



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DE L'ANM

Rapport 24-05. Comprendre la place de l'irrationalité dans le soin : quelles conséquences pour la pratique et la formation des soignants ?[☆]

Understanding the place of irrationality in care: What consequences for the practice and training of carers?

Bruno Falissard*, Christian-François Roques-Latrille, Gérard Breart, Dominique Lecomte, Yves Lévi, Patrice Queneau, Jean-Marie Denoix, Jean François Allilaire, Daniel Bontoux, au nom d'un groupe de travail de la commission 3 de l'Académie nationale de médecine¹

Académie nationale de médecine, 16, rue Bonaparte, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 23 avril 2024

MOTS CLÉS

Thérapies complémentaires ;
Irrationalité ;
Médecine fondée sur la preuve ;
Informations fallacieuses ;
Réseaux sociaux ;
Alliance thérapeutique

Résumé Un nombre important de personnes se tournent vers des thérapies non conventionnelles, parfois au détriment de leur santé. Les motivations sont nombreuses : insatisfaction vis-à-vis du système de santé et de ses acteurs notamment du fait d'une perte de sens dans le soin, sentiment de méfiance envers la science, informations fallacieuses et complotisme étalés sur les réseaux sociaux. Dans un tel contexte, les soignants peuvent se sentir démunis face à des comportements qu'ils jugeront comme manifestement irrationnels. L'irrationalité d'un comportement est cependant un concept délicat à manier et qu'il faut considérer avec prudence dans le cadre de la relation médecin malade. Lors de la rencontre avec un patient la question de la finitude de la vie n'est jamais totalement absente. Construire une alliance thérapeutique implique souvent de prendre en compte une telle réalité. L'Académie nationale de médecine se doit de rappeler que la pratique clinique repose sur la

[☆] Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 26 mars 2024, a adopté le texte de ce rapport par 74 voix pour, 3 voix contre et 7 abstentions.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bruno.falissard@gmail.com (B. Falissard).

¹ Membres du groupe de travail : J-F. Allilaire, J-C. Béani, D. Bontoux, J-M. Bourre, G. Bréart, J-M. Denoix, B. Falissard (président), J. Hubert, D. Lecomte, Y. Lévi, J-L. Montastruc, P. Netter, J-P. Nicolas, P. Queneau, C-F. Roques-Latrille (secrétaire), R. Trèves, J-L. Wémeau, A. Yelnik.

<https://doi.org/10.1016/j.banm.2024.04.010>

0001-4079/© 2024 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

maîtrise d'un savoir hautement scientifique et technique mobilisé dans le contexte d'un dialogue entre deux êtres humains, chacun empreint de sa propre subjectivité. Des pistes concrètes sont proposées dans ce rapport, dans les domaines de l'exercice clinique, de la formation des soignants, de l'information des patients et plus généralement des citoyens. Il s'agit d'un enjeu de toute première importance pour garantir un système de soin à la fois bienveillant et efficace, conditions nécessaires pour éviter le recours à certains soins alternatifs potentiellement délétères. C'est à ces conditions que notre système de soin sera véritablement « rationnel ».

© 2024 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Complementary medicine;
Irrationality;
Evidence-based medicine;
Social networks;
Fake news;
Therapeutic alliance

Summary A significant number of people are turning to unconventional therapies, sometimes to the detriment of their health. The motivations are numerous: dissatisfaction with the health system and its stakeholders, particularly due to a loss of meaning in care, a feeling of distrust towards science, misleading information and conspiracies spread on social networks. In such a context, caregivers may feel helpless in the face of behavior that they judge to be clearly irrational. The irrationality of behavior is, however, a delicate concept to handle and which must be considered with caution in the context of the doctor–patient relationship. When meeting a patient, the question of the finitude of life is never totally absent. Building a therapeutic alliance often involves taking this reality into account. The “Académie nationale de médecine” reminds that clinical practice is based on the mastery of highly scientific and technical knowledge, mobilized in the context of a dialogue between two human beings, each imbued with his or her own subjectivity. Practical actions are proposed in this report, in the areas of clinical practice, training of caregivers, information for patients and more generally for citizens. This is an issue of major importance to guarantee a care system that is both caring and effective, necessary conditions to avoid the use of certain potentially harmful alternative care. It is under such conditions that our healthcare system will be truly “rational”.

