



# La médecine, un art de la complexité

## *Simplicity and Complexity in Medicine*

### **Gérard Reach**

Direction Qualité, Accueil du Patient et Opérations  
Hôpital Avicenne, 125 route de Stalingrad, 93000 Bobigny  
[gerard.reach@aphp.fr](mailto:gerard.reach@aphp.fr)

### **Résumé**

Dans ce rapport, je tenterai de montrer que l'Evidence-Based Medicine (EBM) présente, dans son ambition de proposer des recommandations, un caractère simplificateur qui contraste avec la pensée complexe des patients et des médecins ; que ce contraste conduit à deux manifestations traduisant une crise de la médecine : la non-observance des patients et l'inertie clinique des médecins ; que s'il y a crise, il faut envisager la nécessité d'un changement de paradigme en médecine. Ce nouveau paradigme serait une médecine fondée sur la personne prenant en compte la complexité de la pensée des patients et des médecins ; il se traduit par l'élaboration d'un nouveau type de recommandations, non-algorithmique, et il a des implications profondes pour l'enseignement et la pratique de la médecine.

### **Mots clés**

Observance thérapeutique ; Guides de bonnes pratiques ; Médecine centrée sur la personne ; Pensée (activité mentale) ; Algorithmes ; Inertie clinique

### **Abstract**

*In this report, I will try to show that Evidence-Based Medicine (EBM), in its ambition to propose guidelines, has a simplifying character that contrasts with the complex thought of patients and physicians; that this contrast leads to two events reflecting a crisis in medicine: patients non-adherence and doctors clinical inertia; that if there is a crisis, we must consider the need for a paradigm shift in medicine. This new paradigm would be a person-centered medicine that takes into account the complexity of patient and physician thought; it results in the development of a new type, non-algorithmic, of guidelines and it has profound implications for the teaching and practice of medicine.*

### **Keywords**

*Patient adherence; Practice guidelines; Person-centered medicine; Thinking; Algorithms; Clinical inertia*

## **Introduction**

Deux phénomènes s'opposent à l'efficacité des soins : d'une part il arrive souvent que les patients ne suivent pas les prescriptions qui leur sont données ; d'autre part les médecins, souvent, ne suivent pas les recommandations de bonnes pratiques. Le premier phénomène est décrit sous le nom de non-observance [1], le deuxième sous celui d'inertie clinique [2]. Dans ce texte, nous proposons qu'ils reflètent un contraste entre d'une part l'aspect simplificateur du mode de pensée médical actuel, largement dominé par l'Evidence-based medicine (EBM), et d'autre part la pensée complexe des patients et des docteurs, et qu'un changement de paradigme s'impose, conduisant à l'avènement d'une médecine centrée sur la personne.

## **Une crise de la médecine**

La non-observance des patients est un phénomène fréquent : par exemple, si on définit l'observance par l'achat d'au moins 80 % des médicaments prescrits, une étude montre qu'un tiers des patients atteints



de diabète de type 2 peuvent être qualifiés de non-observants [3]. Ceci a des conséquences néfastes en termes de morbi-mortalité et de dépenses de santé : la non-observance est associée à une augmentation de l'apparition des complications, du nombre d'hospitalisations, et des dépenses à court terme [4].

L'inertie clinique des médecins est un phénomène qui a été identifié plus récemment : c'est en 2001 que Phillips et ses collègues l'ont décrit [2] : « les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toutes parts. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire. Nous appelons inertie clinique un tel comportement : reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte. » Depuis cette publication, l'intérêt pour ce phénomène est devenu considérable et actuellement un article par mois est publié sur ce sujet. L'inertie clinique a également des conséquences graves : dans le diabète, une étude sur plus de 100 000 patients diabétiques démontre que le délai dans l'intensification du traitement est associé à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance cardiaque [5].

Pour illustrer les conséquences d'un défaut d'accès aux traitements, on peut reprendre l'hypothèse suivante : prenons une maladie qui tue 100 000 personnes par an, ayant un médicament qui sauve 20 % des patients, soit 20 000 personnes. Si le médicament n'est pris que par 60 % des patients, seulement 12 000 personnes seront sauvées, et pour obtenir un sauvetage de 20 000 personnes, il faudrait imaginer qu'on augmente l'efficacité du traitement de 20 à 33,3 %, ce qui est illusoire [6].

