

Séance du 23 mars 2020

Médecins et patients : entre Croyances, Connaissances, Preuves et Incertitudes

Marcel DANAN

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

MOTS CLES

Médecins, patients, croyances, connaissances, raisonnement, preuves, intelligence artificielle, guérison, superstitions, placebo, nocebo, charlatans.

RESUME

Les mécanismes de la croyance et de la connaissance sont analysés dans leur contexte historique, philosophique et actuel, du point de vue du médecin et du patient avec pour l'un et l'autre des doutes, des preuves, des incertitudes. Malgré les progrès fulgurants des techniques diagnostiques et thérapeutiques, et peut-être à cause d'eux, il existe et il existera toujours une part d'inconnu dans les connaissances médicales. De son côté le patient ne fait pas toujours une confiance aveugle à la médecine d'où certaines dérives fondées sur des croyances ésotériques. L'accent est mis sur la nécessité d'établir une relation de confiance entre les médecins, qui doivent rester modestes, et les patients qui cherchent à être les acteurs de leur santé.

NOTA : La séance de l'Académie du 23 Mars 2019, au cours de laquelle cette conférence devait être prononcée, a dû être annulée à cause de l'arrivée de la pandémie de la Covid19. Le présent texte écrit de la conférence a en conséquence été envoyé aux membres de l'Académie.

1. Croyance et connaissance. Quelles relations ?

1.1. Croyance

La foi, la persuasion et l'intuition sont les trois aspects de la notion de croyance, laquelle implique la confiance. Il ne sera pas question dans cette communication du problème de la foi. La croyance est de l'ordre de l'appréhension immédiate sans justification rationnelle. Elle a le pouvoir de faire exister un objet : elle peut apparaître comme un outil d'invention voir de manipulation. Il convient donc d'examiner son rapport à la réalité et la vérité. S'il est un domaine où la croyance est capitale, essentielle, c'est bien celui de la santé. Le patient peut se croire atteint d'une maladie grave alors qu'il n'en est rien, ou peut à tort se dire guéri par tel ou tel procédé. Il peut ne pas avoir conscience de son état. Le médecin de son côté peut se croire tout-puissant ou douter de lui. Il peut croire sans hésiter à la valeur de ses remèdes, de ses protocoles, de ses interventions chirurgicales. Il peut aussi ne pas comprendre son patient, ne pas croire en ses doléances ou bien le suivre dans des diagnostics plus ou moins farfelus. Ce n'est pas tout, entre le patient, présumé malade, et le médecin, se pressent toute une série de

professionnels de santé qui eux aussi peuvent avoir une appréciation erronée de l'état pathologique de ceux qui les consultent. Enfin il a toujours existé, et ce depuis la nuit des temps, des charlatans, des thaumaturges qui croient ou non en leur pouvoir et que l'on peut considérer comme illuminés et/ou escrocs. Cela n'a rien de surprenant ni de nouveau car il est facile et reposant de croire, d'accepter sans réflexion.

1.2. Connaissance

Elle ne devrait plus faire peur depuis que la Renaissance puis les Lumières ont balayé son péril et son pouvoir mortifère. La relation entre la connaissance et la croyance embarrasse les scientifiques. Savoir, exprime la possession d'une compétence permettant de réaliser une action. Les obscurantismes religieux ou autres ont cependant la vie dure et se manifestent encore par ci par là. Dans le monde contemporain la connaissance et l'information sont souvent confondues. La connaissance permet de comprendre la réalité qui nous entoure. Elle a aussi été considérée comme un poison vital : connaître c'est prendre le risque de découvertes qui vont à l'encontre des données acquises depuis la nuit des temps . Combien d'individus sont capables de l'aventure qu'est la connaissance ? Beaucoup adhèrent à une idée ou une théorie sans véritable fondement rationnel, leur croyance étant une opinion plutôt qu'un savoir. Dans son ouvrage « *Connaissance, ignorance, mystère* » Edgar Morin écrit :

« Que connaît-on, que peut-on connaître de la réalité ? La connaissance devenue problématique rend la réalité elle-même problématique, qui rend tout autant problématique l'esprit producteur de la connaissance, lequel rend aujourd'hui énigmatique le cerveau producteur de l'esprit ».

1.3. Qu'en disent les historiens et les philosophes

Retour vers le passé

Au début était la magie, le mythe. Des esprits tout-puissants gouvernaient les phénomènes naturels et les divinités intervenaient dans la production de la maladie. La médecine était religieuse et magique, et la thérapeutique faisait appel à la prière, aux incantations et à la purification. Ce mode de pensée n'a pas disparu car la maladie fait régresser, même le sujet le plus évolué.

C'est à Hippocrate, père de la médecine moderne (*la maladie sacrée*) que revient le mérite d'enseigner que la maladie a des causes naturelles. L'observation clinique est indispensable pour apprécier l'état du patient et le pronostic. Tout ce qui se produit a une cause et s'y rapporte et, tout dans la nature est en mouvement et en perpétuel changement. À l'époque d'Hippocrate manquaient l'expérimentation et la corrélation anatomo-clinique, puisque la connaissance intérieure du corps était inconnue.

Parmi les disciples directs d'Hippocrate, dont son fils et son gendre, apparaissent les *dogmatiques* qui abandonnent la voie de l'expérience et de l'observation pour se lancer dans la spéculation. Les *empiriques*, opposés aux dogmatiques, qui se bornaient à accumuler les observations et l'expérience, négligeaient le raisonnement. Ils se basaient sur les observations et les analogies.

Galien, (129-216), influencé par Hippocrate et le finalisme d'Aristote, fit appel à l'expérimentation et à la raison, « *ses deux jambes* » et sa vision fondée sur le dogmatisme et le principe d'autorité, s'imposa jusqu'au XVII^{ème} siècle. .