© 2024 l'Académie nationale de médecine. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En France, l'épisode de pandémie Covid a révélé le fait qu'une partie non négligeable de la société adhère à des théories irrationnelles concernant l'origine des maladies ou encore l'efficacité ou les effets indésirables des thérapeutiques. Plus généralement, l'attrait des patients pour des soins reposant sur des conceptions non scientifiques semble de plus en plus important et est, en tous cas, largement relayé par les médias, les réseaux sociaux ainsi que par de multiples offres de prestation revendiquant la promotion du bien-être. Cet attrait touche toutes les couches sociales, tous les niveaux de formation et n'épargne pas les professionnels de la santé.

Une telle situation est un danger pour le maintien et le développement d'une pratique médicale efficace et sûre. L'Académie nationale de médecine s'est donc saisie de la question à l'initiative de sa commission 3 : thérapies complémentaires, thermalisme, eaux minérales. Un groupe de travail a été constitué à ce propos et des personnalités compétentes auditionnées : médecins, physiologistes, philosophes, sociologues, religieux, etc. En voici le rapport.

Méthodes

La démarche du groupe de travail s'est située dans le droit fil de la thématique « thérapies complémentaires » dont la commission 3 est en charge. La commission 3, à la suite de la commission XII, a étudié plusieurs domaines connexes (effet placebo, relation médecin–malade...) et publié des

rapports. Par ailleurs, nombre de ses membres ont une expérience de ces problématiques dans le cadre de leurs activités cliniques, d'enseignement ou de recherche.

Le groupe de travail s'est réuni à 19 reprises après sa mise en place : 17 février, 3, 9 et 15 mars, 7, 14 et 28 avril, 5 et 26 mai, 9 et 23 juin, 26 septembre, 10 et 24 octobre, 7, 21 et 26 novembre, 5 décembre 2023, 9 janvier 2024. Il a procédé à l'audition de 23 personnes, appartenant à l'Académie (6) ou à des structures autres (17), universitaires ou non, publiques ou privées, mais possédant une expertise reconnue dans ces domaines. Nous les remercions de leur participation. Leurs noms sont indiqués ci-après, par ordre chronologique d'intervention et avec indication de leur appartenance : G. Bronner (ANM), P. Le Coz (ANM), G. Reach (ANM), B. Falissard (ANM), F. Charasse (université Louvain Saint-Louis, Bruxelles), R. Sauvayre (université Clermont-Auvergne), J.-M. Gueullette o.p., R. Boussageon (Collège national des généralistes enseignants), S. Causié (CIRCE-CHU de Nantes), L. Misery (CHU de Brest et Société Française de Dermatologie, Paris), D. Bontoux (ANM), F. Berna (Collège universitaire de médecines intégratives et complémentaires), R. Monvoisin (université de Grenoble), T. Gargot (CHU de Tours), L. Cordonnier (Fondation Descartes, Paris), E. Di-Scala (université de Bourgogne et Franche-Comté), S. Beloucif (AP-HP, Paris), J.-A. Micoulaud-Franchi (université de Bordeaux), V. Suissa (A-MCA, Paris), A. Bioy (A-MCA, Paris), M. Brian (pole santé publique, Tribunal de grande instance, Paris), D. Le Vaillant (Miviludes, Paris), J.-M. Denoix (ANM). Les comptes-rendus des auditions, validés au fil du temps par le groupe de travail, ont été rassemblés dans un document de travail.

Ainsi synthétisés et rassemblés ils ont été abondamment discutés de façon collégiale pour en tirer les constatations ainsi que les recommandations qui suivent.

Résultat et synthèse des auditions

Rationalité : au-delà d'un concept polysémique

Les personnalités auditionnées ont été unanimes à ce sujet, le sens donné au concept de rationalité n'est pas univoque. Le dictionnaire de l'Académie française dans sa 9^e édition donne pour définition au mot rationnel : « Qui relève de la raison, de l'entendement ; qui est fondé sur le raisonnement et non sur l'expérience », alors que pour raisonnement il est suggéré : « Manière dont l'esprit enchaîne les unes aux autres des propositions pour établir une vérité (par opposition à l'intuition, au sentiment, à la croyance) ». Parmi les sept définitions proposées par la *Stanford Encyclopedia of Philosophy* [1], deux sont particulièrement pertinentes dans le contexte médical : 1/est rationnel ce qui est cohérent, en particulier non contradictoire ; 2/est rationnel ce qui est mis en œuvre pour arriver à ses fins (on parle alors parfois de rationalité instrumentale). Cette polysémie est susceptible d'expliquer certains *quiproquos* entre soignants et soignés. Les premiers, formés à la méthode scientifique, vont en général adopter spontanément la définition 1, alors que la définition 2 l'emporte souvent parmi les seconds. Le contexte du soin est donc propice à des conflits de rationalité.