On comprend ainsi l'importance de la déclaration de l'OMS, datant de 2003 : « augmenter l'efficacité des interventions sur l'observance aurait un plus grand impact sur la santé de la population que n'importe quelle amélioration des traitements médicaux. » [7] Or, il faut bien le dire, à ce jour les interventions pour améliorer l'observance sont très rarement couronnées de succès [8]. Il y a donc une véritable crise de la médecine.

## Deux aspects de l'EBM : épistémique et pratique

Nous souhaitons ici souligner que l'EBM a deux ambitions : la première, de nature épistémique, est de produire des connaissances ; la deuxième, pratique, est de proposer des recommandations. Il est hors de question ici d'opposer recherche scientifique et médecine : c'est grâce à la recherche scientifique que la médecine progresse. Néanmoins, il ne faut pas méconnaître le fait que lorsque l'EBM, de manière rigoureuse, dans des essais cliniques réalisés sur des cohortes de patients, produit des connaissances, elle est dans son rôle épistémique. Quand elle propose des recommandations, elle a une ambition pratique qui est problématique, car à la différence de l'ambition épistémique qui repose sur l'analyse de cohortes de patients pour expliquer des phénomènes passés, l'ambition pratique s'adresse à un individu : l'effet d'une prescription représente une prédiction qui porte sur le futur et qui est donc obligatoirement contingente. Il y a donc une différence de fond entre l'EBM et la clinique dans la vraie vie (Fig. 1).

Edgar Morin, dans son *Introduction à la pensée complexe* (2005) [9] écrivait : « l'idée d'un univers de faits objectifs, purgé de tous jugements de valeur, de toutes déformation subjectives, grâce à la méthode expérimentale et aux procédures de vérification, a permis le développement prodigieux de la science moderne. » Il nous semble que les essais cliniques randomisés représentent typiquement cette méthode visant à l'objectivité, qui a permis cette accumulation de connaissances qui a rendu possible les progrès médicaux : ainsi, le procédé de randomisation, réalisé sur les milliers de sujets impliqués dans les essais cliniques actuels, conduit à la création de groupes de « patients moyens », qui sont statistiquement identiques et sur lesquels on pourra démontrer de manière rigoureuse l'efficacité d'un traitement. Par exemple, lorsqu'en 2015 on a démontré qu'un nouveau médicament permettait de réduire de 32 % la mortalité des patients diabétiques, il s'agissait bien du triomphe de la science moderne : d'une part elle avait permis d'inventer un médicament, d'autre part son efficacité avait été démontrée d'une manière scientifique rigoureuse. Mais il s'agit ici du rôle épistémique de l'EBM : elle a produit des connaissances sur la valeur d'une invention médicale.

À partir de ces essais cliniques, la deuxième ambition de l'EBM est de produire des recommandations. Ainsi, les praticiens pourront faire reposer leurs décisions cliniques non plus sur des impressions, mais sur des faits scientifiques. On remarquera toutefois que les pères fondateurs de l'EBM insistaient sur le fait que la décision clinique devait reposer sur une triangulation : non seulement sur les faits scientifiques (« l'evidence »), mais aussi sur l'expérience clinique du praticien et les souhaits du patient. La décision médicale doit à la fois reposer sur les meilleures données de la science, et être individualisée [10] ; on peut néanmoins se demander si la deuxième exigence n'a pas été quelque peu oubliée.

