

Expérience, habitude ou savoir?

Le médecin de famille entre science et intuition

Thomas Kühlein^a, Heinz Bhend^b

^a Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen, Deutschland

^b Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Aarburg

Les intuitions peuvent nous mettre en garde à raison; elles doivent donc être prises au sérieux. Lorsque le temps le permet, ces intuitions devraient être utilisées comme signal pour faire marcher sa tête. Cependant, il ne faut pas s'y cantonner. Associées à des directives et exploitées avec raison, elles permettent toutefois d'atteindre les objectifs.

Le terme de «phronesis» désigne la capacité à agir de manière raisonnée dans des cas concrets. On attend des médecins qu'ils fassent preuve de «phronesis». Une action raisonnée repose idéalement sur une prise de décision. Le cas idéal culturellement reconnu d'une prise de décision résulte d'une évaluation cognitive de toutes les informations pertinentes disponibles. Toutefois, de nombreuses décisions que nous prenons ne correspondent pratiquement pas à ce cas idéal.

Dans cet article, nous entendons nous familiariser avec la question du rôle que jouent les intuitions dans nos prises de décision quotidiennes. Commençons donc cette approche avec un cas pratique:

Klara B. avait 81 ans lorsqu'elle trébucha à son domicile et se cassa le col du fémur. Jusqu'au moment de son accident, elle ne prenait qu'un seul et unique médicament afin de réduire sa tension artérielle. A l'hôpital, elle se vit poser une endoprothèse totale de la hanche puis fut orientée vers une clinique de réadaptation d'orthopédie gériatrique, où fut notamment réalisée une mesure de la densité osseuse par DEXA (absorption biphotonique à rayons X), qui révéla un score T de -2,8 au niveau du col du fémur. Lors de sa sortie, la patiente avait huit médicaments différents à prendre, dont un bisphosphonate (alendronate) et une préparation à base de calcium/vitamine D. Elle fit clairement comprendre à son médecin de famille qu'elle considérait que prendre autant de médicaments n'était pas judicieux à son âge, et qu'elle avait tout de même atteint l'âge de 81 ans sans les prendre. Son opinion découlait de son intuition et reposait sur son attitude vis-à-vis de la vie et de la mort.

Il est probable que la plupart des médecins comprendraient son souhait et auraient une intuition similaire concernant le bien-fondé d'un traitement par l'alendronate dans son cas précis. Mais l'intuition suffit-elle? Quelle est sa pertinence dans les décisions médicales? Quand devrions-nous la suivre, et quand ne le devrions-nous pas?

Afin de rendre le terme opérationnel à des fins de recherche, Stolper et al. ont réduit la définition de l'intuition dans le contexte de processus diagnostiques correspondant à une sensation d'alerte indiquant que quelque chose ne va pas, et ce bien que la situation clinique ne fournisse aucune raison objectivable justifiant cette sensation d'alerte [1].

Intuition ou décision intuitive?

Nous souhaitons ici toutefois définir plus en détail le terme, et parler de la décision intuitive plutôt que de l'intuition. Nous appellerons «décisions intuitives» l'ensemble des décisions qui ne reposent pas sur des connaissances justifiables. Les décisions intuitives reposent sur des intuitions, c.-à-d. du ressenti.

Mais intéressons-nous d'abord à l'inverse du sentiment, c.-à-d. le savoir. Sur quelles connaissances les médecins peuvent-ils s'appuyer dans leurs actions? Les études de médecine nous enseignent ce qu'est un état anatomique, physiologique et biochimique normal et quelles en sont les altérations pathologiques, puis nous soumettent à des questionnaires à choix multiple. Ce savoir découle de la science. La science se révèle le plus souvent au laboratoire, bien loin du patient. Nous n'avons plus qu'un vague souvenir des ostéoblastes et ostéoclastes et du rôle que jouent le calcium et la vitamine D au sein du métabolisme osseux. Au cours d'une manifestation de formation continue, on nous a expliqué que les bisphosphonates réduisent la dégradation osseuse en inhibant l'activité ostéoclastique et que, dans les études cliniques, ils ont entraîné une réduction significative du nombre de fractures. La robustesse des os est estimée à partir d'un procédé portant sur un examen matériel appelé «mesure DEXA». Le