Il faudra attendre Harvey (1623), pour admettre que le cœur est une pompe qui fonctionne par impulsions et non un réceptacle qui marche comme un aimant, et comprendre que « *le sang ne peut que circuler* » .

Ce n'est qu'au début du XIX^{ème} siècle, sous l'influence de Magendie, qu'il fut admis que les lois de la physique et de la chimie sont les mêmes pour la nature animée ou inanimée. Il s'opposa à Bichat, décédé à 30 ans, partisan du vitalisme et qui opérait une distinction radicale entre les phénomènes physiques et les phénomènes vivants. On connaît sa formule : « *La vie est l'ensemble des fonctions qui s'opposent à la mort* ». Barthez déjà disait : « *Le principe vital est la cause qui produit tous les phénomènes de la vie dans le corps humain* ». Mais, c'est à Bichat que revient le mérite d'avoir préconisé la méthode anatomo-clinique et d'avoir rénové l'anatomie pathologique

Le point de vue des philosophes

La raison humaine comme guide pour la connaissance et la recherche de la vérité, ne peut être admise sans réserve si on considère que les informations fournies par nos sens ne sont pas fiables et qu'elles sont même trompeuses ou superficielles. C'était le point de vue de *Platon, idéaliste et génie de l'abstraction*, qui soutenait que les données de nos sens étaient moins certaines que l'action de notre intelligence. Pour lui le monde apparent est une fiction et la réalité ne peut se voir qu'à travers l'esprit et non les sens.

Aristote, réaliste et génie de la classification accordait plus de place à l'expérience directe et à l'expérimentation qu'aux données fournies par les sens. Il se méfiait de l'hypothèse, pratiquait la déduction et abusait du syllogisme.

Epicure (-341 -270) enseignait que la sensation est à l'origine de toute connaissance. La véracité des sensations garantit que nous connaissons la réalité. Une opinion est vérifiée si elle porte sur des faits évidents. Elle est falsifiée si les faits ne sont pas évidents.

René Descartes (1596-1650) a fondé le rationalisme moderne, s'appuyant sur les forces de la raison et sur l'évidence, de façon à atteindre le vrai de manière sûre. La connaissance de la réalité découle des idées de la raison et non des sens. Tout a une raison, il s'agit de la trouver.

Les empiristes Anglais. Locke (1632-1704) dans l'essai « *Sur l'entendement humain* » examine les différentes facultés de connaître. La connaissance découle de l'expérience. Il décrit trois degrés de connaissance : *intuitive*, c'est la perception immédiate, *démonstrative*, c'est la nécessité de preuves, et *sensitive*. *Hume* (1711-1776), partisan de l'empirisme place l'expérience sensorielle, autant externe qu'interne, et non la raison, à l'origine de la connaissance.

Kant (1724-1804). Avec lui c'est l'attitude critique qui cherche à établir les limites de la connaissance. Kant se situe donc entre les empiristes qui pensent que toute connaissance dérive de l'expérience et les rationalistes qui considèrent au contraire que toute connaissance s'enracine dans la raison.

2. Du côté des médecins

2.1. Le diagnostic

2.1.1. Les médecins à la recherche de la vérité.

Le raisonnement médical comporte trois étapes : le diagnostic, le pronostic et le traitement. Pour aboutir au diagnostic le médecin doit recueillir les antécédents du patient, recueillir ses symptômes, rechercher des signes tout en sachant qu'un signe peut avoir plusieurs causes. À l'étape suivante le médecin doit formuler des hypothèses, les évaluer et les soumettre à la contradiction en particulier lorsqu'un fait nouveau intervient. Le diagnostic est valable s'il tient compte de toutes les hypothèses et des données cliniques recueillies lors de l'examen.

2.1.2. Les diverses possibilités de raisonnement

Le raisonnement clinique au contact du malade.

Ce raisonnement peut être précédé par l'*intuition* qu'on appelle aussi *inconscient adaptatif* : en quelques fractions de seconde le cerveau analyse la situation puis recherche dans ses souvenirs des situations similaires.

Le raisonnement analogique

Basé sur des ressemblances, il n'est en médecine, qu'une étape à laquelle il vaut mieux ne pas s'arrêter : il amène l'inconnu au connu par la mise en parallèle de similitudes. Les médecines alternatives sont *fondées* sur des analogies basées sur des similitudes superficielles d'où certaines dérives.

Le raisonnement par induction

Il se propose de chercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers sur une base probabiliste. En médecine : à partir de données particulières, d'un constat de faits, on aboutit à des données générales qui peuvent être réfutées. Le raisonnement par induction ne peut prétendre qu'au vraisemblable. Exemple de raisonnement par induction (tiré, comme les exemples suivants de l'ouvrage d'Alain C. Masquelet, *Le raisonnement médical*, collection que sais-je, 2006) : « *Un groupe de patients a une rhinopharyngite virale. Tous les patients ont guéri spontanément. Toutes les rhinopharyngites virales ont une évolution favorable spontanément* ».

Le raisonnement déductif

On part d'une idée générale, d'un principe, d'une loi pour en tirer une conséquence particulière. Comme le disait Descartes, « *Il n'y a pas d'autres voies qui s'offrent aux hommes pour arriver à une connaissance certaine de la vérité que l'intuition évidente et la déduction nécessaire* ». Exemple : « *Toutes les rhinopharyngites virales ont une évolution spontanément favorable. Ce patient a une rhinopharyngite virale, il aura une évolution spontanément favorable* ».

