

Vivre avec l'incertitude

PRS JACQUES CORNUZ, JEAN-MICHEL GASPOZ,
MARTINE LOUIS SIMONET, ARNAUD PERRIER ET GÉRARD WAEBER



«Madame, avec ce facteur de risque, vous pourriez avoir une maladie...»; «Monsieur, je ne suis pas certain que ce médicament soit efficace chez vous, mais je vous propose d'essayer...»; «Madame, mon diagnostic n'est pas définitif, mais la suite devrait nous le confirmer...»; «Monsieur, il n'est pas certain que réaliser ce test et vous traiter s'il est positif va diminuer votre risque de...»; ...

Combien de fois dans notre pratique recourons-nous à de tels propos (certes ici simplifiés) qui illustrent nos incertitudes? En l'occurrence, l'incertitude épidémiologique dans le premier cas de figure (quid d'un traitement de dyslipidémie en prévention primaire?), l'incertitude thérapeutique (ce patient va-t-il, lui, bénéficier de ce traitement démontré globalement efficace dans une population d'étude?), l'incertitude clinique (cette douleur abdominale est-elle liée à un côlon irritable?), l'incertitude scientifique (résultats contradictoires des essais cliniques sur l'impact du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA). Le médecin, en particulier l'interniste généraliste au cabinet ou à l'hôpital, est régulièrement confronté à la gestion de l'incertitude. Un récent éditorial du *New England Journal of Medicine* a judicieusement synthétisé certaines composantes de cette thématique.¹ Il appelle à mettre sur pied des stratégies pour que le corps médical accepte mieux l'incertitude, cette zone grise de notre pratique, évoquant même une révolution médicale (une de plus!). Il s'inscrit dans une littérature qui a pris son essor il y a plus de 20 ans.² L'approche par hypothèse diagnostique, les enjeux de la gestion des faux positifs et des risques de surdiagnostic et surmédicalisation ne sont en effet pas nouveaux.

Les auteurs de cet éditorial du *New England Journal of Medicine* rappellent l'importance d'aborder la gestion de l'incertitude tôt dans le cursus médical, en l'occurrence déjà dans l'enseignement prégradué, afin notamment de contrecarrer l'image parfois triomphante de la médecine spécialisée, plus rationnelle et «sûre» d'elle. A leurs yeux, une telle approche pourrait également éviter la survenue de burnout chez les jeunes médecins quand ils

arrivent en pratique professionnelle, en tant qu'internes. Pour être à la tête de services formant chaque année des centaines de futurs internistes généralistes, cette évocation fait sens. Cette incertitude ne doit en effet pas générer de la vulnérabilité, mais être acceptée, si l'on veut pratiquer la médecine clinique sans angoisse! Si l'on souhaite favoriser la relève en médecine interne générale, il est donc primordial de s'assurer que cette thématique soit abordée précocement, car elle est constitutive de notre identité.

Ces mêmes auteurs postulent que le médecin du futur abandonnera les tâches de routine pour lesquelles des algorithmes auront été développés; ils ne donnent aucun exemple mais peut-être évoquent-ils des activités que d'autres professionnels de santé pourront assumer, ainsi que le recours aux systèmes d'intelligence artificielle, comme le robot d'IBM. Ces mêmes auteurs estiment que la plus-value du médecin consistera dès lors à gérer cette zone grise et à aider le patient à vivre avec l'incertitude dans une relation médecin-patient empathique.

A cette perspective américaine fait écho une prise de position britannique très pertinente au sujet de la gestion de l'incertitude liée à la fin de vie en cas de maladie avancée.³ Ces collègues rappellent l'importance d'éviter d'aborder (trop) tardivement cette thématique dans le processus évolutif de telles maladies (cancers, «insuffisances» d'un système...) avec la belle formule «Hoping for the best, but planning just in case».

Dans ces deux articles, le fait d'aborder les valeurs et les priorités du patient devrait être réalisé dans une dynamique de partage de la décision. La belle formule du père de l'enseignement de la médecine clinique, le Dr William Osler est citée au terme de l'éditorial du *New England Journal of Medicine* «Medicine is a science of uncertainty and an art of probability». Un siècle plus tard, cette assertion a toujours beaucoup de sens. On pourrait même la paraphraser ainsi «Medicine is a science of probability and an art on communication of uncertainty»!

CETTE INCERTITUDE NE DOIT EN EFFET PAS GÉNÉRER DE LA VULNÉRABILITÉ, MAIS ÊTRE ACCEPTÉE

Articles publiés sous la direction de

JACQUES CORNUZ

Policlinique médicale universitaire, Lausanne

JEAN-MICHEL GASPOZ

Service de médecine de premier recours

Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, Genève

MARTINE LOUIS SIMONET

Service de médecine interne générale

Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie, HUG, Genève

ARNAUD PERRIER

Service de médecine interne générale

Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie, HUG, Genève

GERARD WAEBER

Service de médecine interne

Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

Bibliographie

1

Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty – The next medical revolution? *N Engl J Med* 2016;375:1713-5.

2

Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet* 1996;347:595-8.

3

Kimbell B, Murray SA, Macpherson S, Boyd K. Embracing inherent uncertainty in advanced illness. *BMJ* 2016;354:i3802.