Pour sortir de ce *quiproquo*, il est utile d'abandonner provisoirement la question de la rationalité proprement dite pour se concentrer sur des concepts connexes, particulièrement importants dans le champ médical, dont l'articulation permet d'éclairer la complexité de la notion d'irrationalité. Il s'agit des concepts de *valeurs*, de *normes* et de *faits*.

Il y a des soins qui sont « bons » et d'autres qui le sont moins, tous les soins n'ont pas la même *valeur*. Un « bon » soin est bien sûr un soin efficace et dont les effets indésirables sont limités. Efficace, signifie ici que le soin protège la vie et soulage la souffrance, ce qui est au centre même de la définition de la médecine [2]. Beaucoup des personnalités auditionnées ont cependant insisté sur l'insuffisance de l'efficacité comme unique valeur du soin. La question du sens apparaît également d'une grande importance (conf. Le lexique en fin de rapport pour une définition du mot « sens »). « Qu'est-ce qui m'arrive ? », « pourquoi moi ? », « qu'est-ce que ce traitement va me faire ? » sont des interrogations que tout patient porte en lui et que le soin ne peut ni ne doit esquiver. Un « bon » soin est ainsi un soin efficace, dont les effets indésirables sont limités et qui fait sens pour le patient qui va en bénéficier.

Dans le soin médical il existe de nombreuses *normes*, parmi lesquelles se trouvent notamment diverses stratégies thérapeutiques homologuées auxquelles il faut recourir face à des situations cliniques caractérisées. En pratique, ces *normes* sont aujourd'hui générées à partir de résultats d'études scientifiques conformes aux exigences de l'*Evidence Based Medicine* (EBM, en français : médecine fondée sur les preuves). L'EBM promet en général la réalisation d'essais thérapeutiques randomisés pour valider la pertinence d'un soin. En médecine, les normes reposent de ce

fait sur une logique *statistique*. Concrètement, cela signifie qu'elles ne revendiquent pas de conduire à des soins *universellement* meilleurs dans une maladie donnée, mais à des soins en *moyenne* meilleurs que d'autres.

Enfin, en médecine il existe des *faits*, c'est-à-dire des propositions qui correspondent sans le moindre doute à la réalité, en tous cas sans le moindre doute raisonnable. Car il existe bel et bien une réalité en médecine, en particulier la réalité de la fin de toute existence humaine, la mort. Par ailleurs, le médecin a un rapport au doute différent du scientifique ou du philosophe car il se doit d'agir et, souvent, il se doit d'agir vite. Parmi les *faits* médicaux, se trouvent par exemple « le bacille de Koch est une condition nécessaire à la survenue d'une tuberculose » ou « sans injection d'insuline un patient diabétique de type 1 décède en quelques mois ».

La difficile cohabitation des faits, des normes et des valeurs dans la médecine moderne

Les *faits* que le médecin moderne apprend au cours de ses études et de sa formation continue à accepter comme tels sont, pour l'essentiel, obtenus par le biais de la recherche scientifique et, plus particulièrement, de la recherche en biologie. Lors de sa confrontation avec la pratique clinique le jeune médecin va vite constater qu'il y a au moins un *fait* de nature complètement différente qu'il se doit d'accepter en tant que tel, et ce en particulier pour des raisons éthiques, celui de la réalité de la souffrance exprimée par son patient. Il s'en suit parfois un clivage dans l'exercice médical : d'un côté une théorie biologique qui explique les maladies et, d'un autre côté, l'expérience vécue de la rencontre avec un humain malade. Bien entendu, ce clivage nuit à l'exercice d'une rationalité pure.

Par ailleurs, le statut de *fait* est conditionnel à l'expérience et aux connaissances d'un sujet donné. Par exemple, un individu peu curieux, qui voyage très peu et qui est peu informé aura toute rationalité à considérer que la terre est plate car cela est cohérent avec son expérience vécue et son champ de connaissances. Il peut donc exister ainsi un conflit entre ce que le médecin et son patient considèrent rationnellement comme un *fait*, conflit par ailleurs susceptible de nuire à l'alliance thérapeutique. Il est donc nécessaire, d'un côté que le soignant comprenne la légitimité de l'univers factuel de son patient et que, de l'autre côté, le patient accepte que le soignant dispose d'un savoir qu'il ne possède pas, savoir qui le rend légitime dans l'établissement de *faits* cliniques étayant une proposition de soin [3].

