



P. Guex

Pr Patrice Guex
 Professeur honoraire
 Faculté de biologie et de médecine
 CHUV, 1011 Lausanne
 patrice.guex@chuv.ch

■ Rev Med Suisse 2015; 11: 238-9

■ Ce titre aimablement proposé par le
 ■ Professeur J.-J. Perrenoud fait réfé-
 ■ rence immédiate au mouvement du
 ■ «Less is more», nouveau paradigme
 qui se développe rapidement ces dernières
 années en médecine face à l'allongement
 de la durée de vie, à l'explosion de l'évolu-
 tion technologique et des coûts, après en
 avoir emprunté le concept à l'approche mi-
 nimaliste de l'architecte Mies Van der Rohe.

«Une invitation à chasser les pratiques
 inutiles et coûteuses en rationalisant les
 soins sans pour autant les rationner» selon
 un article paru récemment dans la *Revue
 Médicale Suisse* (RMS).¹

C'est aussi d'une autre vision de la méde-
 cine qu'il s'agit, visant à réduire les méfaits
 de la surmédicalisation de notre société et
 à définir la ligne au-delà de laquelle cer-
 tains aspects de la vie quotidienne, de l'âge,
 de la douleur, du deuil, de la tristesse ou
 même du handicap ne devraient pas, à coup
 sûr, être du ressort essentiel de la médecine
 mais bien d'une manière différente d'abor-
 der la vie, en particulier notre rapport à l'in-
 certitude, aux limites et à la mort.²

Dans l'un de ses récents blocs-notes,
 dans la *RMS*, Bertrand Kiefer relève excel-
 lemment, sous le titre «Médicaliser la vieilles-
 se, un gaspillage sacré», que cette médica-
 lisation est peut-être une façon d'exorciser
 notre propre finitude, qui se réveille au con-
 tact des personnes âgées, pour ne pas avoir
 à redessiner notre société vénérant la per-
 formance.³

Parallèlement, les associations de défense
 des intérêts des patients se sont renfor-
 cées et ont participé à l'émergence d'une
 culture de la sécurité. Les examens et trai-
 tements médicaux sont désormais aussi
 analysés sous l'angle de leurs rapports
 coûts/bénéfices, de leurs nuisances et ris-
 ques potentiels.

Dans un autre bloc-notes, en 2013, B.
 Kiefer reprend aussi la thématique: «Less
 is more, le moment de vérité». Il soulève que
 l'actuel «toujours plus» coûte cher et menace
 à la fois la répartition équitable des soins et

De l'effet anxiogène du non (moins...) faire chez les médecins

le remboursement d'innovations efficaces.
 «Il s'impose donc, de manière croissante,
 une exigence éthique d'avancer vers *l'inac-
 tion intelligente* et l'économie juste des
 moyens».

Il rappelle les initiatives prises dans cer-
 taines universités et revues médicales anglo-
 saxonnes comme: «Preventing Overdiag-
 nosis» (campagne du *British Medical Jour-
 nal*), «Do No Harm Project», (University of
 Colorado School of Medicine), «Choosing
 Wisely» (American Board of Internal Medi-
 cine).

Egalement en Suisse, la feuille de route
 «Médecine durable» de l'Académie des
 sciences médicales énonce, parmi ses axes
 prioritaires, la nécessité de passer d'une mé-
 decine «maximale» à une médecine «opti-
 male».⁴

Choisir avec soin est la version franco-
 phone du «Choosing wisely» canadien.
 Comme ailleurs, plusieurs sociétés de spé-
 cialités ont accepté de participer activement
 à la campagne en élaborant une liste des
 cinq examens et traitements courants à
 propos desquels médecins et patients de-
 vraient s'interroger parce qu'ils ne sont pas
 indispensables ou font courir des risques
 inutiles (*Top five lists*). Le but, mais aussi la
 difficulté de ce programme, est non seule-
 ment de reconnaître l'importance de l'édu-
 cation et de la participation des patients pour
 qu'ils puissent faire des choix éclairés pour
 leurs soins, mais également de gagner leur
 confiance pour qu'ils acceptent que plus
 de traitement n'est pas forcément toujours
 équivalent de meilleur traitement.⁵

Dans un monde contemporain où l'éthique
 délibérative est bien introduite dans la pra-
 tique médicale pour résoudre les situations
 difficiles en clinique ou quand les désirs in-
 dividuels s'opposent aux déterminants scien-
 tifiques, où se trouvent encore les obsta-
 cles à l'introduction du «moins faire» ou de
 «l'inaction intelligente» en médecine? Pour-
 quoi ce paradigme des soins évitables,
 inappropriés, non nécessaires est-il difficile
 à implanter, comment courir le risque de
 moins traiter?

Il y a certainement plusieurs niveaux de
 conflits d'intérêts dans le système de santé.
 Déjà il ne peut changer sans les médecins,

et, sans même parler de perte de pouvoir
 décisionnel ou de contrôle, ces derniers
 peuvent-ils changer?

