Cours 5 : Décision médicale

La médecine factuelle en appelle à une pratique médicale conforme aux résultats de la recherche clinique qui évalue directement la valeur des tests diagnostiques et l'efficacité des interventions thérapeutiques par l'analyse statistique des résultats observés dans des groupes de malades homogènes. Elle dégage ainsi des règles de prise en charge optimales en moyenne pour des malades similaires à ceux des études.

Le travail du médecin consiste dans ce cas à classer le malade dans la catégorie qui lui correspond le mieux et à appliquer les règles correspondantes. D'où l'importance d'une formation médicale qui ne soit pas seulement théorique, mais nourrie d'expériences variées et réfléchies.

La décision médicale peut prendre deux formes distingues :

- **La décision médicale standardisée :**

Elle s'appuie sur des règles de prise en charge définies par la recherche clinique. Elle a pour avantage de simplifier et rationaliser la prise en charge du patient dans une logique scientifique. Elle connait toutefois certaines limites, car de nombreux problèmes de santé, même fréquents, n'ont pas été étudiés par la recherche clinique.

- **La décision médicale individualisée :**

Elle va au-delà ou à l'encontre des règles de prise en charge standard, ou lorsque de telles règles n'existent pas. L'individualisation peut se faire par recours à des règles plus spécifiques que la règle standard ou par analogie à des situations déjà rencontrées.

De ce fait, la décision médicale factuelle est individualisée en fonction des circonstances particulières de chaque problème de santé, grâce à l'exercice du jugement clinique.

La décision individualisée peut prendre deux formes :

- l'individualisation par règles : c'est l'individualisation de la décision par l'application de règles plus spécifiques dérivées de la recherche clinique. Elle suppose l'existence de résultats de la recherche clinique permettant de définir la prise en charge optimale des sous-groupes de malades. Il s'agit pour le médecin de décider si la règle de prise en charge issue de la recherche clinique, supposée valide à l'échelle d'un groupe ou d'un sous-groupe, s'applique à un patient particulier.

- l'individualisation par cas : lorsque le raisonnement par des règles est mis en défaut (règles inexistantes ou inapplicables), les caractéristiques biomédicales d'un problème de santé peuvent tout de même guider la décision en le rattachant à des situations passées similaires. Par ailleurs, les contraintes de temps et de ressources propres à l'environnement de prise en charge limitent l'étendue des solutions envisageables au regard des caractéristiques biomédicales.

Ce niveau d'individualisation exige la prise en compte de facteurs contextuels (obligations concurrentes, ressources du patient,…), leur pondération par rapport aux facteurs biomédicaux et une intégration d'ensemble.

La qualité de la décision dépend d'un effort de délibération, c'est-à-dire de la considération des différents points de vue, de l'évaluation comparative des différentes actions envisageables.

La décision individualisée par règles ou par cas, combine des composants multiples et hétérogènes dans leurs nature : caractéristiques biomédicales pertinentes du problème de santé, contraintes de l'environnement de soins, singularité des acteurs impliqués (malade, médecin), le jugement clinique est nécessaire pour agencer de manière pertinente ces éléments. Pour appliquer de façon judicieuse les règles de prise en charge, savoir s'en écarter lorsque les circonstances le demandent et construire alors une décision raisonnable et toujours fondées sur l'expérience.

Comme le raisonnement par règles, le raisonnement par cas souffre de limites qu'il faut connaitre. La valeur du raisonnement analogique dépend de la quantité et de la qualité des cas sur lesquels il s'appuie. La qualité des cas dépend du détail et de la pertinence de leur description, de l'adéquation de leur solution. La performance des processus de mise en correspondance des cas et d'adaptation des solutions passées aux circonstances actuelles est également cruciale.

Les deux types de décisions médicales présentés en haut correspondent, en réalité à deux modèles de décision :

- le modèle computationnel : où le médecin est envisagé comme processeur d'information, recourt essentiellement au raisonnement par règles.

- le modèle herméneutique : où le médecin est vu comme l'interprète d'une histoire clinique singulière, fait un usage fréquent du raisonnement par cas.

La décision partagée :

La problématique de la prise de décision partagée, et plus largement du poids des préférences du patient dans la décision médicale, fait l'objet d'une abondante littérature internationale depuis les années 1980. De fait, les bénéfices potentiels de la participation du patient à la prise de décision apparaissent multiples : amélioration de la sécurité, motivation renforcées des malades (avec une meilleure prise en charge personnelles), diminution des litiges, amélioration des résultats objectifs de santé, amélioration du ratio coût/efficacité,…

En pratique, la notion de décision partagée recouvre un continuum de posture d'information et de prise en compte des préférences du patient par le médecin. Même si le terme « prise de décision partagée » est le plus fréquemment utilisé, la réalité de la clinique est donc plutôt celle d'un processus de décision plus ou moins négocié.

L'expertise clinique :

Nous entendons par expertise clinique toutes les compétences et le jugement acquis par le médecin à travers l'expérience et la pratique clinique. Cette expertise se traduit par plusieurs manières, mais notamment par une démarche diagnostique plus efficiente et par la considération respectueuse des préférences et des valeurs du patient dans sa prise en charge.

Références :

- Amalberti, R. **Intérêt et limites des modèles de décision médicale, éléments d'histoire et situation actuelle**, Laennec, Éditions Centre Laennec, 2014/4 (tome 62), p. 14-26.

- Steichen, O. **Former à la décision médicale**, Laennec, Éditions Centre Laennec, 2014/4 (tome 62), p. 51-61.