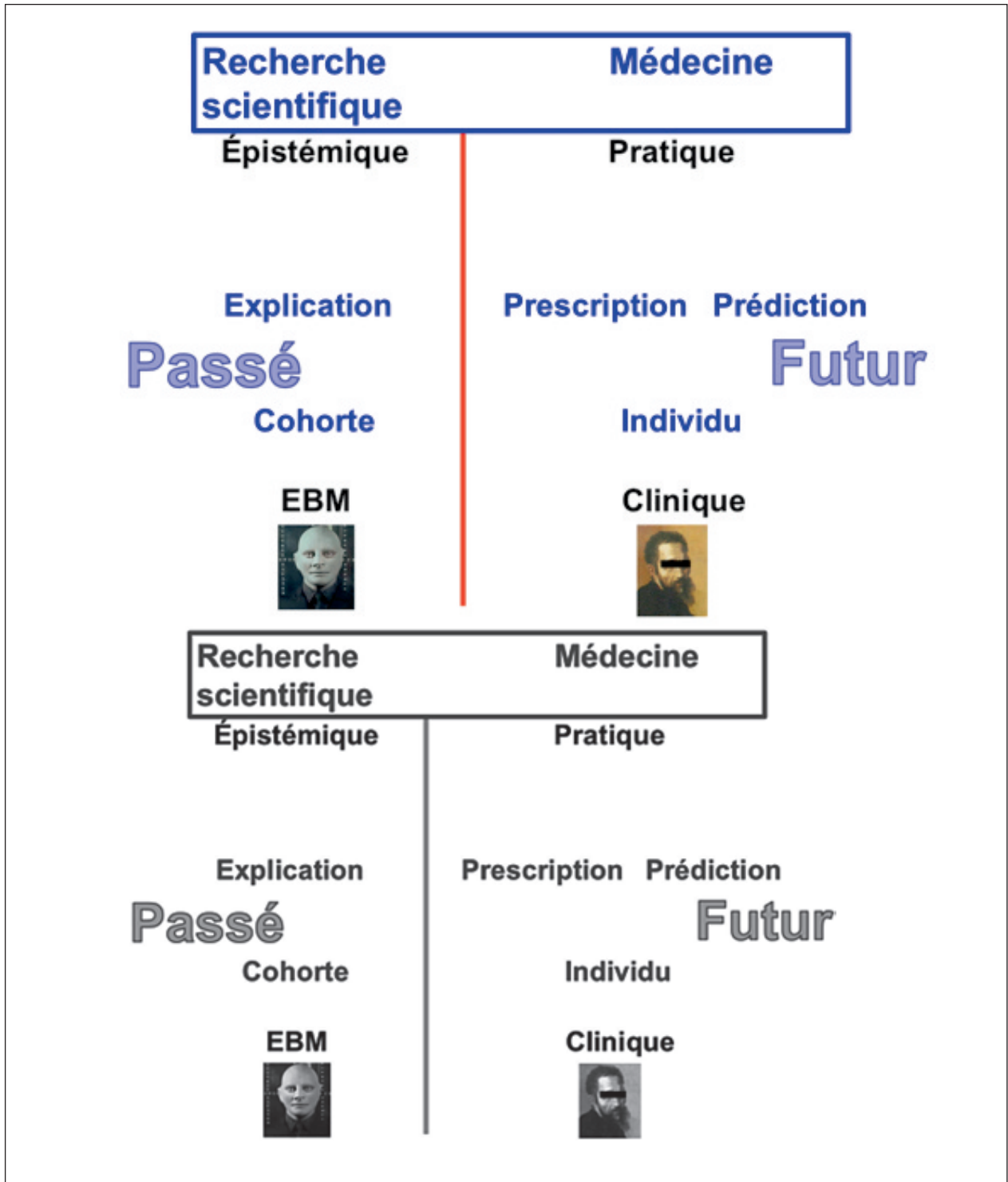


Figure 1  
Les deux ambitions de l'EBM

### Le caractère simplificateur des recommandations

Certes, les deux groupes de patients obtenus par le procédé de randomisation sont statistiquement identiques, mais si maintenant le médecin doit appliquer ces données pour faire une prescription destinée au malade particulier qu'il a devant lui, qu'en est-il de données plus subtiles ou plus floues telles que le type de ses symptômes, l'évolutivité de sa maladie, l'existence la sévérité des comorbidités, la tolérance



au traitement s'il a déjà été essayé, son profil psychologique, les difficultés d'observance, ses souhaits, bref toutes ces questions que le médecin se pose avant de prescrire ? [11]

Cette question donne toute sa valeur à ce qu'écrivait Claude Bernard, qui se méfiait des statistiques : « la méthode numérique, la statistique ne conduit qu'à des conjonctures, à des probabilités et n'apporte rien pour les individus. Or la médecine doit agir sur des individus. » [12] Claude Bernard voulait sans doute ici faire la distinction entre des connaissances, même si elles sont issues de la meilleure médecine expérimentale, et la pratique.

De fait, dans les grandes études, on raisonne sur des cohortes de patients moyens, on génère des connaissances : c'est l'aspect épistémique de l'EBM ; dans la vraie vie, on est dans la pratique, on soigne un patient, un individu, c'est-à-dire une personne dans toute sa complexité ; dans les grandes études, on veut répondre à une question, il y a des critères d'inclusion et d'exclusion des patients : c'est de la science ; dans la vraie vie de la médecine, il n'y a pas de critères d'inclusion et d'exclusion, le patient ne pose pas une question, le patient pose des questions, ou plutôt, en fait, le médecin est face à une situation ; on peut ici citer Donald Schön qui, dans son livre *Le Praticien réflexif, comment les professionnels pensent dans l'action*, écrivait : « La difficulté n'est pas de répondre à une question mais de la formuler. Dans le monde réel de la pratique, les problèmes ne se présentent pas au praticien comme donnés ; ils doivent être construits à partir des matériaux de situations problématiques, qui sont intrigantes, troublantes et incertaines. » [13]