Cet article fait suite à un exposé et un atelier réalisés par les auteurs lors du congrès des médecins Arosa 2016.

seuil à partir duquel on parle d'ostéoporose correspond à $-2,5$ écarts types en-dessous de la moyenne de densité osseuse des jeunes femmes. On appelle également cette valeur le score T. La valeur moyenne de la densité osseuse des femmes de 80 ans se situe précisément $-2,5$ écarts-types en dessous de la densité osseuse des jeunes femmes [2]. Ainsi, 50% des femmes de 80 ans présentent une ostéoporose, tandis qu'une autre grande partie d'entre elles souffrent d'ostéopé-

Alors que la significativité naît d'un procédé mathématiquement exact, l'estimation de la pertinence est un processus subjectif, soit une appréciation.

nie. La question de savoir s'il est judicieux de comparer les personnes âgées aux normes de jeunes adultes et d'en tirer des diagnostics est un autre vaste débat. Notre patiente a dépassé ce seuil; elle souffre donc d'ostéoporose. Toutefois, la densité osseuse n'est qu'un des nombreux critères d'évaluation du risque de fracture osseuse. Le principal facteur de risque de presque tout événement en médecine est le fait d'avoir déjà vécu l'événement. Notre patiente a déjà souffert d'une fracture osseuse. L'alendronate réduit significativement le

nombre de fractures osseuses. Pouvons-nous tout simplement l'arrêter? Qu'advierait-il si nous l'arrêtons et que Klara B. se fracturait l'avant-bras 6 mois plus tard? N'aurions-nous pas notre part de responsabilité? Notre patiente et notre intuition continuent à nous dire d'«arrêter». Qui peut nous aider?

L'Association Suisse contre l'Ostéoporose (ASCO) voit dans un antécédent personnel de fracture du fémur proximal une indication pour un traitement spécifique de l'ostéoporose [3]. Parmi les principales options thérapeutiques pharmacologiques, l'ASCO énumère en premier lieu les bisphosphonates. Pour ce qui est de l'alendronate, les directives donnent le degré d'évidence le plus élevé (A) pour les fractures de la hanche. Alors pouvons-nous vraiment encore arrêter l'alendronate? Que faire de notre intuition?

Nous ne baissons pas les bras. Pour les patients n'ayant encore jamais eu de fractures, les directives renverraient au calculateur FRAX de l'Organisation Mondiale de la Santé (<https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr>) afin d'estimer le risque de fracture. Le calculateur peut également prendre en compte un antécédent de fracture. Notre patiente mesure 162 cm pour 57 kg; elle ne présente aucun autre facteur de risque. Le calculateur arrive ainsi à un risque à 10 ans de fracture



ostéoporotique majeure de 24%, et un risque à 10 ans de fracture du col du fémur de 9,7%. En l'absence d'antécédent personnel de fracture, les directives de l'ASCO recommanderaient un traitement spécifique pour les patients de ≥ 80 ans à partir d'un risque de fracture de $\geq 33\%$. Après que le calculateur ait pris en compte la fracture, il semble y avoir une contradiction. L'indication d'une significativité ou d'un degré d'évidence A ne fournit aucune information relative au degré de réduction du risque de fracture ostéoporotique suite à la prise d'alendronate. Nous choisissons donc l'étude originale, sur laquelle s'appuient les directives. Mais cela n'est pas si simple, car si les directives mettent bien à disposition une bibliographie, elles ne se réfèrent pas aux différentes sources dans leurs déclarations. Une étude qui aurait testé spécialement l'alendronate n'est pas disponible ici.