Le raisonnement hypothético déductif

Il est à la base du diagnostic différentiel. Des hypothèses diagnostiques apparaissent très tôt à l'esprit du médecin qui recueille des données puis soumet les résultats obtenus à des tests : expérimentations, examens complémentaires pour valider ou réfuter les hypothèses. Claude Bernard en 1865 appliqua à la médecine la méthode expérimentale éprouvée dans les sciences de la nature, et basée sur le déterminisme. « *On fait une observation ou une expérience mais une fois l'observation ou l'expérience faite on raisonne* ».

Le raisonnement probabiliste

Il s'appuie sur la fréquence de certaines maladies pour lesquelles on connaît avec précision la sensibilité et la spécificité des signes, est un raisonnement par *abduction*, selon la théorie pragmatique de Charles Sanders Peirce (1839-1914). Face à une série de symptômes, le médecin peut diagnostiquer une maladie dont il est reconnu qu'elle peut provoquer chacun de ces symptômes. L'abduction conduit à la découverte des causes alors que l'induction à la découverte des lois. Exemple « *Toutes les rhinopharyngites virales ont une évolution spontanément favorable. Ce patient a une évolution favorable. Il a une rhinopharyngite virale* ». Cette conclusion n'est qu'une hypothèse qui doit être testée. L'erreur est de prendre pour une déduction ce qui n'est qu'une abduction décrétée à tort comme valable.

2.1.3. Pour une médecine fondée sur des preuves ou médecine factuelle

On utilise aussi le terme d'Evidence-Based Medicine, (EBM) donné par la Faculté de Médecine de Mc Master au Canada en 1980. Les progrès fantastiques des méthodes diagnostiques rendus possibles par les découvertes de la science et des techniques, pourraient faire penser que les faits médicaux ont pour socle des connaissances établies, indiscutables et indiscutées. Il n'en est rien. L'EBM ou médecine factuelle fondée sur des preuves est « *l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* ». L'EBM suit quatre étapes : la formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé ; la recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème ; l'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés ; la mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

On a reproché à la médecine factuelle un certain autoritarisme dans la mesure où elle attribue l'importance à la statistique médicale. Par ses recommandations cette médecine se substitue à la décision personnelle du médecin.

2.1.4. Pour un examen clinique attentif

Faire la preuve d'une affection devrait donc être facile tant les procédés diagnostiques ont fait des progrès stupéfiants, encore faut-il savoir examiner attentivement le patient, recueillir ses doléances, savoir choisir les explorations complémentaires adaptées, en interpréter les résultats et faire la synthèse de tout cet ensemble. Tout peut être évident, mais certaines erreurs passent inaperçues si le clinicien n'a pas les connaissances suffisantes, s'il ne fait pas un examen attentif ou si son raisonnement est défectueux. Attention à ne pas raisonner juste sur des bases fausses et ne pas oublier que, comme le disait un maître de notre Faculté, « *Les petits signes font faire les grandes erreurs* ». Aristote avait dit cela autrement : « *Un très faible écart dans les prémisses entraîne parfois de grandes divergences dans les conclusions* ». Mais des erreurs peuvent survenir : interrogatoire mal conduit, examen superficiel, explorations complémentaires mal choisies ou de mauvaise qualité. Le patient peut attacher de l'importance à tel symptôme, qui en réalité sera sans intérêt pour le diagnostic.

2.1.5. L'utilisation des algorithmes et l'intelligence artificielle

L'algorithme est un ensemble de règles opératoires dont l'application permet de résoudre un problème au moyen d'un nombre fini d'opérations. Les algorithmes utilisés dans l'intelligence artificielle nécessitent l'analyse d'un nombre considérable de données, cliniques, biologiques, radiologiques, génétiques, thérapeutiques, permettant de poser un diagnostic et donc un traitement.

L'intelligence artificielle est en train de révolutionner la médecine. Elle prétend aboutir à une médecine prédictive, personnalisée, efficace et à un moindre coût. On parle de médecine P4 : préventive, prédictive, personnalisée, participative. En effet, elle fait réaliser à des machines les tâches que l'homme accomplit avec son intelligence. L'intelligence artificielle va permettre des opérations assistées, le suivi des patients à distance, les prothèses intelligentes, les traitements personnalisés grâce au recoupement d'un nombre croissant de données. L'intelligence artificielle grâce à des algorithmes informatiques tire des conclusions sans intervention humaine. La *machine Learning*, ou apprentissage par la machine est une technologie d'intelligence artificielle permettant aux ordinateurs d'apprendre sans avoir été programmés explicitement à cet effet. Pour cet apprentissage les ordinateurs ont besoin de données à analyser et sur lesquelles s'entraîner. La machine Learning exploite les opportunités cachées du Big Data : elle