En ce qui concerne les *normes*, elles sont, en pratique, aujourd'hui générées à partir d'études scientifiques aux conclusions réfutables conformes aux exigences de l'*Evidence Based Medicine* (EBM, en français : médecine fondée sur les preuves). Certaines personnalités auditionnées se sont inquiétées d'une possible dérive dogmatique de l'EBM, en quelque sorte victime de son succès, car il ne fait aucun doute que l'amélioration spectaculaire des thérapeutiques dans le dernier demi-siècle lui soit due, au moins pour une grande partie. En effet, du fait d'un certain autoritarisme administratif et d'une volonté simplificatrice incompatible avec la complexité inhérente à toute démarche clinique,

l'EBM a progressivement conduit à considérer implicitement comme « universellement efficace » ce qui était conforté par une étude randomisée publiée dans une revue internationale à comité de lecture et « universellement inacceptable » tout ce qui n'en était pas. Pourtant, du fait de la nature statistique des résultats de ces études et donc, en quelque sorte, de leur pertinence pour un « patient moyen », il était convenu dès la création du concept d'EBM que l'expérience du clinicien ainsi que le souhait du patient devaient également être des paramètres déterminants dans le choix d'un traitement. Enfin, concernant les valeurs et en particulier la question du sens à prendre en compte dans toute activité clinique, il faut bien constater que les *faits* apportés par la recherche médicale ainsi que les *normes* établies par l'EBM n'en tiennent guère compte. De nombreuses personnalités auditionnées ont ainsi fait l'hypothèse que cette absence de réponse à la recherche de sens pouvait pousser certains patients à s'orienter vers des soins alternatifs ou complémentaires, souvent en porte à faux manifeste avec la rationalité scientifique, mais qui abordent sans l'esquiver la question du sens. Il est par ailleurs notable que l'absence de partage de sens dans le soin est également délétère pour les soignants eux-mêmes et donc, finalement, pour le soin en tant que tel. Les conditions actuelles d'exercice, tributaires de contraintes organisationnelles, d'injonctions au rendement et d'un trop grand nombre d'outils techniques, mettent au second plan la rencontre clinique proprement dite. Or c'est cette dernière qui permet de faire se rencontrer les croyances et les convictions des soignants et des soignés, condition souvent nécessaire pour l'établissement d'une alliance thérapeutique seule garante d'un soin véritablement efficace. Prendre le temps pour écouter, expliquer, informer et ce dans un respect mutuel, relève d'un engagement éthique indispensable à l'exercice de la médecine.

Les changements de société et les biais cognitifs

Les dernières décennies ont été à l'origine de changements sociétaux d'une ampleur inédite. Plusieurs d'entre eux vont intéresser tout particulièrement le monde médical.

La déqualification des « grands récits » au profit de « petits récits » [4] est un de ces changements. Dit autrement, les grands récits qui structurent la société (religions, science, politique, etc.) ne font plus recette. Leurs sont préférés des récits plus spécifiques, plus à même de prendre en compte les diversités culturelles, raciales ou sexuelles. Or le discours tenu par la médecine occidentale sur l'origine des maladies, leur nature et leur traitement relève à l'évidence d'un « grand récit ». Le caractère universel et assez autoritaire de ce discours, s'il a été originellement apprécié car vecteur d'explications fortes et porteur de promesses d'efficacité, est progressivement devenu source de suspicion et de remise en question, parfois malheureusement à juste titre (conflits d'intérêts, fraudes scientifiques, marginalisation de la question de la santé des femmes, etc.).

En parallèle, l'accroissement de l'autonomie des patients (*empowerment*) est largement prôné et ce à juste titre également, car cela participe à l'avènement légitime d'une démocratie sanitaire et permet d'améliorer l'efficacité des soins. Mais cela autorise également le patient à se construire son propre récit sur ce qui fait la nature de ses maux,

récit potentiellement différent de celui proposé par les données scientifiques, ce qui peut malheureusement conduire parfois à des choix thérapeutiques désastreux. En médecine, le principe de réalité se rappelle souvent à nous de façon dramatique. Il n'y a point de relativisme culturel dans le traitement d'une méningite cérébrospinale fulminante dans sa forme purpurique : sans antibiothérapie et séjour en réanimation, la probabilité de survie est quasi nulle. Ce principe de réalité doit également faire prendre conscience au médecin qu'il existe des situations cliniques pour lesquelles il ne peut proposer de soin véritablement efficace.

