnostic et une médecine scientifique reposent sur une spécificité la plus élevée possible et sur des mesures techniques et examens d'imagerie les plus exacts possibles [7].

Ainsi, l'ancienne tentative d'évincer le placebo de la médecine au nom d'une «science pure» repose elle aussi sur une erreur de raisonnement et elle a depuis toujours été vouée à l'échec. Un placebo, ce n'est pas rien; il existe en tant qu'action non spécifique, parfois extrêmement pertinente, que la pathologie dans sa version la plus stricte ignore pourtant tout bonnement (dans la langue anglaise, le placebo est presque toujours appelé «non-specific effect»). Avec une science de la guérison [1], les actions placebo ou l'«imagination» du patient deviennent classifiables. Ce n'est pas la question de l'efficacité qui détermine en fin de compte ce qu'est une médecine bonne et effective, mais la question de savoir ce qu'est une action saine et durable. Les mesures de soutien se concentrent de manière plus ou moins spécifique sur le patient, mais elles sont totalement dépourvues de spécificité vis-à-vis des maladies. La médecine de famille peut uniquement déployer sa véritable force si elle s'émancipe de la traditionnelle demi-science spécialisée dans les maladies et si elle fait du patient et de la situation du patient sa spécialisation. Les critères d'évaluation et critères d'efficacité centrés sur le patient et cliniquement pertinents constituent le noyau central de la médecine basée sur l'évidence.

L'art médical

Le facteur déterminant est toujours l'interaction entre la pathogénèse et la salutogénèse, qui peut être totalement différente d'un patient à l'autre. Un patient peut retrouver une meilleure santé précisément grâce à la maladie et la crise. Les manifestations pathologiques peuvent être le reflet d'un processus de guérison, qui ne

requiert pas d'élimination médicale, mais de l'attention et de la patience [8]. Les gens peuvent retrouver la santé grâce à la maladie lorsque cette dernière leur permet de découvrir leurs forces et qu'ils comprennent petit à petit qu'ils ne doivent pas être «normaux» ou «corrects» sur le plan anatomique pour pouvoir fonctionner de façon saine et satisfaisante. Le patient et ses aptitudes sont également déterminants pour savoir quelle voie est praticable. Consoler et entretenir de manière réaliste l'espoir d'une amélioration, telle peut être la mesure médicale déterminante. Trouver la juste dose de mesures concurrentes ou complémentaires est le fruit de l'expérience médicale, de l'attention et de la prise en compte de l'avis du patient – et c'est ce qui fait l'art médical. La sagesse du précepte «primum non nocere» se fonde sur la connaissance ancienne de la grande valeur de la guérison naturelle, connaissance qui a presque été totalement oubliée aujourd'hui. Beaucoup plus laisser faire les maladies et les souffrances, tel est l'art que les médecins doivent à nouveau se réapproprier.

L'art médical résulte de la capacité à relativiser les «preuves» et à les adapter à chaque patient individuel et à sa situation globale. L'art médical requiert une connaissance humaine et une expérience ayant fait prendre conscience de la grande variabilité existant dans la nature. Au cas par cas, la meilleure des «preuves» peut toujours se révéler exacte ou fautive. Ce dilemme ne peut pas être résolu avec une inflation des recommandations de qualité, sauf si ces dernières donnent la priorité au questionnement critique [5]. La capacité d'intégration de l'être humain peut permettre de réunir le savoir, la reconnaissance et la compréhension. En y parvenant, l'art crucial qui consiste à distinguer l'essentiel au sein de la grande diversité s'épanouit.

Références

- Schmidt JG. Nachhaltige Medizin oder nachhaltige Gesundheit? Bulletin des médecins suisses 2014;95:7.
- Litschgi L. Le médecin sur le siège passager – tolérer plutôt que diriger. PrimaryCare 2012;12:7–10.
- Schmidt JG. Ist Verzicht eine schlechte Medizin? Z. Allg. Med. 1998;74: 1173–1177.
- Schmidt JG. Früherkennung und Umgang mit Risikofaktoren. In: Kochen MM, editor. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme, 2006. p. 25–38.
- Schmidt JG. Evidence-based guidelines: should guide us in asking for the evidence and information we need. Eur J Gen Practice. 1999;5:3–7.
- Schmidt JG. Placebo – wertvoll wenn es dem Patienten nützt? Methodologie einer nutzenorientierten, pragmatischen klinischen Forschung. Placebo – Valuable if it Helps the Patient? Methods and Design of a Pragmatic Clinical Research, Oriented towards Patient Benefit. Forsch. Komplementärmed. 1998;5(1):1–139.
- Feinstein AR. The hard data creed in current clinical practice: Its spurious validity and the challenge to define meaningful clinical variables. In: Schmidt JG, Steele RE, editors. Kritik der medizinischen Vernunft: Schritte zu einer zeitgemässen Medizin – Ein Lesebuch. Mainz: Kirchheim-Verlag, 1994. p. 210–218.
- Schmidt JG. Chronische Krankheiten und der Wirt – Gesundheit am Beispiel von Patienten mit Multipler Sklerose. Schweiz. Z. Ganzheitsmed. 2013;25:296–303.

Correspondance:

Dr Johannes G. Schmidt
Allgemeinmedizin, Altchinesische Medizin,
Klinische Epidemiologie
Praxiszentrum Meinradsberg, Stiftung Paracelsus heute
Ilgenweidstr. 3, 8840 Einsiedeln
schmidt[at]paracelsus-heute.ch
www.paracelsus-heute.ch