permet d'extraire de la valeur en provenance de sources de données massives et variées sans avoir besoin de compter sur un être humain. Plus les données sont massives et variées, plus ce système peut apprendre et fournir des résultats de qualité supérieure. Elle augmente l'activité humaine dans le secteur de la santé. Elle intervient dans le domaine de la pharmacologie, de l'imagerie médicale, de l'analyse des risques et même dans l'enseignement en utilisant des avatars à la place des patients pour la formation clinique. En *radio diagnostic* elle est plus performante que le médecin pour découvrir des anomalies indétectables à l'œil nu. Elle permet le diagnostic automatique de l'âge osseux. L'intelligence artificielle serait capable de détecter de manière automatisée un *cancer du sein*. Cela n'a pas été sans inquiéter les radiologues qui ont fini par admettre que les machines ne les remplaceront pas et pourront les aider à gagner du temps. Des chercheurs de l'institut Gustave Roussy disent avoir mis au point un logiciel actuellement en test, capable de prédire la réponse d'un patient à une *immunothérapie*. En cardiologie elle est capable de repérer un trouble du rythme cardiaque et elle permettrait de faire le diagnostic précoce *d'accident vasculaire cérébral*. Le logiciel a été entraîné à partir d'une base de données de 600 000 électrocardiogrammes à l'institut cardio-vasculaire Paris-Sud. L'intelligence artificielle offre la possibilité d'analyser des millions de données afin d'en déduire le traitement qui conviendra le mieux aux patients en fonction de leurs pathologies. Il est possible de faire analyser des milliers de *patrimoines génétiques* par des algorithmes afin d'anticiper la réaction d'un patient à un traitement en fonction de ses gènes et de poser un véritable diagnostic à partir de statistiques et de probabilités. Cette révolution ne va pas sans inquiétudes et critiques. On lui reproche de prétendre imiter notre capacité à raisonner, à décider et à utiliser le langage comme l'écrivent Marie David et Cédric Sauviat dans leur ouvrage : *Intelligence artificielle, la nouvelle barbarie*, 2019, éditions du Rocher. Ces auteurs concluent en déclarant que « *l'intelligence artificielle, qui permet de penser une équivalence potentielle entre l'humain et la machine est bien un anti humanisme.... en ce qu'elle permet de concevoir une pensée sans sujet, qu'elle nie la subjectivité et retirera à l'homme sa place de seul détenteur du logos* ». Point de vue opposé émis par Laurent Alexandre, médecin entrepreneur, fondateur du site Doctissimo, et qui dirige une société belge de séquences de l'ADN, qui dans un entretien accordé au Figaro, le 18 novembre 2019, déclarait : « *Après l'explosion de la machine Learning beaucoup ont cru que la conscience artificielle naîtrait et que de nombreux métiers seraient remplacés. C'était une énorme erreur* ».

Le Docteur Jacques Lucas, du Conseil National de l'Ordre des Médecins est chargé d'accompagner le changement de la médecine. Il convient qu'il n'est pas étonnant que le numérique, considéré à la solde de l'assurance-maladie par de nombreux praticiens, soit source d'anxiété. Il constate que l'utilisation de l'intelligence artificielle entre dans les facultés de médecine et rappelle l'importance de la qualité d'écoute du médecin.

2. 1. 6. Quelques causes d'erreurs de diagnostic

Passons sur l'incompétence du médecin ! Confondre les causes et les effets. Formuler une hypothèse dans un domaine qui n'est pas celui de sa spécialité. Accorder une importance inhabituelle à un examen. Se tromper dans la recherche de la cause par un raisonnement inapproprié. Surestimer un symptôme. Avoir une confiance excessive dans le résultat d'un examen.

Ne pas attacher d'importances aux *modes*, et il y en a toujours eu. Dans les années 60 et 70, le diagnostic de *spasmophilie* était posé à la légère, en se basant sur des signes électromyographiques mal interprétés. Cette mode a fait des ravages chez les jeunes, surtout les filles et du même coup la fortune de certains neurologues et électromyographistes. Dans les années 90 un mal curieux s'est emparé des descendants

des spasmophiles : la *fibromyalgie*. Autre maladie qui est dans le vent : *le burn out*. À l'origine il s'agit des conséquences d'un épuisement, d'un surmenage professionnel. Il n'est pas question de nier les troubles englobés dans cette appellation mais, de plus en plus de personnes se disent atteintes de *burn out* même lorsqu'elles n'ont aucune activité et sont loin d'être surmenées. Croyances également dans la *nocivité des ondes électromagnétiques* chez certaines personnes qui se disent électro sensibles au point d'aller se terrer dans des abris loin des relais téléphoniques. Ces personnes se plaignent de toutes sortes de symptômes non spécifiques tels que rougeurs, sensations de brûlure, fatigue générale, troubles fonctionnels divers. Tous les examens sont négatifs. La justice a reconnu pour la première fois l'électro sensibilité : un jugement du 27 septembre 2010 a jugé qu'un homme électro hypersensible devait être pris en charge au titre des accidents du travail. Dans le même ordre d'idées, les *compteurs électriques Linky* sont accusés de faciliter le cancer. La technologie utilisée fait intervenir le courant porteur en ligne qui utilise le réseau électrique existant pour transmettre les données du compteur. Cette technologie libère des ondes électromagnétiques. Malgré l'avis du Centre National de Recherche sur le Cancer plusieurs personnes se disant victimes ont obtenu du Tribunal de Grande Instance de Toulouse l'interdiction de la pose de ces compteurs chez 13 d'entre elles.

2.2. Les soins et leurs contrôles

En France *plusieurs organismes* contribuent à l'exercice d'une médecine qui est la meilleure du monde *Les facultés et les hôpitaux* qui enseignent. La *HAS* (Haute Autorité en Santé) qui propose des recommandations et *l'Académie Nationale de Médecine* qui répond aux questions posées par le gouvernement dans le domaine de la santé publique et peut s'autosaisir et émettre des communiqués grand public.

Mais rien n'étant parfait on peut émettre quelques critiques.

2.2.1. Les Facultés

Elles organisent des enseignements dont l'efficacité est loin d'être prouvée et créent des D.U. (diplômes universitaires) suivis très largement et qui enseignent des médecines à base ésotérique. Le blanc-seing de la Faculté est une garantie. Certains médecins prétendent faire une médecine d'écoute ce qui est bien mais ne suffit pas. Le public y trouve son compte : le patient, ou supposé tel, a l'impression de diriger ses soins, d'être un sujet et non un objet, et la pensée magique qui infiltre l'esprit de tout un chacun, y compris de celui des médecins les plus brillants, se satisfait d'explications farfelues.