Enfin, les modalités d'accès à l'information ont été bouleversées du fait du recours massif à l'internet et plus particulièrement des réseaux sociaux. En effet, les patients disposent désormais de sources d'informations qui peuvent être d'une grande utilité. Mais la désinformation est un risque de toute première importance tellement les réseaux sociaux regorgent de témoignages trompeurs et d'assertions non vérifiées. Il est ainsi possible de trouver aujourd'hui sur internet une pseudoconfirmation de toute forme de croyance aussi baroque soit-elle, et ce d'autant plus qu'il existe une défiance croissante vis-à-vis des médias traditionnels. Par ailleurs, des biais cognitifs maintenant bien identifiés facilitent l'adhésion à ces croyances [5]. On citera par exemple le biais de représentativité (un cas particulier est jugé à partir d'un cas plus général) ou le biais de confirmation (tendance consistant à chercher des éléments qui confirment une idée plutôt que de chercher ceux qui l'infirment). Les émotions sont par ailleurs susceptibles de favoriser la survenue de fausses croyances [6]. De tels comportements ne sont pas exclusifs de la santé des êtres humains. Ils s'observent également chez des propriétaires d'animaux ayant construit avec leurs animaux des liens d'affection de prestige, d'intérêt...

Tous les ingrédients sont donc réunis pour que les informations fiables soient perdues dans un océan de désinformation plus ou moins intentionnelle et ce d'autant plus que les rumeurs et les mensonges se répandent plus vite sur les réseaux sociaux que la vérité [7]. Voilà qui est susceptible de conduire à des comportements pouvant nuire à l'état de santé des patients, comportements pouvant donc être qualifiés d'irrationnel.

Pourtant, adhérer à des idées fausses peut parfois permettre de se sentir intégré dans une communauté, de se sentir écouté, compris et rassuré, mais avec, dans certains cas, *le risque de dérive sectaire*. Voilà qui explique peut-être qu'un soin manifestement irrationnel aux yeux d'un soignant pourra être considéré comme pertinent pour un patient, car lui procurant un bienfait manifeste. L'irrationalité apparente d'un patient doit donc toujours être décryptée et intégrée dans une logique subjective globale, quand bien même cela se révèle déstabilisant pour le soignant.

Conclusion

Le concept d'irrationalité en médecine n'est pas univoque. Ce qui peut apparaître comme un comportement irrationnel à l'aune du savoir scientifique médical, peut parfois être considéré comme rationnel par un patient car correspondant à ses attentes. Par ailleurs, chacun est libre de prioriser

les *valeurs* associées à un soin. À ce sujet, la question du sens est trop peu présente dans l'offre de soin que propose actuellement notre médecine moderne.

Si chacun est libre de prioriser ses *valeurs*, chacun ne peut pas pour autant décider de ce qui relève d'un *fait* et de ce qui n'en relève pas. Il existe un corpus d'observations considérable dans le domaine médical. Ce corpus, solide et consistant, permet d'affirmer que le bacille de Koch est une condition nécessaire à la survenue d'une tuberculose ou que l'insuline est nécessaire à la survie d'un patient diabétique de type 1. À partir de ces *faits* des *normes* sont établies pour orienter les décisions cliniques. Certes l'EBM utilisée pour l'élaboration de ces *normes* ne peut prétendre qu'à une validité statistique, la *normativité* en médecine devrait donc de ce fait être assouplie pour mieux prendre en compte les spécificités de chaque situation clinique. Certes les *faits* utilisés pour l'élaboration des *normes* sont encore trop souvent en lien avec les caractéristiques biologiques des patients et non pas avec leurs attentes ou avec l'intimité subjective de leur existence, ce qui conduit parfois à des *normes* perçues comme peu humaines.