A la recherche d'études appropriées

Dans notre recherche sur PubMed, nous sommes tombés sur une revue de Cochrane de circonstance [4]. Dans un résumé, on y trouve les affirmations suivantes concernant les femmes atteintes d'ostéoporose ayant déjà subi une fracture vertébrale:

- 2 femmes sur 100 ont subi une fracture du col du fémur ou une fracture de l'avant-bras sous placebo;
- 1 femme sur 100 a subi une fracture du col du fémur sous alendronate.

Cela correspondrait à une réduction du risque relatif de 50%, alors que la réduction du risque absolu n'est que de 1%. Curieusement, dans cet article de revue, il n'y a aucune information relative à la période de temps de cette réduction du risque. Dans la littérature, nous avons trouvé aucune étude menée avec des patients correspondant précisément à notre patiente. L'étude qui nous a paru la plus adaptée est l'étude «*The Fracture Intervention Trial*» [5]. Dans celle-ci, un groupe de femmes d'en moyenne 71 ans avec antécédent de fracture vertébrale et présentant une densité osseuse inférieure à $-2,5$ écarts-types a reçu de l'alendronate ou un placebo sur une durée de 3 ans. Le taux annuel de fractures du col du fémur sous placebo était de 0,77% et sous alendronate de 0,37%. Cette différence était certes significative, mais notre intuition était correcte, vu que nous la considérerions comme insignifiante. Alors que la significativité naît d'un procédé mathématiquement exact, l'estimation de la pertinence est un processus subjectif, soit une appréciation. Avec la patiente, le médicament a pu être arrêté en douceur. Dans la mesure où d'une part la patiente était agricultrice, possédait encore trois vaches et buvait beaucoup de lait, et de l'autre qu'elle passait

beaucoup de temps en plein air, le calcium et la vitamine D ont également été arrêtés. La patiente est décédée 3 ans plus tard, sans avoir subi de nouvelle fracture osseuse.

La pensée rapide et la pensée lente

Qu'est-ce qu'une intuition? Daniel Kahneman fait la distinction entre ce qu'il appelle la pensée rapide et la pensée lente [6]. Par pensée rapide, il n'entend en réalité pas tout à fait la même chose que la décision intuitive. Selon lui, il s'agit d'une réflexion exposée à une quantité préoccupante de pièges cognitifs, qu'il liste à l'aide de nombreux exemples et expérimentations. Les nombreuses idées fausses de l'homme seraient tout à fait distrayantes si l'on pouvait soi-même s'excepter de ces multiples erreurs décisionnelles. Malheureusement, cela ne semble pas possible, même si l'on a lu le livre de Kahneman et qu'on les connaît. Nous réfléchissons le plus souvent rapidement, car la réflexion rapide est chose aisée, alors que la lente réflexion analytique est très éprouvante. Il est donc erroné de croire que nous prenons la majorité de nos décisions de manière rationnelle et sur la base d'une analyse approfondie, et que les raccourcis cognitifs menant à des erreurs ne sont qu'occasionnels et liés à une contrainte temporelle. En réalité, il semblerait que ce soit tout l'inverse. Gerd Gigerenzer perçoit la situation avec plus d'optimisme. Dans son livre intitulé «*Le génie de l'intuition*», il fournit des exemples montrant qu'il est tout à fait possible que nous prenions les meilleures décisions

Nous rêvons de tels héros, et nos films cinématographiques en sont remplis.

avec peu de connaissances et en suivant notre intuition [7]. Il appelle le mécanisme sous-jacent l'heuristique, terme par lequel il désigne les règles souvent inconscientes, au moins au moment de la décision, comme on les retrouve dans de nombreux proverbes médicaux. Un exemple serait «*Quand tu entends des sabots, ne pense pas à des zèbres (mais à des chevaux)*». Ce type de prise de décision correspond vraisemblablement à des modes de pensées bien plus anciens que la réflexion analytique, et a depuis longtemps assuré notre survie. Cela ne peut donc pas être tout à fait faux, et nous ne pouvons de toute façon pas l'éviter. À côté de la réflexion cognitivo-analytique et de la réflexion rapide et heuristique, on pourrait encore nommer une troisième possibilité, sur la base de laquelle les décisions se prennent comme d'elles-mêmes. Il s'agit tout simplement de l'habitude. On pourrait également

