



Quand l'incertitude s'en mêle travailler sans filet

Gilbert Sanche et Nathalie Caire Fon

Vous voyez au cabinet Louis, un enfant de 18 mois qui fait de la fièvre depuis 36 heures. Son état général est bon, mais sa température rectale est à 39 °C. Une anamnèse rigoureuse et un examen physique minutieux ne révèlent aucun foyer infectieux précis. Que faire ?

PARCE QU'IL EST HABITUELLEMENT le premier intervenant du système de santé à entrer en contact avec les patients, le médecin généraliste agit fréquemment à un stade précoce et peu différencié des maladies¹. La prévalence et l'incidence des affections dites organiques étant faibles en première ligne², les symptômes n'y sont pas systématiquement synonymes de maladie. Le médecin généraliste doit donc couramment faire face à des problèmes complexes (fatigue, douleur abdominale, étourdissements, etc.) pour lesquels une anamnèse et un examen méticuleux n'entraînent pas de diagnostic précis. Selon divers auteurs²⁻⁶, de 20 % à 74 % des consultations sont attribuables à des symptômes physiques médicalement inexpliqués (*encadré*).

La caractéristique commune des trois concepts – malaise indifférencié, problèmes complexes et symptômes physiques médicalement inexpliqués – est

Le Dr Gilbert Sanche, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale du CLSC du Marigot, à Laval, et est professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. La Dr^e Nathalie Caire Fon, omnipraticienne, pratique à l'unité de réadaptation intensive de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, est professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal et est directrice à la formation pédagogique au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal (CPASS.)

Encadré

Définitions

Malaise indifférencié*⁷

- « Malaise que le patient exprime avec des symptômes définis, mais variables qui ne correspondent pas à une catégorie diagnostique reconnaissable en médecine. »

Problème complexe*⁸

- Les indices nécessaires à la solution ne sont pas (tous) disponibles d'emblée.
- Le problème évolue en cours d'évaluation.
- La solution n'est pas habituelle, mais unique.
- Le problème ne peut être résolu avec un degré élevé de certitude.
- Les experts sont souvent en désaccord quant à la meilleure solution à mettre en œuvre, même quand le problème peut être considéré comme résolu.

Symptômes physiques médicalement inexpliqués*⁹

- « Symptômes physiques qui n'ont pas de causes organiques connues et qui peuvent s'expliquer, en partie, par une détresse psychologique qui ne constitue pas la préoccupation principale du patient. »

* Source : Lewith GT. Undifferentiated illness: some suggestions for approaching the polysymptomatic patient. *J R Soc Med* 1988; 81 : 563-5. Traduction libre.

† Source : Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Ped Med* 2007; 8 : 232-51. Reproduction autorisée.

‡ Source : Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE et coll. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22 (3) : 144-52. Traduction libre.

qu'ils contraignent le médecin généraliste à travailler en situation d'incertitude⁷⁻⁹. Incertitude diagnostique, bien sûr, mais aussi et conséquemment incertitudes pronostique et thérapeutique.

Comment composer avec l'incertitude ?

En situation d'incertitude, le médecin doit, tout d'abord, circonscrire un cadre de pratique à l'intérieur duquel il pourra être à l'aise.

Pour construire ce cadre, il doit avant tout prendre conscience de son propre niveau de tolérance. Chaque médecin a sa façon personnelle de gérer l'incertitude¹⁰ qui dépend, entre autres, de sa manière d'aborder les risques et de sa crainte de commettre une faute professionnelle. Savoir où il se situe entre les deux pôles que sont l'intolérance et la tolérance excessive est essentiel pour éviter les écueils associés à ces deux extrêmes. Le clinicien incapable de tolérer l'incertitude aura une attitude rigide et contrôlante et entreprendra des interventions multiples, coûteuses et parfois injustifiées d'un point de vue médical, qui pourront inquiéter le patient. La tolérance excessive, en revanche, risque d'être source de négligence médicale par manque de rigueur ou abandon des responsabilités médicales.

En situation d'incertitude, le médecin doit aussi connaître la perspective du patient et le rapport de ce dernier à l'incertitude pour pouvoir répondre aux questions suivantes : Quelle est sa compréhension des symptômes ? Quelles sont ses craintes et ses attentes ? Quelle est sa tolérance à l'absence de diagnostic précis ? Quel degré de risque est-il prêt à assumer en ce qui a trait à son état de santé ?