Depuis quelques années, les médecins
 sont sensibilisés par le principe de précau-
 tion et le risque de recours aux voies judi-
 ciaires, souvent mis en avant pour justifier
 la multiplication des actes, pour se couvrir en
 cas de plainte. Mais peut-être que même si
 le nombre des plaintes augmente, il reste
 cependant marginal par rapport à la masse
 des actes effectués.⁶

L'environnement de notre société joue
 également un rôle considérable en raison
 de la circulation très rapide de l'information
 médicale, mal systématisée et difficile à
 hiérarchiser, couplée au consumérisme mé-
 dical. Cela va de pair avec une tendance forte
 à consulter dans les centres d'urgence par
 manque de médecins de famille, mais aussi
 une exigence de rapidité et de flexibilité
 liée au mode de vie de nos contemporains
 qui peut éventuellement précipiter certaines
 prescriptions sans une évaluation sérieuse
 de leur pertinence.

Il y a aussi une dimension commerciale
 inhérente aux circuits d'information et de
 distribution des grandes firmes pharma-
 ceutiques ou d'instruments médicaux; pour
 ce dernier aspect notamment, la compéti-
 tion entre circuits de soins privés et publics,
 voire académiques, joue certainement un
 rôle. Les systèmes de remboursement et la
 valorisation des actes techniques par rap-
 port à l'entretien médical conditionnent éga-
 lement les habitudes et la culture des mé-
 decins.

Que veut-on éviter? Qu'est-ce qui n'est
 pas nécessaire? Notre habileté à commu-
 niquer au niveau professionnel, avec les
 patients et leurs proches, dépend aussi de
 la clarté de compréhension du concept de
 soins inutiles et des compétences commu-
 nicationnelles pour le faire.

La rationalité scientifique de la formation
 médicale joue certainement un rôle majeur
 dans la manière dont les praticiens abordent
 ou n'abordent pas l'incertitude et les limites
 dans la communication avec leurs malades.
 C'est un mode de pensée compartimenté,
 quantificateur, qui nous conduit à une intel-
 ligence centrée sur sa discipline. «A force

de vouloir percer le secret du biologique, on ne sait plus vivre, mourir; on ne cesse de vouloir maîtriser le temps, mais on ne sait plus penser l'opportunité d'un moment.»

Comment rompre avec l'addiction aux certitudes, comment dépasser l'efficacité calculée selon la logique quantitative (quantophrénique dirait Edgar Morin) des experts, très rarement remise en question? Seule fait foi la connaissance parcellaire des résultats scientifiques, des évaluations, des recherches sans qu'on cherche à les considérer sous divers angles, sans les faire passer d'un secteur de l'esprit à l'autre permettant de voir les choses de manière plus systémique.⁷

Officiellement, on privilégie le soin centré sur le patient (*patient centered care*), valorisant sa capacitation (*empowerment*), mais il s'agit souvent d'un vœu pieux. Le patient doit ou devrait être au centre de notre système de référence, mais malheureusement son avis demeure trop souvent marginal. Les médecins n'ont pas été entraînés à vraiment en tenir compte, forgés dans un système qui n'a pas le temps de parler et encourage à produire avec efficacité.

L'histoire du patient se réduit malheureusement trop souvent aux diagnostics et aux traitements introduits pour maîtriser la ma-

ladie selon un modèle hypothéticodéductif et purement centré sur l'action. Mais personne ne connaît vraiment les aspects narratifs, événementiels de son histoire qui, à un moment donné, permettraient d'apporter des éléments personnels et décisifs pour prendre une décision en tenant compte de toutes les modalités de la situation (surtout lorsqu'il s'agit de situations critiques bien sûr).

Tout semble parfois s'être engagé dans une action des différents partenaires du système de soins, sans que du temps ait été réservé pour l'analyse des risques et bénéfices ou limites des choix retenus afin de les négocier *in fine* avec le patient.

Accorder une attention particulière à la structure narrative d'un projet de soins si-

gnifie non seulement saisir comment la maladie s'intègre dans le vécu du malade et de son environnement (âge, situation familiale et sociale, personnalité, humeur, projets, responsabilités, stimulant peut-être en miroir des soins très actifs), mais également observer comment, à partir de l'alliance thérapeutique qui se développe entre soignants et soigné, *un projet de soins raisonnable* peut être négocié, porteur de sens pour tous, pouvant évoluer non seulement avec la maladie mais aussi selon une perspective plus existentielle.⁸

Dans cette occurrence, l'alliance sur les objectifs remplace favorablement le combat acharné pour lutter contre une réalité vécue essentiellement en termes biologiques. ■

Bibliographie

1 Regard S, Gaspoz JM, Kherad O. Less is more. Rev Med Suisse 2013;9:770-4.

2 Leibovici L, Lièvre M. Editorials. Medicalisation: Peering from inside medicine. BMJ 2002;324:866.

3 Kiefer B. Médicaliser la vieillesse: un gaspillage sacré. Bloc-notes. Rev Med Suisse 2014;10:2392.

4 Kiefer B. Less is more, le moment de vérité. Bloc-notes. Rev Med Suisse 2013;9:2136.

5 Mornex R. Améliorer la pertinence des stratégies médicales. Académie nationale de médecine. Rapport

avril 2013:1-9.

6 Abstracts. Preventing Overdiagnosis. Conference Dartmouth College. BMJ September 10-12, 2013.

7 Morin E. Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation. Domaine du possible. Arles: Actes Sud, 2014.

8 Guex P. Transition des patients vers les soins palliatifs, quelles difficultés? In Fin de vie, avec émotions et raison. Revue Jalmarv 2014;116.