2.2.2. L'Ordre des médecins

Il ne peut qu'enregistrer ces D.U. et valider de nouvelles spécialités. Les jeunes médecins raffolent de ces diplômes qui ornent leurs plaques professionnelles. Certains se consacrent à l'exercice exclusif de ces pratiques. Ils dorment bien et ne craignent pas les procès car les patients sont toujours satisfaits.

2.2.3. La HAS

Elle n'échappe pas à quelques critiques. En juin 2007 elle recommande l'*EMDR* dans le traitement de l'*ESPT* (État de Stress Post Traumatique), ouvrant la voie à une activité florissante. Or, on n'a jamais vu une victime d'un tel stress se déclarer guérie lors d'une expertise visant à la dédommager. Le principe est que la personne traumatisée échoue à intégrer ses expériences et les informations mal traitées se présentent ainsi régulièrement et spontanément à la mémoire du patient dans leur état d'origine. Plus récemment le Collège des généralistes enseignants a exprimé son désaccord avec une recommandation de l'*HAS* de 2017, à propos de *l'utilisation des statines dans les*

dyslipidémies. Elle a retiré cette recommandation en 2018. Autre affaire : les conclusions de l'HAS à propos du traitement du diabète par les *Gliflozines* qui sont à l'opposé de celles des autorités européennes et de nombreux pays qui utilisent ces remèdes. *L'Affaire des bébés secoués* : les recommandations de la HAS sont accusées d'avoir conduit des médecins puis la justice à condamner à tort des personnes d'avoir secoué des bébés. Une association de familles a saisi le Conseil d'État pour que les recommandations de la HAS soient abrogées. La HAS maintient ses recommandations et rappelle que ses textes se basent sur une analyse rigoureuse de la littérature scientifique et médicale internationale.

2.2.4. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Il s'agit d'un établissement public ayant pour mission principale d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et les produits de santé destinés à l'homme. Elle a succédé en 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) qui a été critiquée dans l'affaire du Médiateur. L'ANSM assure entre autres missions la gestion et l'évaluation des essais cliniques portant sur les produits de santé. Or, la fiabilité de sa méthode peut être discutée, car les patients inclus peuvent être différents de ceux qui seront soignés par la suite

2.2.5. L'Académie Nationale de Médecine

C'est l'organisme dont les avis sont les plus mesurés. Elle a rédigé le 5 mars 2013 un rapport sur les thérapeutiques complémentaires (ThC) : Acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi :

« Les ThC, nées de pratiques non médicales, ou d'une médecine éloignée de la nôtre, et pratiquées initialement dans le seul secteur libéral par des médecins ou des non médecins sans la caution des instances académiques et/ou professionnelles, se sont progressivement installées dans l'offre de formation des universités et l'offre de soins des hôpitaux, du fait d'initiatives individuelles, sans concertation ni planification, et sous l'effet conjugué de la faveur du public et des réponses insatisfaisantes de la médecine conventionnelle face à nombre de troubles fonctionnels. Force est de constater qu'à l'heure actuelle ces pratiques, dont l'une ou l'autre figurent au programme de presque toutes les facultés, dans l'usage de tous les centres d'oncologie, et dans celui de la plupart des CHU, sont un élément probablement irréversible dans nos méthodes de soins. L'intérêt qui leur est porté oblige à les considérer avec sérieux, quand bien même leur efficacité n'est évoquée que dans un nombre limité de situations et fondée sur un niveau de preuve insuffisant. L'introduction des ThC à l'hôpital public, et notamment dans les CHU est acceptable dans la mesure où l'hôpital n'est pas considéré comme garant de leur efficacité » .

Dans un même ordre d'idées le 19 juin 2018 le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans un rapport intitulé « *Médecines alternative et complémentaires* » a rappelé que l'utilisation médiatique des termes de médecines alternatives et complémentaires, concernant notamment l'homéopathie, entretient une ambiguïté qui est source de confusion et de litige d'interprétation. Le Conseil National tient à rappeler fermement que le terme médecine implique comme préalable à toute prescription thérapeutique une démarche médicale initiale de diagnostic clinique, complétée au besoin par des investigations complémentaires et en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents. En octobre 2019 le Conseil National de l'Ordre des Médecins a rappelé qu'un éventuel DIU doit respecter les règles de déontologie médicale et n'avoir pas de lien d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique. Dorénavant l'exigence pour qu'un éventuel DIU ouvre droit au titre en homéopathie sera conforme aux dispositions

communes à l'ensemble des titres, donc exigence d'une formation universitaire validée. Cette décision n'est pas rétroactive. Le Conseil National appelle les Universités à travailler ensemble à l'élaboration éventuelle d'une maquette de diplôme plus globale à propos de l'intégration des médecines complémentaires et alternatives dont la reconnaissance du droit au titre pourrait être secondairement débattue par l'Ordre.

2.2.6. La Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes

Dans un rapport publié le 16 décembre 2019, elle a tenu des propos durs pour les dérives de certains professionnels des médecines douces : naturopathes, aromathérapeutes, hypnothérapeutes, acupuncteurs, auriculothérapeutes, réflexologues. Bien que tolérées, ces pratiques n'ont, « *dans la très grande majorité des cas, pas fait l'objet d'études scientifiques ou cliniques montrant leur modalité d'action, leurs effets, leur efficacité ainsi que leur non dangerosité* » comme le rappelle le Ministre de la Santé sur son site. Ce qui n'empêche pas certains de ces thérapeutes de vendre du rêve.

2.2.7. La médecine de contrôle et ses difficultés spécifiques

S'il est une pratique médicale où la *recherche de la preuve* est capitale c'est la médecine de contrôle : validité d'un arrêt maladie, authenticité d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, évaluation d'un préjudice, recherche d'une responsabilité pénale, dans tous ces cas le médecin se présente comme un enquêteur cherchant à découvrir une preuve ou détecter une supercherie avant de donner une réponse objective. *L'expertise psychiatrique* : c'est dans cette discipline que la recherche de la preuve est la plus délicate pour le sujet expertisé et pour la société. Cet individu est-il pénalement responsable, entièrement ou avec des réserves ?