## **Contraste entre ce caractère simplificateur des recommandations et la pensée complexe des patients et des docteurs**

Comment raisonnons-nous en pratique ? Certes, nous utilisons les recommandations que nous connaissons, mais nous faisons aussi appel à notre connaissance du patient, à notre raisonnement physiopathologique, à ce dont nous avons discuté avec nos confrères, à ce que nous ont dit des « leaders d'opinion », à ce que nous a dit, il ne faut pas le cacher, l'industrie pharmaceutique, mais aussi nos émotions, notre appréciation globale, holistique d'une situation. Un article a proposé qu'à côté des *guidelines*, nous utilisions des *mindlines* [14] : il s'agit bien là d'une pensée complexe, et celle-ci est également présente chez les patients. La rencontre médecin-patient peut donc être vue comme la rencontre de deux pensées complexes : la médecine devient alors un art de la complexité.

Dans son *Introduction à la pensée complexe*, Edgar Morin l'opposait à une « rationalisation qui enferme le réel dans un système d'idée cohérent mais partiel et unilatéral, et qui ne sait ni qu'une partie du réel est irrationnalisable, ni que la rationalité a pour mission de dialoguer avec l'irrationnalisable. » Or on sait, notamment depuis les travaux de Kahneman et Tversky, que les êtres humains sont certes des êtres rationnels, mais que leurs raisonnements sont soumis à des biais : on peut prendre comme exemple simple le fait que s'ils ont le choix entre un gain certain de 1000 k, ou la possibilité d'obtenir par pile ou face soit 2500 k soit rien, la plupart des gens choisissent le gain certain, alors qu'un raisonnement strictement rationnel devrait leur faire préférer le pile ou face. Par contre, les mêmes préféreront l'incertitude s'il s'agit de la possibilité de perdre de l'argent : dans leur *Théorie des perspectives* [15], Kahneman et Tversky ont montré que notre aversion pour les pertes est plus forte que notre attrait pour les bénéfices. Ce *primum non nocere* pourrait bien être une cause de l'inertie clinique des docteurs et de la non-observance des patients : la crainte des effets secondaires l'emporte. Un autre élément à prendre en compte dans la décision médicale, des patients et des médecins, est la présence des émotions : la peur des effets secondaires, l'emportant, peut également expliquer la non-observance et l'inertie clinique. Or il n'y a pas d'émotions dans l'EBM ; on peut ici citer le verbatim d'un médecin dans une étude qualitative : « Lorsque j'ai vu la panique monter dans ses yeux, l'evidence-based medicine est sortie par la porte, et le confort était ce dont on avait besoin, parce qu'il y avait très peu de choses qu'on pouvait faire pour elle, et je pouvais voir son mari plaider : arrêtez de parler de science et commencez à parler d'autre chose. Alors je lui ai pris sa main, et lui ai dit que tout allait bien et que cela irait mieux dans quelques temps. » [16]

On peut remarquer que deux prix Nobel d'économie ont été attribués à des chercheurs qui ont mis en évidence l'existence des biais cognitifs dans les raisonnements humains : Daniel Kahneman en 2002, qui s'illustrera par sa description des deux systèmes de la pensée, l'un rapide, et l'autre, complexe et réfléchi [17], et en 2017 Richard Thaler, qui a montré comment on pouvait influencer les êtres humains en



profitant de leurs biais cognitifs [18]. À l'occasion de la remise du prix à ce dernier, on pouvait s'interroger sur cette décision qui survient au moment où l'intelligence artificielle semble triompher, lorsqu'Alpha-go apprend à jouer et gagne au jeu de go. Dans un éditorial du Monde, Erwann Tison écrivait : « Comment, donc, interpréter le choix de la banque de Suède de consacrer une thèse faisant la part belle à ce qui caractérise la prise de décision humaine, favorisée par les émotions des individus ? Faut-il y voir une déconnexion totale des membres du jury avec le monde d'aujourd'hui ou une volonté de consacrer la fin d'une époque où la réflexion humaine était au sommet de la chaîne intellectuelle ? On peut au contraire espérer voir un signal fort visant à réaffirmer que, même face à l'émergence de l'intelligence artificielle, celle des humains est et restera la meilleure source de prise de décision. » [19]

Citons à nouveau Edgar Morin [9] : « L'acceptation de la complexité, c'est l'acceptation d'une contradiction et l'idée qu'on ne peut pas escamoter les contradictions dans une vision euphorique du monde. » Il proposait de caractériser de *pathologie de la raison* cette tendance à oublier l'irrationalisable. Or on peut voir dans l'EBM le sommet de la rationalité : dans ce cas, l'observance des patients et l'inertie clinique des médecins pourraient bien n'être rien d'autre que les symptômes de cette pathologie.