Une fois ce cadre établi, il est possible d'élaborer une stratégie de gestion qui, sans nécessairement réduire l'incertitude, permettra de bien la tolérer.

Comment arriver à caractériser le problème ?

Notre formation médicale nous a conditionnés à

résoudre les problèmes par une approche de pensée linéaire¹¹ dérivée du modèle biomédical. Selon cette approche, la maladie s'exprime par des symptômes et des signes spécifiques qui mènent à un diagnostic, lequel appelle un traitement qui, lorsqu'il est adéquat, entraîne un soulagement ou la guérison. Or, dans un contexte clinique où les symptômes n'ont souvent pas d'explications organiques et où les problèmes sont complexes et indifférenciés, cette pensée linéaire n'est pas toujours féconde. Une pensée plus complexe, dérivée du modèle biopsychosocial, sera souvent mieux adaptée. Dans ce cas, le processus de prise de décision ne conduira pas à l'établissement d'un diagnostic, mais plutôt à une caractérisation des problèmes du patient. C'est ainsi qu'au terme de sa démarche clinique, le médecin conclura qu'une situation est urgente ou non, qu'une arthralgie est de nature mécanique ou inflammatoire, qu'une infection est d'origine virale ou bactérienne. Les formulations diagnostiques vagues (Ex. : contusion, entorse lombaire, IVRS, dyspepsie, douleur thoracique non cardiaque, etc.) sont autant d'expressions fonctionnelles de ce processus de catégorisation. Dans une réalité clinique où la prévalence des malaises est beaucoup plus grande que celle des maladies organiques dangereuses, une bonne caractérisation des problèmes est aussi acceptable et profitable que l'établissement d'un diagnostic précis^{12,13}.

Dans un article récent, Heneghan et coll.¹⁴ recensent diverses stratégies que des médecins généralistes emploient pour poser un diagnostic ou caractériser un problème. Selon eux, la démarche des médecins comprend trois étapes successives : l'amorce d'hypothèses diagnostiques, le raffinement de ces hypothèses et, enfin, l'établissement du diagnostic définitif. Fait intéressant à noter, ces auteurs estiment que, dans la moitié des cas, l'incertitude persiste jusqu'à la troisième étape et qu'au terme de celle-ci, malgré toutes les stratégies mises en jeu, certains symptômes n'auront toujours pas d'explication médicale.

Il est possible d'élaborer une stratégie de gestion qui, sans nécessairement réduire l'incertitude, permettra de bien la tolérer.

Repère

Quelles stratégies employer ?

Plusieurs auteurs¹⁵⁻¹⁸ ont déjà proposé des stratégies de gestion de l'incertitude en médecine générale. En nous inspirant de leurs écrits, voyons comment aborder, en cinq étapes simples (*tableau*), le problème de notre jeune Louis.

Première étape : consolider la relation médecin-patient

Un accueil authentique du patient et de ses symptômes jette les bases d'une relation solide sur laquelle la démarche pourra prendre appui. Le clinicien reconnaît la légitimité de la demande du patient et exprime son désir d'aider. Une bonne compréhension de la raison de la consultation et des craintes qui l'accompagnent est essentielle.

Vous avez eu raison de consulter après bientôt 48 heures de fièvre. Si je comprends bien, vous êtes inquiets parce que votre fils ne mange plus. Vous craignez qu'il fasse une méningite.

Deuxième étape : évaluer le problème

C'est en questionnant et en examinant minutieusement le patient que les stratégies diagnostiques évoquées précédemment entrent en jeu. La minutie doit être d'autant plus grande que les symptômes sont vagues et le tableau, atypique. La combinaison d'une bonne écoute et d'un examen méticuleux a généralement pour effet de rassurer le patient. Ce dernier a été entendu, et ses craintes ont été prises au sérieux. Le sentiment de confiance qui en résulte saura résister à l'absence de diagnostic précis.

Troisième étape : explicitation son analyse

Le clinicien explique sa représentation du problème et admet son incertitude en se préoccupant des inquiétudes du patient.