nommer cette forme «la décision par la moelle épinière». Au fond, il s'agit d'une non-décision. L'action repose tout simplement sur le concept qu'on l'a toujours fait ainsi. Les choses se compliquent fortement lorsque l'objectif devance l'action habituelle. Le proverbe «*Quand quelqu'un tient un marteau en main, tout ressemble soudainement à un clou*» désigne ce type de prise de décision.

Dans son livre «*Checklist-Strategie: Wie Sie die Dinge in den Griff bekommen*» [8], le chirurgien Atul Gawande raconte l'histoire du pilote américain Sullenberger, surnommé Sully, qui en 2009 réussit à poser en urgence son avion de ligne bondé de passagers sur le fleuve Hudson à New York, après que les deux turboréacteurs soient tombés en panne, juste après le départ. Le soulagement et l'étonnement étaient immenses. Le monde était prêt à le célébrer en héros. Ce n'est pas surprenant: un vieux pilote expérimenté qui, en l'absence de temps pour réfléchir, a gardé la tête froide et pris les bonnes décisions pour sauver tout le monde. Nous rêvons de tels héros, et nos films cinématographiques en sont remplis. Mais l'histoire de Sully était différente. Bien sûr, sans ce pilote expérimenté, cela n'aurait pas fonctionné. Il a agi en héros, cela ne fait aucun doute, mais il a toujours déclaré aux journalistes enthousiastes que cet amerrissage d'urgence était le fruit d'un travail d'équipe. Sans une préparation scrupuleuse de l'équipage à ce genre de situations d'urgences et la mise à disposition de checklists à exécuter, il n'aurait jamais été à même de faire amerrir l'avion de manière sûre.

L'idéal est un jeu d'équipe

De manière analogue, nous trouvons l'idéal dans une interaction entre raison, intuition et directives. La personne dénuée d'expérience médicale qui ne ferait que suivre de manière entêtée les directives et s'en remettrait aveuglément aux algorithmes et protocoles ferait inévitablement un grand nombre d'erreurs. Celui qui à l'inverse pense qu'il n'a pas besoin des directives et se croit capable, de par sa seule intuition et sur la base de la longue expérience, de traiter seul ses patients en se disant que finalement, «le vieux Professeur Sauerbruch faisait toujours comme ça», celui-là fait encore plus d'erreurs. Même si les grands héros de la médecine n'étaient pas seulement des médecins, mais également des personnes ayant fait progresser le savoir de leur époque pour finalement le transmettre à leurs élèves, cela ne signifie pas que ce savoir est figé à jamais. Nos connaissances s'élargissent continuellement. Cet élargissement implique également que de nombreux procédés auparavant courants s'avèrent inutiles à y

regarder de plus près. Des directives régulièrement actualisées et basées sur les preuves constituent le meilleur moyen de tenir la cadence vis-à-vis des connaissances de son époque. Mais ces directives ne sont ni infaillibles, ni immuables; elles ne doivent pas non plus être acceptées sans regard critique. Elles ne nous débarrassent pas du tout de notre responsabilité décisionnelle. Les directives sont elles aussi soumises aux influences des intérêts, qui ne correspondent pas forcément aux intérêts de nos patients. De plus, elles ne peuvent et n'entendent qu'être une ligne directrice approximative. Le meilleur médecin n'est donc pas celui qui manie les directives comme une épée et taille chaque personne à l'identique. Le meilleur médecin est bien plus celui qui, de manière générale, agit selon les directives, mais sait s'en éloigner le moment venu en raison de l'individualité du patient.