## S'il y a crise, faut-il envisager la nécessité d'un changement de paradigme ?

Cette idée revient à appliquer à la médecine le concept développé par Thomas Kuhn à propos de la structure des révolutions scientifiques [20] : une révolution scientifique survient lorsque dans le cadre d'un paradigme, on observe des anomalies qui ne peuvent plus être expliquées, ce qui conduit à une crise qui entraîne le changement de paradigme. Nous proposons d'appliquer cette idée à la médecine, à propos de ces deux anomalies que nous avons décrites : l'inertie clinique des docteurs et la non observance des patients, anomalies qui, nous l'avons vu, conduisent à une crise.

Or, on voit dans la littérature récente l'apparition d'un nouveau paradigme, avec l'élaboration de recommandations qui seraient guidées sur les préférences des patients, ou la nécessité de traiter les patients comme des personnes [21-23]. Nous avons vu que c'est en fait ce qui avait été dit par les pères fondateurs de l'EBM, mais que ceci avait sans doute été un peu oublié.

## Le nouveau paradigme : une médecine fondée sur la personne

### Un nouveau type de recommandation, non algorithmique

On peut ici remarquer que nous vivons peut-être actuellement la fin des recommandations qui se contenteraient de proposer des arbres décisionnels, de nature algorithmique, en rappelant qu'un algorithme est une méthode de résolution de problèmes qui considère qu'à une question donnée il n'y a qu'une seule réponse : ils ont l'avantage de la simplicité, mais représentent des courts-circuits de pensée risquant de conduire souvent à des impasses.

Au contraire, les nouvelles recommandations du diabète de type 2, telles qu'elles ont été proposées par un consensus américano-européen et reprises par la Société Francophone du Diabète ont été élaborées dans un esprit radicalement différent : « ces recommandations devraient être considérées dans le contexte des besoins, des préférences et de la tolérance de chaque patient ; l'individualisation du traitement est la pierre angulaire du succès. Nos recommandations sont moins directives que les précédentes et *ne contiennent pas d'algorithmes comme auparavant*. » [24] Les recommandations deviennent alors des aides à la décision, mais des aides seulement, le praticien restant invité à mettre en jeu la richesse de sa réflexion.

### Implications pour l'enseignement et la pratique de la médecine

Il s'agit d'abord de reconnaître le véritable rôle de l'EBM : c'est avant tout un corpus de connaissances (ambition épistémique), et on peut remarquer que le tout premier article qui contient dans son titre les mots *Evidence-based medicine*, disait qu'il s'agit d'une nouvelle approche pour *l'enseignement* de la



pratique de la médecine [25] : les recommandations, ce n'est pas tant un « vous devez faire » qu'un « vous devez savoir que ». Puis on apprend à s'en dégager : on devient un expert. De la même façon, lorsqu'on apprend à jouer aux échecs, on apprend d'abord quelques règles simples, qui permettent de jouer, et ensuite, à force de jouer, on acquiert une expertise qui fait qu'on peut se dégager progressivement de ces règles. Un vrai joueur d'échecs n'utilise plus des règles, il sait reconnaître, intuitivement, une situation, et il sait ce qu'il doit faire [26] : l'expertise s'acquiert grâce à la pratique et la réflexivité.

Ainsi, les recommandations ne sauraient remplacer l'intelligence pratique du médecin. Lorsqu'elles sont présentées sous forme d'arbre décisionnel, elles doivent être essentiellement vues comme des outils d'aide à la décision, et non comme un maître auquel il faudrait obéir. Cela étant, elles peuvent être très utiles pour les pathologies pour lesquelles le médecin ne se sent pas à l'aise : s'il les suit, statistiquement, il ne fera pas d'erreur.

