

Alain F. Junod, Décision médicale ou la quête de l'explicite, Médecine&Hygiène, Genève, 2003, 333 pages.

Professeur à la Faculté de médecine de Genève, A. F. Junod dresse un tableau complet et actuel permettant la compréhension des mécanismes de pensée et des instruments impliqués dans la recherche diagnostique.

Son ouvrage est divisé en quatre sections:

1. Comment les médecins raisonnent-ils ?
2. La démarche diagnostique.
3. Les éléments de la décision médicale.
4. Les modulateurs et parasites de la décision médicale.

Comme le dit l'auteur de la préface, Prof .Housset de Paris, « prendre une décision c'est évaluer, puis choisir ». Le moins que l'on puisse dire c'est que d'un sujet complexe comme l'est celui de la décision médicale, l'auteur a su en exposer les aspects aussi bien concrets et techniques (probabilités, tests, instruments de *scoring*, etc) que personnels et environnementaux. Il annonce d'emblée la couleur : il ne veut pas faire des praticiens des spécialistes de l'analyse décisionnelle, mais espère contribuer à leur appropriation d'outils d'évaluation « ...pour en arriver à les utiliser même parcimonieusement dans leur pratique ».

En guise d'amorce, il établit un distinguo entre ce qui, d'une part, appartient au raisonnement clinique et, d'autre part, à la décision médicale en différenciant, sur la base des travaux de Matthieu Nendaz, l'approche descriptive de l'approche normative.

La récolte de données joue un rôle primordial et les médecins, nous dit-il, partagent certes des caractéristiques communes mais ont aussi un style propre, notamment dans la quantité d'informations récoltées, les buts de l'information recherchée, les stratégies de progression durant la consultation, les types d'hypothèses diagnostiques générées ou la récolte de données orientée en fonction d'hypothèses diagnostique pertinentes (p. 27).

D'où la question soulevée dans la section 2: Y a-t-il un intérêt utiliser des tests et des scores cliniques et avec quelle évaluation? Comme toute hypothèse diagnostique est assortie d'une probabilité et qu'un seul symptôme peut faire passer la probabilité de la maladie de 30% à 94%, l'auteur apporte un éclairage clair et synthétique, visuellement très bien fait, d'un certain nombre de définitions, de critères et de conditions pour une utilisation optimale de ces données. S'il relève que le mérite principal des scores cliniques est d'avoir rendu explicites les éléments qui entrent dans l'élaboration d'un diagnostic, il n'insiste pas moins sur la vérification de leur réalisation, qui doivent remplir trois étapes : la dérivation-la validation- l'étude d'impact. Par ailleurs, ils doivent être classifiés en 4 niveaux d'évidence selon la qualité du score qu'ils fournissent (le niveau 1 étant le meilleur).

Parmi les éléments de la décision médicale, exposés dans la section 3, je retiendrai notamment les notions d'utilité et de qualité de vie. L'« utilité » est définie de la manière suivante : « Valeur numérique [accordée] aux différents états de santé qui résultent des options choisies » (p. 179), ...ce qui en anglais s'appelle...*Outcome*. L'utilité est faite de deux composantes : l'espérance de vie et la qualité du vécu dans le cadre de cette espérance de vie. L'auteur fait clairement mention des difficultés liées à l'hétérogénéité des états de santé (*Outcome*) et dégage trois stratégies pour y

pallier et pour non seulement définir mais aussi représenter la qualité de vie : l'échelle visuelle analogique, le troc de durée de vie (*time trade off*) et l'équivalent de probabilité. On arrive à la question de savoir comment interroger la « qualité de vie liée à la santé » (la QVSL ou, en anglais, HRQOL) et de se demander : Qu'est-ce que la qualité de vie ? Ce concept et les questionnaires principaux qui sont utilisés (SF-36, NHP-38) figurent aux pages 186-190 et listent les domaines représentant les composantes essentielles. Une liste non exhaustive recensent notamment : la douleur, l'énergie/fatigue, le sommeil, la mobilité, les activités quotidiennes, les interactions sociales, les activités de loisir, les relations personnelles, les relations sexuelles, la travail, le sentiment de bien-être, le degré de dépendance / d'indépendance, l'image de soi ou encore les projections dans le futur. Autre élément jouant un rôle de plus en plus important dans la décision médicale : les rapports coût/efficacité et coût/utilité. Très en vogue, ils ont donné lieu à des dizaines de milliers d'articles et l'auteur en discute les termes tout en en fournissant d'excellentes définitions (p. 193-203).

Non sans humour et de manière que je qualifierais de « posément critique », l'auteur consacre septante pages à ce qu'il appelle les « modulateurs et parasites de la décision médicale » : « Même si nous, médecins, avons une haute opinion sur nos capacités de raisonnement et notre facultés à gérer les problèmes de façon rationnelle, lucide et objectives, la réalité est tout autre. » Qui aurait imaginé le contraire ? Sachant que les études sont peu nombreuses sur ce sujet, il revient à l'auteur le mérite de nous en donner un panorama extrêmement complet et exposé sans ambages. Il nous dit, par exemple, que la personnalité du médecin va modifier son attitude face au risque. « Fait intéressant, les médecins de famille sont, en moyenne, moins sensibles au risque que les internistes avec pour corollaire des dépenses moins élevées par prise en charge de patient » (p. 257). Est aussi démontré le fait que des traitements différents sont choisis selon que le docteur est un homme ou une femme, jeune ou vieux. Les intervenants travaillant dans le domaine des dépendances seront certainement surpris de découvrir, à la page 275, qu'un bon nombre de médecins ont une perception négative des patients obèses, alcoolique, toxicomane ou fumeur. De manière plus étonnante peut-être, il mentionne également « l'ensorcellement trompeur du nombre le plus grand ». Selon l'auteur, le chiffre de la « réduction du risque relatif » est souvent le plus élevé est a la préférence des médecins, alors qu'elle n'est pas la meilleure expression de l'efficacité d'un traitement. Le phénomène d'inertie clinique est aussi un problème de comportement médical réel et « que l'on peut définir, de façon un peu caricaturale, ainsi : on sait ce qui est utile mais on ne le fait pas ; on ne sait pas si c'est utile mais on fait ; on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas » (p. 280). Cette inertie est évidemment l'apanage seul des médecins...vous l'aurez compris.

En dévoilant des parasites de la décision médicale, A. F. Junod plaide pour l'utilisation raisonnée, explicite et judicieuse de la meilleure évidence existant actuellement pour la prise en charge des patients. Il fait le constat que l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est encore trop peu utilisée. L'auteur attribue cette situation en particulier au fait que l'enseignement dans les facultés de médecine ne prend pas assez en compte ce sujet...peut-être parce que justement il donne plus de poids aux compétences des experts du terrain.

Nicolas Dietrich