Adaptation de tout standard à la réalité

Annemarie Mol a désigné ce processus nécessaire d'adaptation de tout standard à la réalité avec le mot anglais «*tinkering*». Il correspond plus ou moins en français à «bidouiller» ou «bricoler» [9]. A l'inverse de la clarté lumineuse de la théorie, il s'agit là d'un terme plutôt défavorable pour une action pratique peu reconnue. Et c'est justement de cette manière que nous voyons l'activité du médecin de famille: adapter des standards souvent contradictoires à la réalité complexe des patients individuels. L'impulsion conduisant à s'éloigner des standards pourrait bien souvent correspondre à une intuition. Même s'il n'est pas possible

Résumé

- La décision intuitive et l'habitude constituent la règle en matière de décisions médicales. La décision cognitivo-analytique semble représenter l'exception astreignante.
- Les habitudes (que l'on pourrait également qualifier de «directives internes») devraient plus souvent faire l'objet d'une comparaison avec les directives actuelles.
- La tâche principale des bons médecins réside dans l'adaptation et dans le fait de s'écarter des standards au cas par cas, lorsque cela s'avère nécessaire.
- L'évaluation de la pertinence d'un potentiel effet thérapeutique est inévitablement subjective et suit ainsi l'intuition; toutefois, cette intuition devrait reposer sur des chiffres réalistes lorsque cela est possible.

de remettre en cause chaque intuition, nous pensons toutefois que nous devrions le faire plus souvent afin d'échapper aux pièges cognitifs de Kahneman. Il serait également nécessaire de vérifier plus souvent ses propres habitudes afin de voir si elles correspondent encore à l'état actuel des connaissances de notre époque. Tous ces points constituent des exigences complexes qui sont difficiles à mettre en œuvre. Mais si nous ne sommes pas prêts à y faire face, alors nous aurions plutôt dû devenir spécialistes plutôt que généralistes.

Correspondance:

Prof. Dr Thomas Kühlein
 Universitätsklinikum
 Erlangen
 Allgemeinmedizinisches
 Institut
 Krankenhausstrasse 12
 DE-91054 Erlangen
 thomas.kuehlein[at]
 k-erlangen.de

Dr Heinz Bhend
 Facharzt Allgemeine
 Innere Medizin
 Informatiker
 (Exec. Master of ICT)
 Fachlicher Leiter Institut
 für Praxisinformatik
 CH-4663 Aarburg
 heinz.bhend[at]sgam.ch

Remerciements

Nous remercions les participants à l'atelier lors du congrès des médecins à Arosa en 2016 pour les discussions intenses et pour les conseils et suggestions de qualité.

Crédit photo

© Mbolina | Dreamstime.com

Références

- 1 Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, Jan Dinant GJ. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Family Practice*. 2009;10:66.
- 2 Kanis JA, Devogelaer JP, Gennari C. Practical Guide for the use of Bone mineral measurements in the assessment of treatment of osteoporosis: a position paper of the European foundation for osteoporosis and bone disease. *Osteoporosis Int*. 1996;6:256–61.
- 3 ASCO. Recommandations 2015 pour l'ostéoporose. Accès en ligne sur http://www.svg.ch/content/inhalt_frz/index.htm le 14.06.2016.
- 4 Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Welch V, Coyle D, Tugwell P. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001155. DOI: 10.1002/14651858.CD001155.pub2.
- 5 Black DM, Thompson DM, Bauer DC, Ensrud K, Musliner T, Hochberg MC, et al. for the Fit Research Group. Fracture Risk Reduction with Alendronate in Women with Osteoporosis: The Fracture Intervention Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000;85: 4118–24.
- 6 Kahneman D. (2012). *Système 1 / Système 2: Les deux vitesses de la pensée*, Flammarion.
- 7 Gigerenzer G. (2011). *Le génie de l'intuition*. Pocket, Paris.
- 8 Gawande A. (2013). *Checklist-Strategie: Wie Sie die Dinge in den Griff bekommen*. Editions btb, Munich. Titre original: The checklist manifesto.
- 9 Mol A, Moser I, Pols J (Hrsg.). *Care in practice – on tinkering in clinics houses and farms*. Editions Transcript, Bielefeld 2010.