## Dans les études de médecine

Le développement d'une médecine de la personne nous paraît nécessiter, afin de compléter ce qui ne serait que l'enseignement d'une médecine des maladies, plusieurs changements importants :

- ▶ La sélection initiale des étudiants devrait donner bien plus d'importance à l'enseignement des humanités, notamment lors de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) ;
- ▶ Dans la suite du cursus, apprendre aux étudiants à voir une personne dans le malade : par exemple, leur apprendre à regarder un visage pour comprendre l'unicité de l'individu assis en face d'eux, car le visage c'est la personne ; donner toute sa place à l'enseignement d'une médecine narrative [27], dans l'esprit de Paul Ricœur [28], pour qui une personne est un être qui peut faire le récit de sa vie, qui présente une continuité psychologique entre le passé, le présent et l'avenir ; lui apprendre à interroger non seulement sur les antécédents, mais aussi sur les projets ;
- ▶ Leur montrer que les prouesses de l'imagerie ne doivent pas faire oublier l'importance de l'examen clinique : certes, une échographie thyroïdienne est plus fine et quantitative que l'examen du cou. Mais on peut aussi rappeler avec le philosophe Hans Georg Gadamer les mérites de la palpation : « Traiter (*behandeln*) signifie *palpare*, c'est-à-dire palper avec la main (*Hand, palpa*) prudemment et délicatement le corps du malade afin de repérer les tensions et les contractures qui soit confirmeront, soit infirmeront la localisation subjective indiquée par le patient et que l'on appelle douleur. » [29] ;
- ▶ Leur apprendre l'art de la conversation, c'est-à-dire de l'échange entre deux êtres doués de pensée complexe ; souligner l'importance de demander à la fin de la consultation : « quoi d'autre ? » [30], ce qui montre au patient qu'on le considère comme une personne qui a des choses à raconter ;
- ▶ Leur apprendre les conditions de la confiance : une étude a montré qu'un patient a confiance dans son médecin s'il sent chez lui certes la compétence, mais aussi une capacité à le reconforter, à l'encourager à poser des questions et à y répondre, à donner des explications : incidemment, ceci donne toute son importance au concept, considéré d'une manière très générale, d'éducation thérapeutique du patient. Deux autres éléments favorisent la confiance, l'humilité qui fait que le généraliste saura adresser si besoin le patient à un autre spécialiste, et la gentillesse pendant l'examen [31]. Or, plusieurs études montrent qu'une telle posture permet d'améliorer l'observance des patients [32-35].

## Dans la pratique médicale

La non-observance des patients et l'inertie clinique des médecins sont souvent dues à un manque de temps, qui conduit à préférer le statu quo. Or, il ne faut pas se le cacher : prendre en compte la pensée complexe du patient, par exemple dans la mise en œuvre de mesures de prévention ou du processus d'éducation thérapeutique, prend du temps. Ceci a une implication évidente : le problème crucial sur lequel toute réflexion sur la pratique médicale doit se pencher est celui du temps médical, de sa valorisation et donc de sa rémunération.

## Conclusion : un retour aux sources de la médecine nécessaire sur un plan éthique

Bien que nous ayons présenté l'avènement d'une médecine de la personne comme un changement de paradigme, ce qui serait au sens Kuhnien une révolution, il ne s'agit en fait que d'un retour aux sources :



« ne demandez pas quelle maladie la personne a, mais plutôt quelle personne à la maladie », disait déjà Osler dans un de ses aphorismes. Néanmoins, un tel retour aux sources nécessitera une résistance à la tendance, semblant irrésistible, qui veut ériger la médecine en une science seulement. Proposer, comme nous tentons de le faire ici, de voir la médecine comme un art de la complexité devrait être attractif pour les médecins, et notamment pour ceux qui sont encore étudiants, car cela fait appel à leur intelligence. On peut donc être optimiste : par exemple, la décision de mettre en œuvre des recommandations individualisées semble traduire une réelle prise de conscience de l'existence d'une crise en médecine.

À l'évidence, la question que nous avons abordée a profondément une nature éthique : on peut en effet remarquer que les deux phénomènes d'observance des patients et d'inertie clinique des médecins sont devenus cruciaux en médecine au moment, relativement récent, où ont eu lieu trois inventions : l'Évidence-Based Medicine [25], l'Éducation Thérapeutique du Patient [36], mais aussi l'institution en médecine de la nécessité de respecter l'autonomie des patients [37].

Il s'agit en particulier de réaliser combien le désir louable de vouloir améliorer l'observance des patients et de lutter contre l'inertie clinique des médecins doit s'appuyer sur une réflexion éthique qui prenne en compte le respect de la pensée complexe des êtres humains et qui conduit ainsi nécessairement au concept de médecine de la personne [38, 39].