2.2.8. Incertitudes sur la valeur du médecin

a) Au cours de sa formation

Tout récemment encore la sélection intervenait à l'entrée dans la profession puis lors de l'examen national classant. Le bachotage forcené n'est pas le garant de l'aptitude à exercer la médecine. De nombreux étudiants qui pourraient faire d'excellents médecins, ont été écartés de la profession. Toutefois, il serait inacceptable et totalitaire de sélectionner les futurs médecins sur des critères de personnalité, de bonne santé psychique ou de moralité. Il existera toujours une part d'incertitude quels que soient les efforts pour améliorer la sélection et le suivi des futurs médecins. Une réforme des études de médecine se met en place : elle vise à diversifier les profils des futurs médecins.

b) Tout au long de sa carrière

Il est indispensable que le médecin soit contrôlé sur ses connaissances et son comportement s'il semble franchement atypique et déviant. Le décret du 26 mars 2014 n° 2014-545 relatif aux procédures de contrôle de l'insuffisance professionnelle donne au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins la possibilité d'enjoindre à un praticien, sur la base d'une expertise menée par ses pairs universitaires de la spécialité, de se former, et à la faculté pendant cette période de formation de le suspendre totalement ou partiellement dès lors que ses carences constituent un danger pour les patients.

3. Du coté des patients

Dès qu'un individu perçoit dans son corps ou dans son esprit le moindre signe lui paraissant inhabituel, il s'interroge avec ou sans anxiété mais il veut savoir et

comprendre ce qu'il a. Il peut toutefois négliger de le faire mais le plus souvent il consulte un médecin.

3.1. Croyances.

3.1.1. *Elles concernent la nature et la cause de la pathologie.*

Même de nos jours et chez les sujets cultivés, des superstitions s'imposent et cela en dehors de la pathologie mentale. Le superstitieux établit un lien de causalité entre deux événements successifs et n'admet pas qu'il peut s'agir de coïncidences. La superstition est le fruit de la pensée intuitive et de la pensée magique qui coexistent avec la pensée rationnelle. La pensée magique et la pensée scientifique sont associées à divers degrés chez la plupart des individus et se manifestent en fonction des circonstances. Les superstitions ont toujours existé sous forme de croyances selon lesquelles des esprits animent les êtres vivants et les objets. On peut parler d'animisme, caractéristique de la pensée dite primitive et aussi de celle des enfants. Dans certaines couches de la population, il existe des systèmes culturels d'interprétation et de traitement du mal, du malheur et de la maladie. L'ethnopsychiatrie s'est intéressée à ces phénomènes en particulier dans certaines régions où les populations immigrées conservent leurs traditions. En fonction de leurs prédispositions ils peuvent se sentir gravement atteints alors qu'il n'en est rien. Dans un autre domaine le nomadisme médical de l'hypocondriaque est parfois impressionnant. Les médecins rencontrent aussi des patients qui n'acceptent pas la maladie, sont dans le déni et refusent les investigations et les traitements. Ils sont prêts à écouter des personnages qui vont les ancrer dans leur idée qu'ils ne sont pas malades, ou même, dans certains contextes culturels, qu'ils sont victimes de mauvais sorts, de djnouns ou autres créatures surnaturelles maléfiques. Certains, même non délirants sont persuadés que leur maladie n'est pas liée à une cause médicale. La conséquence est qu'ils s'adressent à des exorcistes ou à des personnages qui peuvent les exploiter et en tout cas leur faire perdre du temps, s'il s'agit d'une maladie sérieuse. Heureusement le plus souvent le malade cherche à comprendre ce qui provoque son mal. Il n'est plus de nos jours le sujet passif qui obéit aux ordres du médecin. Il est actif, cherche à se renseigner, consulte les réseaux sociaux, s'investit dans les associations de patients. Il peut faire lui-même son diagnostic sur Internet avec des risques d'erreurs.

3.1.2. *Sources d'informations*

Le médecin

Le médecin, et en premier le médecin traitant, le médecin de famille d'autrefois, devrait être celui qui informe, explique, obtient le consentement éclairé du patient. À l'heure actuelle, il est exceptionnel qu'un patient se contente de l'avis d'un médecin. Il sollicite divers spécialistes dont les avis sont parfois contradictoires, ce qui facilite son désarroi. Le médecin lui-même, qui doit être conscient de ses limites, doit faire appel à des avis autorisés. L'article 35 du code de déontologie médicale indique que : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état* ». L'article 39 du même code rappelle que « *les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé* ».

Internet, les médias et les réseaux sociaux

Depuis quelques années les patients recherchent sur Internet l'explication de leurs troubles. Certains sites sont parfaits, d'autres ambigus ou erronés. Dans tous les cas le

malade doit pouvoir comprendre et interpréter les informations qu'il recueille sur la toile. Faire son propre diagnostic est possible, mais les risques d'erreurs sont certains. D'ordinaire, le public recherche dans ces sites médicaux la confirmation ou l'infirmité du diagnostic et aussi des traitements qui lui sont proposés. Les médias, presse, émission de radio et télévision vulgarisent ce qui touche à la santé et pas toujours de la meilleure façon. Quant aux *associations de patients*, elles jouent un rôle capital en mettant en contact des malades avec des personnes autorisées. Ainsi la maladie peut être mieux comprise dans ses divers aspects diagnostiques et thérapeutiques. Toutes ces sources d'information peuvent avoir leurs effets pervers dans la mesure où elles ne sont pas fiables et de plus mal interprétées.