Tableau

Stratégie de gestion de l'incertitude¹⁵⁻¹⁸

1. **Consolider la relation médecin-patient**
 - ☉ Reconnaître la légitimité de la démarche du patient
 - ☉ Exprimer son désir d'aider
2. **Évaluer le problème**
 - ☉ Effectuer une anamnèse et un examen minutieux
3. **Explicitation son analyse**
 - ☉ Expliquer sa caractérisation du problème
 - ☉ Exclure les diagnostics improbables
 - ☉ Répondre aux inquiétudes du patient
 - ☉ Exprimer son incertitude
4. **Convenir d'un plan d'évaluation et de traitement**
 - ☉ Expliquer le pronostic anticipé
 - ☉ Expliquer les options d'évaluation et de traitement
 - ☉ S'assurer de la compréhension et du consentement
5. **S'engager à réévaluer le problème**
 - ☉ Expliquer ce que serait une évolution inquiétante
 - ☉ Établir la limite de tolérance à l'incertitude
 - ☉ Donner des consignes claires de réévaluation

- ☉ Il explique sa caractérisation du problème : *Votre enfant fait de la fièvre parce qu'il a une infection qui peut être causée par un virus ou une bactérie.*
- ☉ Il exclut les diagnostics improbables et répond aux inquiétudes du patient : *Comme l'examen physique de votre fils est normal malgré les symptômes que vous me décrivez, je peux affirmer que votre enfant n'a pas d'infection grave. La fièvre, quelle que soit son origine, provoque toujours une perte d'appétit. Que votre enfant ne mange plus n'est donc ni étonnant ni inquiétant.*

Dans une réalité clinique où la prévalence de malaises est beaucoup plus grande que celle de maladies organiques dangereuses, une bonne caractérisation des problèmes est aussi acceptable et profitable que l'établissement d'un diagnostic précis.

Repère

- ⊗ Il exprime honnêtement son incertitude : *À cet âge, la plupart des infections commencent par de la fièvre. Il ne s'agit probablement que d'un rhume qui guérira avec un simple traitement de soutien. Cependant, une infection virale plus grave ou une infection bactérienne nécessitant des antibiotiques pourraient aussi commencer de cette façon.*

Quatrième étape : convenir d'un plan d'évaluation et de traitement

Le clinicien invite le patient à participer aux choix de manière à partager avec lui l'incertitude et les risques. Le patient est ainsi encouragé à devenir un partenaire qui collabore activement à son traitement.

- ⊗ Le médecin explique le pronostic anticipé. *S'il s'agit d'un rhume, la température de votre enfant se normalisera d'ici 24 heures et son état général s'améliorera. Dans le cas contraire, les symptômes et la fièvre persisteront.*
- ⊗ Il explique aussi les options d'évaluation possibles en exposant les avantages et les inconvénients de chacune. Le médecin doit être vigilant pour éviter deux pièges courants. Le premier consiste à prescrire des examens de laboratoire non pour confirmer ou infirmer un diagnostic présumé, mais plutôt pour le découvrir fortuitement en « allant à la pêche ». Cependant, des résultats faussement négatifs ou positifs peuvent rassurer à tort ou entraîner des examens supplémentaires inutiles, voire nuisibles. Le second piège consiste à se confiner dans un rôle de vulgarisateur pour qui la décision médicale se limite à une simple mise en perspective des options thérapeutiques. Partager les décisions n'équivaut jamais à se dégager de sa responsabilité médicale.

Deux possibilités s'offrent à nous : soit attendre et voir comment va évoluer l'infection en soulageant la fièvre, soit prescrire des examens de laboratoire pour préciser le diagnostic. Cependant, certains résultats d'exa-

mens ne seront disponibles que dans 24 ou 48 heures. À mon avis, la première option est la meilleure parce que l'état général de votre enfant est bon et que les analyses deviendront inutiles si la fièvre se résorbe rapidement. Je vous propose donc d'atténuer la fièvre de Louis et de vous revoir demain si elle persiste ou si de nouveaux symptômes s'ajoutent.

