

Les décisions médicales compétentes et approfondies sont constituées de trois parties

Décider: avec la tête, le cœur et le ventre!

Stefan Neuner-Jehle^a, Edouard Battegay^b

^a Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich; ^b Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, UniversitätsSpital Zürich

Nos décisions médicales reposent souvent sur des informations incomplètes issues de l'anamnèse ou des résultats d'examens. D'autres limitations essentielles de la prise de décision sont dues au mode de fonctionnement de notre cerveau. Afin d'optimiser les résultats de nos décisions, il vaut la peine de réfléchir à ces processus.

Le patient

Un ancien directeur de banque âgé de 81 ans consulte son médecin en raison de la récente survenue d'un angor. Les informations complémentaires suivantes sont recueillies lors de l'anamnèse:

- Une démence légère se manifeste depuis deux ans; de plus, le patient semble souvent dépressif, et une légère anémie est connue.
- Au cours des six derniers mois, le patient a perdu 7 kg (plus de 10% du poids corporel).
- En interrogeant la femme de ménage, on apprend que le patient évoque souvent la mort; sa femme est décédée il y a quatre ans et il se sent esseulé.

L'angor récemment survenu peut éventuellement s'expliquer par la légère anémie (combinée à une maladie coronarienne). La première impression rend une problématique psychique plausible, et la perte de poids peut très bien s'expliquer par l'inappétence rencontrée dans le cadre de la dépression, ou éventuellement par une tumeur maligne non diagnostiquée. Une légère anémie est fréquente chez les personnes âgées. L'âge et la situation globale plaident en faveur d'une mise au point sommaire de tumeur maligne.

Décider sur la base d'informations incomplètes

Par définition, un patient se présente avec des informations incomplètes, des questions sur sa maladie ou une problématique définie. D'importants indices anamnestiques peuvent être jugés insignifiants par le patient ou le médecin ou ne se manifester que plus tard. Les résultats ne sont généralement recueillis qu'au fur et à mesure et ne se révèlent pas toujours dépourvus d'ambiguïté. Les incertitudes concernant l'état des faits et la

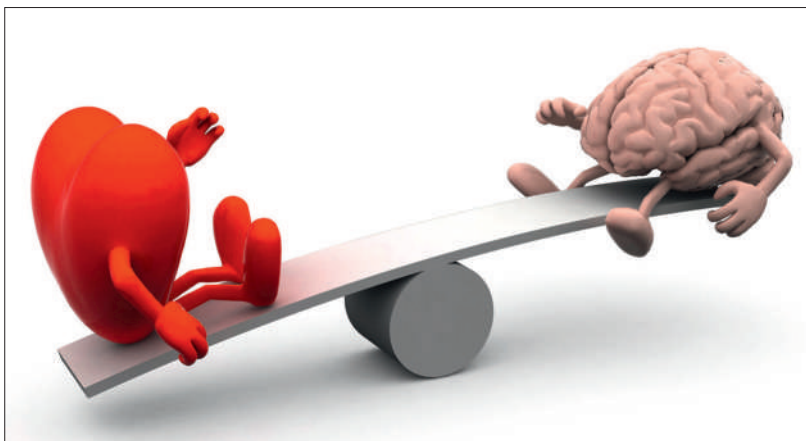
gestion du manque d'informations, ainsi que l'importance des contenus de communication, sont donc omniprésentes lors de la prise de décisions médicales.

En même temps, l'incertitude relative aux conséquences des décisions dans l'avenir demeure; nous opérons ici avec des probabilités qui peuvent être calculées en réalisant par exemple l'examen mathématique de diverses options à l'aide d'arbres de décision. Les décisions sont généralement prises dans l'urgence et entraînent, notamment en raison de leur nombre élevé par unité de temps, des charges et contraintes. Elles résultent des perceptions des cinq sens et du cadre de prise en charge (par ex. décisions prises au service des urgences, au cabinet médical, lors d'une visite à domicile). De même, nous décidons en fonction des préférences, possibilités et systèmes de valeurs des patients, qu'ils soient exprimés de manière verbale ou non verbale, ainsi que de notre propre position.

Décider sur la base d'informations complexes

Notre médecine dominée par la technologie et la sécurité génère une multitude d'informations. Cette complexité dépasse les capacités de notre cerveau. Songez aux listes de diagnostics de plusieurs pages contenues dans les rapports de sortie, aux listes de médicaments extrêmement longues chez les patients polymorbides. La raison pour laquelle les médicaments sont utilisés n'est plus comprise par les patients et que partiellement connue par les médecins. La multimorbidité augmentant avec l'âge des patients requiert, si des priorités ne sont pas clairement fixées, des traitements qui se trouvent en conflit les uns avec les autres ou par rapport à la comorbidité existante (par ex. anticoagulant *versus* risque d'hémorragie). De tels «conflits thérapeu-

D'après un exposé principal du Prof. E. Battegay lors de la SwissFamilyDocs Conference 2015. Certains aspects de cette idée ainsi que des exemples se trouvent également dans le chapitre 1 de la nouvelle édition de l'ouvrage «Siegenthalers Differenzialdiagnose» (éd. Thieme, 2012).



tiques majeurs» [1] étaient présents chez près d'un tiers des patients multimorbides admis au service de médecine interne de l'Hôpital universitaire de Zurich.