Les autres intervenants

Mais il n'y a pas que les médecins que les patients consultent. Tout ce qui touche la santé peut être source de profit. On voit donc des personnages sans qualification se comporter comme des gourous et manipuler les personnes, fragiles et crédules. Les thaumaturges ne sont pas une espèce en voie de disparition. Les progrès de la médecine et des techniques n'empêchent pas ces personnages de prospérer, bien au contraire. Les patients méfiants, parfois à juste titre, cherchent des solutions magiques à leurs troubles. Le plus navrant est que quelques médecins, peu nombreux, se comportent comme des charlatans. Les patients leur font parfois une confiance aveugle. Enfin il peut s'agir de sectes dont les dérives en médecine peuvent faire des ravages.

3.1.3. Croyances dans les procédés thérapeutiques.

a) Habituels conventionnels

Dans l'immense majorité des cas, fort heureusement, les patients suivent les prescriptions des médecins lesquels ont une obligation de moyens.

b) Médecines alternatives

Elles ont beaucoup de succès. Parmi elles les médecines traditionnelles chinoises, indiennes (ayurvéda), la naturopathie, la yoga thérapie, peuvent même se substituer au traitement habituel ce qui n'est pas sans danger. Le plus souvent elles accompagnent les traitements classiques : les patients qui choisissent ces divers procédés thérapeutiques ont l'impression de diriger leurs soins et donc de ne pas être passifs. Ils sont satisfaits d'être les acteurs de leur santé et de leur guérison, si elle survient.

c) L'acupuncture

L'Académie Nationale de Médecine a conclu en 2013 qu'un effet placebo est le mécanisme d'action le plus plausible. En traitant des points d'acupuncture on libère les énergies, on règle la vitalité des souffles afin de les rendre harmonieux, comme l'exprime le Président de l'Association Française d'Acupuncture, tout en reconnaissant que cela ne correspond à rien sur le plan scientifique. Des études sérieuses ont consisté en implantation d'aiguilles en dehors des points d'acupuncture et il n'a pas été noté de différence d'efficacité entre la vraie et la fausse acupuncture.

d) Les manipulations vertébrales

Elles sont en vogue : on entend souvent des patients persuadés qu'on leur a replacé des vertèbres. Pour qui connaît un peu l'anatomie c'est manifestement impossible. Les thérapeutes qui font croire à des patients qu'ils ont remis leurs vertèbres en place sont des incompetents ou des malhonnêtes.

e) La méditation

Il s'agit d'une pratique bouddhiste mais qui a trouvé une application laïque dans la médecine. L'exploration par IRM montrerait que les régions intervenant dans le contrôle et la régulation des émotions sont plus volumineuses chez les adeptes de la méditation.

La méditation de pleine conscience « *cherche à faire le vide, à lâcher prise, à s'ouvrir au monde intérieur comme extérieur* » sans vouloir en aucun cas faire intervenir la raison. Elle invite à des exercices intentionnels pour ramener notre esprit vers *l'ici et maintenant* plutôt que de le laisser s'égarer. Divers études concluent que la méditation de pleine conscience a un effet statistiquement significatif sur l'anxiété, la dépression et le vécu de la douleur. Beaucoup de patients s'estiment améliorés ou guéris par la méditation alors que dans la réalité elle n'a pas eu de rôle essentiel mais, rien ne peut éprouver leur foi dans ces médecines. D'autres personnes ne sont pas réceptives à la méditation ou ne la supportent pas se sentant angoissées.

f) *le développement personnel*

Les grands prêtres en sont les *coachs*. Ces derniers proposent ce que le public a envie d'entendre : réussite, sérénité, joie. Les ouvrages consacrés aux recettes du bonheur, à la confiance en soi envahissent les librairies. Les biens portants et aussi les malades s'imaginent qu'ils peuvent se libérer et aboutir à une vie authentique. En réalité il n'en est rien. Comme l'a écrit Julia de Funès à propos des nombreux ouvrages qui prétendent enseigner la confiance en soi, les recettes du bonheur, l'authenticité en cinq leçons, dans son dernier livre (*Développement impersonnel, le succès d'une imposture, Édition de l'Observatoire, août 2019*), « *plus des auteurs prônent l'affirmation de soi, plus ils enferment les lecteurs dans des comportements conformistes et contraignants* ».

g) *Quant aux guérisseurs*

Ils n'ont pas disparu, même s'ils sont concurrencés par l'essor des médecines alternatives. La maladie fait régresser et le patient se tourne alors non seulement vers les médecines alternatives mais aussi vers les sujets prétendant avoir un pouvoir mystérieux, parfois héréditaire se comportant un peu comme les chamanes qui voyagent dans l'invisible, et cela même sous nos contrées. On est en pleine pensée magique. On trouve partout des personnes prétendant soigner par des moyens empiriques ou magiques en vertu de dons particuliers. Ces guérisseurs, héritiers de pratiques ancestrales peuvent être magnétiseurs, radiesthésistes, exorcistes, rebouteux. Les *coupeurs de feu*, censés guérir les brûlures, entre autres de la radiothérapie, et les douleurs du zona, même sans voir les malades, sont les descendants des exorcistes moyenâgeux. Ils ont leur entrée dans certains hôpitaux. On peut être un brillant médecin et garder une âme d'enfant.