On peut enfin remarquer qu'à l'hôpital, ce concept conduit au souci d'améliorer l'hospitalité, ce qui correspond à une nouvelle attente des patients : les patients et leurs proches veulent y être accueillis comme des personnes [40].

## Références

1. Sackett DL. Introduction, In: Compliance in Health Care, John Hopkins, Baltimore, 1979.
2. Phillips L, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-834.
3. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008;28:437-443.
4. Curtis SE, Boye KS, Lage MJ, Garcia-Perez LE. Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. *Am J Manag Care* 2017;23:e208-e214.
5. Paul SK, Klein K, Thorsted BL, Wolden ML, Khunti K. Delay in treatment intensification increases the risks of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes. *Cardiovasc Diabetol* 2015;14:100. DOI 10.1186/s12933-015-0260-x.
6. Woolf SH, Johnson RE. The break-even point: when medical advances are less important than improving the fidelity with which they are delivered. *Ann Fam Med* 2005;3:545-552.
7. World Health Organization (WHO) report. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013,11-2.
8. Sapkota S, Brien JA, Greenfield J, Aslani P. A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with type 2 diabetes-impact on adherence. *PLoS One* 2015; 10: e0118296. doi: 10.1371/journal.pone.0118296.
9. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Seuil, 2005.
10. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
11. Feinstein AR, Horwitz RL. Problems in the "evidence" of "Evidence-based Medicine" *Am J Med* 1997;103:529-535.
12. Postel-Vinay N. Claude Bernard et les statistiques: retour sur une méfiance. Fonds manuscrit Claude Bernard ; décembre 2012. [www.college-de-france.fr](http://www.college-de-france.fr). [En ligne] Disponible sur : [https://salamandre.college-de-france.fr/fonctions/ead/attached/FR075CDF\\_00CDF\\_FCB/FR075CDF\\_00CDF\\_FCB\\_e0000051.pdf](https://salamandre.college-de-france.fr/fonctions/ead/attached/FR075CDF_00CDF_FCB/FR075CDF_00CDF_FCB_e0000051.pdf).
13. Schön DA. The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. Basic Books, 1983.
14. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed « mindlines »? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004;329:1013-1017.
15. Kahneman D, Tversky A. Prospect theory: an analysis of decision under risk *Econometrica* 1979;47: 263-292.
16. Summerskill WSM, Pope C. 'I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door.' An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Fam Pract* 2002;19:605-10.
17. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux;2011.
18. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven, CT: Yale University Press;2008.
19. Tison E. Le Nobel d'économie consacre les forces de l'esprit. *Le Monde* ; Vendredi 20 octobre 2017.
20. Kuhn T. The Structure of Scientific Revolutions. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1970.
21. Quill TE, Holloway RG. Evidence, preferences, recommendations-finding the right balance in patient care. *N Engl J Med* 2012;366:1653-55.
22. Ubel PA. Medical facts versus value judgments — Toward preference-sensitive guidelines. *N Engl J Med* 2015;372:1275-1277.



23. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *Am J Bioethics* 2013;13:29-39.
24. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M et al. Management of hyperglycemia in Type 2 diabetes: A patient-centered approach position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012;55:1577-96, *Diabetes Care* 2012;35:1364-79.
25. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
26. Dreyfus SE, Dreyfus HL. *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. Washington, DC: Storming Media, 1980.
27. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. 2013;9:280-6.
28. Ricœur P. *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990.
29. Gadamer HG. *Du lieu caché de la santé*. In : *Philosophie de la Santé*. Collection La grande raison, Bordeaux: Grasset Mollat ; 1998.
30. Barrier PA, LI JTC, Jansen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc*. 2003;78:211-4.
31. Thom DH, Stanford Trust Study Physicians. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract* 2001;50:323-8.
32. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH et al. Communication and medication adherence: The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med* 2013;173:210-218.
33. Safran D, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213-20.
34. Zikmund-Fisher BJ, Hofer TP, Klamerus ML, Kerr EA. First things first: difficulty with current medications is associated with patient willingness to add new ones. *Patient* 2009;2:221-231.
35. Nguyen GC, LaVeist TA, Harris ML, Datta LW, Bayless TM, Brant SR. Patient trust-in-physician and race are predictors of adherence to medical management in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15:1233-9.
36. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-1391.
37. Beauchamp TL, Childress JF. (1979) *Principles of Biomedical Ethics*. 7<sup>e</sup> ed. Oxford: Oxford University Press ; 2012.
38. Reach G. Simplistic and complex thought in medicine: the rationale for a person-centered care model as a medical revolution. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:449-57.
39. Reach G. Patient education, nudge, and manipulation: defining the ethical conditions of the person-centered model of care. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:459-68.
40. Reach G. *Médecine de la personne, hospitalité : pour l'avènement d'une bienveillance ordinaire*. *Rev Prat* 2017;67:71-379.