Le nombre des décisions diverses et en partie complexes prises au cours d'une consultation de médecine de famille est élevé: les trois quarts des patients présentent simultanément au moins deux problèmes relevant de différentes disciplines médicales [2]. Des mesures de simplification (que nous prenons parfois automatiquement afin de survivre dans la complexité!) sont requises et également préprogrammées dans notre cerveau. La capacité à faire abstraction de ce qui est insignifiant et à pouvoir fixer des priorités peut être utile à la prise de décision.

Digression concernant les processus décisionnels neuronaux

Les mesures d'activité montrent que, lors de la prise de décision, le cortex préfrontal est particulièrement activé. Inversement, la défaillance de ces fonctions, par ex. en cas de démence frontale ou de tumeurs frontales, déclenche des troubles de la capacité décisionnelle. Dans quelle mesure notre système cognitif est-il équipé pour assimiler des informations complexes en vue d'une prise de décision? Notre cerveau dispose certes d'une capacité gigantesque à mémoriser des expériences et des connaissances: il compte 80 à 100 milliards de cellules nerveuses présentant jusqu'à 10 000 liaisons neuronales chacune. Comparée à cet énorme «disque dur», notre «mémoire vive», destinée à la réalisation de deux actions ou plus, est fortement limitée. Sur les 11 millions de bits qui assaillent à chaque seconde notre cerveau, ce dernier sélectionne une quantité infime de 7 bytes (1 byte est une suite de 8 bits) que nous pouvons traiter consciemment chaque seconde. Ce processus de sélection nous est indispensable pour décider *consciemment* [3]. Ce processus décisionnel conscient nécessite du temps et une haute

concentration. Chez les patients atteints d'un *trouble cognitif léger (TCL)* ou de *démence*, ce *multitasking* n'est plus du tout possible en raison de la défaillance des fonctions cognitives.

Lorsque des décisions doivent être prises *de manière précipitée* dans des situations complexes, l'intuition (ou encore les expériences inconscientes ou semi-conscientes) entre en jeu. La combinaison des deux modes décisionnels aboutit aux meilleurs résultats: la prise de décision intuitive précipitée est accompagnée d'une «reconsidération» cognitive lente. Celle-ci assure ainsi une fonction de contrôle des décisions trop précipitées, prises «à la va-vite». D'un autre côté, la prise de décision inconsciente nous sauve d'une réflexion trop approfondie, parsemée de nouvelles interprétations et distractions qui pourraient jeter un «écran de brume» sur les solutions [4].

Le changement de perspective évite les mauvaises décisions

Nos processus décisionnels sont ainsi en grande partie inconscients et donc soumis à nos valeurs, expériences et souvenirs subjectifs. Ceci est tout à fait justifié et positif, mais peut donner lieu à des idées préconçues et des «zones d'ombre». L'échange avec les pairs, la demande de conseils ou la communication entre le médecin hospitalier et le médecin de famille permettent l'intégration d'autres perspectives susceptibles d'entraîner des résultats (diagnostics) plus adéquats.

Lors de l'établissement du diagnostic, plusieurs décisions sont à prendre: quels sont les examens diagnostiques appropriés? Si ceux-ci ne sont pas suffisants, le diagnostic correct peut être manqué et le traitement adapté retardé; il en va de même pour les examens diagnostics inadéquats, qui dilapident les ressources; en cas d'examen diagnostiques non ciblés trop nombreux, le système de santé devient hors de prix et le

Nous prenons des décisions avec la tête (cognitives), le ventre (intuitives) et le cœur (selon le système de valeurs du médecin et du patient)

patient examiné peut être étiqueté ou lésé par des résultats non pertinents. L'approche du diagnostic différentiel constitue un instrument essentiel pour l'établissement du diagnostic et l'utilisation des outils adéquats. En fin de compte, il s'agit tout simplement d'un changement de perspective (supposons que l'hypothèse de travail choisie ne soit pas valable même si elle semble être actuellement la plus probable). D'autres pièges susceptibles de moduler le raisonnement diagnostique sont l'«ancrage» (rester bloqué sur

la première supposition), le «cadrage» (le diagnostic correspond aux antécédents) et le «biais de confirmation» (davantage de poids est accordé à ce qui est compatible avec l'hypothèse, ce qui est en sa défaveur est masqué) [5].