3.1.4. *Croyances en ce qui concerne la prévention*

Les motivations qui poussent à la prévention des maladies incitent le public à s'adresser à divers praticiens ou acteurs qui proposent non pas la vie éternelle mais une réduction des risques permettant une existence en bonne santé. Toutes sortes de régimes plus ou moins sérieux sont proposées au grand public, en particulier par certains magazines. Certains sont sans valeur réelle. *La polémique sur les vaccins* illustre la complexité des problèmes liés à la santé publique. Comme les vaccins ne soignent pas mais protègent, les exigences en matière d'efficacité et de sécurité sont extrêmes. D'où les craintes, des affirmations sans preuve, des rumeurs, des mouvements de masse (pétitions) qui arrivent à inquiéter le public et à créer une méfiance tout à fait injustifiée. Certes, même les organismes les plus radicaux ne contestent pas les vaccins D-T-Polio, mais en diffusant des informations approximatives et erronées dans le grand public, ils arrivent à semer le trouble dans la population ce qui est préjudiciable à la santé publique.

3.1.5. *Les illusions de la croyance : effets placebo et nocebo*

a) *L'effet placebo*

Il survient quand un traitement inactif (sans principe actif), ou manifestement inefficace pour la pathologie en cause entraîne une amélioration des signes fonctionnels. On admet que l'effet favorable est lié à un conditionnement. Un tiers des patients tire un

bénéfice du placebo, mais le résultat n'est pas durable et n'est pas reproductible. Le placebo est utilisé chez les douloureux chroniques et les insomniaques qu'on trompe sciemment, ce qui n'est pas très déontologique. L'effet placebo ne peut s'expliquer que par un mécanisme psychophysiologique. Dans les essais thérapeutiques de phase III (évaluation et comparaison bénéfique / risque) un nouveau médicament est utilisé versus un médicament de référence ou un placebo, mais, le patient devant être informé qu'il peut ou non faire partie du groupe recevant le placebo, cet effet est réduit. Bien entendu l'essai comportant un placebo ne peut être entrepris que s'il n'excite pas de traitement actif connu. À l'heure actuelle on considère qu'un produit dénué de molécules actives peut être efficace même lorsque les patients sont informés. En effet toute intervention médicale crée l'attente d'une amélioration y compris quand elle provient de pratiques alternatives. L'effet placebo explique en grande partie les résultats des médecines alternatives. En effet leurs bases théoriques sont infiltrées d'ésotérisme et d'esprit magique. Pour contourner ces critiques les praticiens de ces médecines essaient de leur donner des preuves scientifiques. Pas question aussi d'appliquer les protocoles classiques d'essais cliniques puisque chaque malade est un cas particulier avec ces caractères propres. Concernant l'homéopathie, l'Académie de médecine a récemment déclaré qu'elle n'était pas une méthode éprouvée. 121 médecins ont publié un communiqué rageur mettant en cause les médecines dites alternatives. On a assisté à une levée de boucliers d'associations représentant ces pratiques. Certains médecins signataires ont été poursuivis par un syndicat de médecins homéopathes devant l'Ordre des Médecins d'un département de la région parisienne et ont été condamnés au titre des articles 31 – déconsidération de la profession – et 56 – manque de confraternité – du Code de Déontologie Médicale.

b) *L'effet nocebo*

C'est quand la consommation d'un produit inerte pris pour un médicament produit des effets secondaires. Comme pour l'effet placebo le système dopaminergique du cerveau est impliqué. Le patient crée inconsciemment les effets indésirables du médicament dont il a entendu parler et qui sont abondamment détaillés dans la notice du remède et sur Internet. On peut évoquer l'affaire du *Levothyrox* : passer du lactose au mannitol n'aurait pas dû entraîner les effets secondaires spectaculaires rapportés par les médias. Ce qui a été à l'origine du remplacement du lactose par le mannitol est que l'on s'est aperçu que l'hormone thyroïdienne s'altérait dans la proportion d'un tiers au contact du lactose. Avec le mannitol la stabilité de l'hormone a été améliorée. Pétitions, manifestations devant l'Assemblée nationale, articles de presse alarmants (*ils vivent l'enfer*), plaintes en justice, on n'est pas loin de l'hystérie collective. Sous réserve que l'on ne découvre pas que le produit actif a été profondément modifié, on ne peut que suspecter un phénomène de contagion psychique, comme il y en a eu beaucoup dans l'histoire. On connaît bien les interactions entre psychisme et thyroïde. Toutefois le mystère persiste avec d'un côté ceux qui pensent qu'il s'agit d'un effet nocebo et d'autres qu'il s'agit d'un problème de toxicité. À noter cependant que dans les autres pays (Allemagne, Belgique, Suisse) le basculement de l'ancienne formule à la nouvelle s'est passé sans incident.

En guise de conclusion

Le médecin doit étendre ses connaissances mais il doit rester modeste et vigilant et se pénétrer de l'idée que « *celui qui augmente sa connaissance augmente son ignorance* » (Frédéric Schlegel, philosophe allemand, 1772-1829). L'expansion fulgurante des connaissances coïncide avec une régression du savoir, car les

connaissances sont scindées et dispersées et l'enseignement n'a pas tendance à les relier. Le pire est quand un savant ignore son ignorance et s'obstine dans le déterminisme et le réductionnisme : la rationalité a des limites. *Ce n'est pas le doute, c'est la certitude qui rend fou* écrivait Nietzsche.

OUVRAGES CONSULTÉS.

Alain C. Masquelet, *Le raisonnement médical*, puf, collection « que sais-je ? », 2006.

Julie Chouilly, Pierre Ferru, Damien Jouteau, Olivier Kandel, *Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique*, Global média santé, 2019.

Marie David, Cédric Auviat, *Intelligence artificielle, la nouvelle barbarie*, Éditions du rocher, idées, 2019.

Julia de Funès, *Développement (im)personnel. Le succès d'une imposture*, Édition de l'Observatoire, 2019.

Edgar Morin, *Connaissance, Ignorance, Mystère*, Fayard, 2017.