## Discussion

### M. Gérard MILHAUD

*Votre exposé est très convaincant. Mais qu'en est-il du temps médical à l'hôpital ? À l'APHP on estime que le chef de services passe 32 heures hebdomadaires dans son service. Comment ré-enchanter cette profession qui vous prend votre temps sans compter ?*

Je vous remercie pour cette question, qui pose un problème de fond. Le soin prend du temps. Ceci est vrai pour le patient et pour les soignants. Ainsi, on a montré, du côté des soignants, que l'inertie clinique était plus fréquente en cas de consultation courte.

Il me semble donc que la question du temps médical est celle que l'on doit d'abord se poser si l'on veut prévenir l'inertie clinique. Pour « ré-enchanter », pour reprendre votre heureuse expression, notre profession, il faut commencer par la revaloriser. La prise en compte de la nécessité d'exercer une pensée complexe en ne se contentant pas d'appliquer des recommandations, c'est-à-dire, d'exercer son intelligence en refusant de ne faire que suivre des algorithmes décisionnels, peut être profondément valorisante : avoir la possibilité d'exercer son intelligence, n'est-ce pas « un enchantement » ? Alors nous continuerons à accepter de dépenser notre temps sans compter...

### M. Patrice QUENEAU

*J'ai apprécié une nouvelle fois la forme et le fond de votre intervention. Je l'approuve pleinement.*

*Je voulais seulement préciser (comme je l'ai fait dans de nombreux écrits, encore tout récemment dans « Sauver le médecin généraliste » (écrit avec le Docteur Claude de Bourguignon, Editions Odile Jacob,*





2017), la grave erreur d'interprétation de l'Evidence-based medicine (EBM) couramment faite, non par vous bien sûr, mais par beaucoup de personnes oubliant de se référer à la définition des concepteurs de l'EBM.

Au nom du groupe des enseignants-chercheurs de la McMaster University Medical School de Hamilton (Ontario, Canada), David Sackett définit ainsi l'EBM : « Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients » (JAMA, 1992, 268, 2420-5). Ce qui peut se traduire ainsi : « L'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ».

Cette définition très explicite souligne ce progrès considérable qui pousse la médecine vers une exigence scientifique renforcée, qu'elle doit aux patients. Mais « on » oublie souvent la seconde partie de la phrase : « dans la prise en charge personnalisée de chaque patient ». Ainsi, le médecin doit-il tenir le double pôle de la référence à la science médicale et à sa personnalisation à chaque patient. Il n'existe pas de « malade moyen ».

Qu'en pensez-vous ? Merci d'avoir illustré de façon si juste et élégante « la simplicité et la complexité de la médecine ».

Je vous remercie de souligner le fait que les pères fondateurs de l'Evidence-based medicine n'ont cessé, dès les origines, de rappeler la nécessité de cette triangulation dans la décision médicale : les faits, les préférences des médecins, et les préférences des patients. Mais je me demande si le succès de l'EBM dans son ambition d'apporter des faits scientifiques à la médecine n'a pas augmenté l'importance du premier sommet du triangle au détriment des deux autres. Ce sont donc les utilisateurs de l'EBM qui, souvent, ont tendance à oublier quelque peu la conception initiale de l'EBM qu'en avaient ses fondateurs. Un dossier entier consacré à l'EBM, que j'ai eu l'honneur de coordonner à la demande de Jean-Noël Fiessinger pour la Revue du Praticien, et qui est paru dans deux numéros à la fin de 2017, se termine par un article de Sadek Béloucif, montrant le développement actuel d'autres approches, comme par exemple une *Preference-based medicine*.

**Remerciements et déclaration de conflit d'intérêt : ce texte a été présenté devant le Comité d'Éthique de l'Académie nationale de Médecine le 21 novembre 2017. L'auteur n'a pas de lien d'intérêt à déclarer dans le cadre de ce texte.**

**Cet article a été publié dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2018 ;202[1,2]:241-53.**