- ⊗ Le clinicien s'assure de la compréhension du patient, de son consentement et de la faisabilité du plan envisagé. *Que pensez-vous de ma proposition ? Êtes-vous suffisamment rassurés ? Savez-vous comment bien maîtriser la fièvre ? Pouvez-vous revenir demain si la fièvre persiste ?*

Cinquième étape : structurer un plan de réévaluation

Le médecin s'engage à réévaluer le problème s'il n'évolue pas favorablement dans le cadre d'un suivi clinique rigoureux.

- ⊗ Il explique ce que serait une évolution défavorable. *Vous devez vous inquiéter si votre enfant devient léthargique, a de la difficulté à respirer ou se met à vomir.*
- ⊗ Il établit la limite de temps après laquelle l'incertitude ne sera plus tolérée. *Nous ferons un bilan septique si la fièvre persiste demain.*
- ⊗ Il donne des consignes claires et offre une disponibilité pour une réévaluation. *Si l'état de votre enfant se détériore cette nuit, allez à l'urgence. Rappelez-moi demain si...*

Les parents de Louis, rassurés par vos explications, ont décidé d'attendre 24 heures en soulageant la fièvre. Le lendemain, ils vous consultent de nouveau parce que la température de leur fils est toujours élevée. Une évaluation ultérieure permet de diagnostiquer une infection urinaire qui sera traitée avec succès.

LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, par ses particularités, contraint fréquemment le clinicien à tra-

S'engager à réévaluer un problème qui n'évolue pas favorablement, dans le cadre d'un suivi clinique rigoureux, est une composante essentielle d'une stratégie de gestion de l'incertitude.

Repère

vailler en situation d'incertitude. En prenant conscience de son rapport à l'incertitude et de celui de ses patients, le médecin peut mettre en œuvre une démarche qui lui permet de travailler de façon sécuritaire, sans réduire l'incertitude, mais en la tolérant mieux. 📖

Date de réception : le 2 novembre 2009

Date d'acceptation : le 8 février 2010

Les D^{rs} Gilbert Sanche et Nathalie Caire Fon n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Wonca Europe. *La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille*. 2002. Site Internet : www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf (Date de consultation : le 2 novembre 2009).
2. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 20) : 15-21.
3. Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86 : 262-6.
4. Van der Weijden T, Van Velsen M, Dinant GJ et coll. Unexplained complaints in general practice: Prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003; 23 : 226-31.
5. Williams N, Wilkinson C, Stott N et coll. Functional illness in primary care: dysfunction versus disease. *BMC Fam Pract* 2008; 9 : 30. Site Internet : www.biomedcentral.com/1471-2296/9/30 (Date de consultation : le 2 novembre 2009).
6. Reid S, Whooley D, Crayford T et coll. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001; 18 (5) : 519-23.
7. Lewith GT. Undifferentiated illness: some suggestions for approaching the polysymptomatic patient. *J R Soc Med* 1988; 81 : 563-5.
8. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Ped Med* 2007; 8 : 232-51.
9. Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE et coll. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22 (3) : 144-52.
10. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sci Soc Santé* 2008; 26 : 67-91.
11. Stalder H. Médecine générale – Pensée linéaire et complexité. *Rev Med Suisse* 2006; 2 (80) : 2150-3.
12. Green C, Holden J. Diagnostic uncertainty in general practice. *Eur J Gen Pract* 2003; 9 (1) : 13-5.
13. Summerton N. Making a diagnosis in primary care: symptoms and context. *Br J Gen Pract* 2004; 54 (505) : 570-1.
14. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M et coll. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009; 338 : 1003-12.
15. Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India* 2004; 52 : 739-42.
16. Biehn J. Managing uncertainty in family practice. *Can Med Assoc J* 1982; 126 : 915-7.
17. Thompson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pract* 1978; 28 : 343-6.
18. Hewson MG, Kindy PJ, Van Kirk J et coll. Strategies for Managing Uncertainty and Complexity. *J Gen Intern Med* 1996; 11 : 481-5.

Summary

When uncertainty rules: practicing without a net. Practice of general medicine, with all its particularities, often places the physician in a position of inconclusiveness. Being conscious and understanding of both his and his patients' uncertainties is essential in this context. This article proposes a five-step approach that will help physicians tolerate this perplex situation and be able to work in a comfortable and secure manner.