Revenons désormais à notre patient décrit au début: l'évaluation initiale intuitive (état dépressif) a fait place à la décision mûrement réfléchie d'un diagnostic actif. Ce dernier a finalement révélé une sévère carence en vitamine B₁₂ avec anémie pernicieuse. Après substitution en vitamine B₁₂, l'anémie et l'angor ont disparu et le patient se sentait nettement plus en forme!

Digression philosophique: décision autonome?

En tant que médecins, nous sommes nous-mêmes le produit de nos gènes et de notre caractère résultant des expériences et modèles acquis, c'est-à-dire très loin de la prise de décision autonome [6]. D'autres facteurs d'influence sont l'environnement, comme par ex. l'interaction avec le groupe; le cadre de la décision (service des urgences à l'hôpital *versus* consultation au cabinet médical); la personnalité et à quel point celle-ci est résistante au stress et disposée à apprendre. Par ailleurs, nous ne savons pas exactement ce que le patient pense et inversement (théorie des jeux): deux personnes décident, l'une d'entre elles ne sachant pas ce que l'autre pense et veut décider. Tous ces facteurs sont enregistrés dans la mémoire procédurale, qui agit de manière inconsciente, et sont utilisés (inconsciemment) lorsqu'une situation décisionnelle l'exige. La part intuitive inconsciente des décisions n'est donc pas vraiment autonome, mais ses conditions préalables le sont bel et bien: nous avons participé à déterminer, ressentir, autoriser les expériences et valeurs précédemment mémorisées.

Décider seul *versus* «shared decision making»

Entre-temps, la loi prévoit que les patients participent en tant qu'individus autonomes aux décisions relatives à leur propre personne et à leur santé: il s'agit de la prise de décision commune ou *shared decision making* (SDM). Ce droit indéniable n'est pas facile à mettre en application dans le quotidien clinique, où le surmenage représente aussi une menace. Avec leurs options et incertitudes, les informations sur lesquelles se base le patient pour participer à la décision sont complexes. Il n'existe jusqu'à présent aucune preuve claire du bénéfice concret qu'apporte l'intégration du SDM dans la consultation: cela apporte-t-il un bénéfice en termes de

qualité de vie, de satisfaction liée à la décision, d'observance relative à la décision prise? Le SDM exerce-t-il une influence sur des critères «durs» de la santé et de la survie? Nous réalisons actuellement à l'Institut de médecine de premier recours de Zurich une méta-analyse sur ce thème, dont les résultats sont attendus avec impatience.

Faut-il faire des recherches sur les processus décisionnels chez les patients multimorbides?

Chez les patients multimorbides, les processus décisionnels ne dépendent pas seulement des caractéristiques propres aux patients, mais aussi des traits de personnalité qui nous sont propres en tant que médecins. Nous ne sommes pas des «machines» fonctionnant à l'unisson, mais décidons de manière très différente: les décisions varient en fonction de la structure de la personnalité, du bagage génétique, du caractère, de l'environnement et d'autres variables. Nous considérons que des recherches sur les processus décisionnels sont nécessaires; celles-ci doivent déporter leur attention des patients vers nous, les médecins.

Un exemple simple? Comparer vos propres décisions un vendredi soir, juste avant la fin des consultations, avec celles du début de semaine, où vous disposez d'une plus grande patience. En être conscient, c'est accorder une oreille plus attentive et patiente le vendredi soir.

Résumé

Les décisions médicales compétentes et approfondies sont constituées de trois parties (avec un ordre variable de mise en application): une décision prise avec la tête, une avec le ventre et une avec le cœur. Les décisions complexes, qui sont de règle dans la gestion de patients multimorbides, nécessitent l'intervention de ces trois compétences afin d'obtenir un résultat optimal.

Références

- 1 Markun S, et al. Therapeutic conflicts in emergency department patients with multimorbidity. PLoS One. 2014;9(10):e11030.
- 2 Salisbury C, et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care. B J Gen Pract. 2011;e12–e21.
- 3 Lutz Jäncke. Ist das Hirn vernünftig? Erkenntnisse eines Neuropsychologen. Verlag Hans Huber, Bern 2015.
- 4 Dijksterhuis A, et al. On making the right choice: the deliberation-without-attention effect. Science. 311(5763):1005–7.
- 5 Dean Buonomano. Brain Bugs. Verlag Hans Huber, Bern 2012; et communication personnelle du Dr. med. Sven Stenner.
- 6 Neuner-Jehle S. Wir selbstbestimmte Menschen? PrimaryCare. 2013;13(16):302.

Crédit photo

© Fabio Berti | Dreamstime.com

Correspondance:
Dr med. Stefan Neuner-Jehle,
MPH
Facharzt für Innere
Medizin FMH
Schmidgasse 8
CH-6300 Zug
sneuner[at]bluwin.ch