Il ne faudrait cependant pas que de tels prétextes conduisent à déconstruire à outrance la réalité des *faits* médicaux ou l'intérêt de *normes* thérapeutiques qui sauvent jours après jours de très nombreuses vies. Or ce risque de déconstruction existe. Du fait d'un relativisme démesuré permettant d'élargir à l'excès le concept de rationalité à des situations où un sujet prend des décisions à l'évidence contraires à ses intérêts, du fait d'une technicisation de plus en plus importante du soin qui donne une image déshumanisée des soignants et du médecin en particulier, certains prônent actuellement une « division du travail » où la médecine se limiterait à la production de propositions thérapeutiques conformes à des *normes* discutables et où le patient trouverait ensuite refuge auprès de professionnels (ou pas) susceptibles d'apporter du sens à leur souffrance et qui les aideraient également à choisir les soins conformes à leurs *valeurs*.

L'Académie nationale de médecine considère qu'une telle voie représente un danger considérable pour la santé de la population, mais également pour la pérennité de notre système de soin. En effet, la question du sens intéresse les patients mais également les soignants et ce sens ne peut être que co-construit entre soignants et soignés. Une approche rationnelle des soins ne peut être conçue que dans un contexte respectant à la fois le savoir des uns et le vécu intime des autres, et réciproquement. Les enjeux d'ordre organisationnel, politique et éthique qui découlent de cette condition *sine qua non* sont considérables.

Commentaires

À partir des échanges au sein du groupe de travail, nourris des éléments recueillis lors des auditions, des informations et expériences, un certain nombre de commentaires ont pu être faits. On les présente ci-après, regroupés sous quatre grandes thématiques, avec, pour chacune d'entre elles, la présentation différenciée de ce qui relève de constatations et de ce que le groupe de travail peut être amené à préconiser. Ces éléments de préconisation ont servi à l'établissement des recommandations proposées par le

groupe de travail à l'approbation de l'Académie et énoncées plus loin.

Changer de paradigme médical ? !

Constatations

Le rôle actuel du médecin dans la prise en charge du malade, en particulier chronique, est celui d'un acteur central qui agit en partenariat plein et entier avec le malade et les autres professionnels de santé pour soigner et conseiller. Ce rôle est maintenant discuté par certains médecins, décideurs, autres professionnels de santé ou patients : dans un nouveau partage des tâches, le médecin serait cantonné à un rôle de super-technicien, les aspects relationnels de la prise en charge étant délégués à d'autres.

Préconisations

L'académie réaffirme le rôle essentiel et irremplaçable du médecin dans la prise en charge coordonnée du malade et dans la communication avec ce dernier et sa famille. L'organisation des soins et le redressement de la démographie médicale doivent permettre, avant tout, au médecin de consacrer plus de temps à la prise en charge clinique, au conseil et aux échanges, et pas uniquement d'accroître la file de malades qu'il peut prendre en charge. L'écoute, l'examen clinique, les échanges sont essentiels pour le soin comme pour le conseil.

Donner du sens au métier de soigner

Constatations

Les désaffections accrues des médecins et, plus encore, des autres soignants, observées ces derniers temps, interrogent sur le sens que les professionnels de santé peuvent donner à leurs métiers. L'exercice médical s'est profondément modifié, en particulier avec les recommandations basées sur les données fondées sur la preuve (EBM), mais aussi de contraintes non médicales (temps consacré aux tâches de saisie informatique, poids accru de la traçabilité et de la judiciarisation...), tous éléments qui modifient profondément les relations avec les patients et le sens que les médecins et, plus généralement, les soignants peuvent donner à leurs actions.

Préconisations

L'EBM, source d'un progrès thérapeutique à nul autre pareil, intégrait à son origine les données scientifiques, l'expérience personnelle du praticien ainsi que les attentes du patient [8,9]. Au fil du temps les données scientifiques, de nature statistique, ont prévalu sur la complexité clinique. Or l'utilisation de ces données scientifiques mérite d'être nuancées en fonction des particularités cliniques du patient et de l'expérience du clinicien. Cette personnalisation du soin indispensable pour le malade, donne du sens et facilite l'adhésion au projet thérapeutique. L'EBM ne doit pas être vécue comme une contrainte, conduisant à des réponses toutes faites, véritables fins de non-recevoir aux interrogations du patient et à la personnalisation de sa prise

en charge, mais, au contraire, de l'utiliser comme un outil de discussion et d'échanges. Les compétences du médecin dans le domaine de l'interprétation et de l'utilisation des données scientifiques doivent être accrues.

Entendre les bonnes raisons du patient

Constatations

Le recours à des pratiques alternatives est souvent une quête de sens de la part du malade et/ou de sa famille devant les sentiments de révolte que provoque la maladie en particulier chronique avec toutes ses conséquences. Ce recours trouve souvent ses racines plus dans l'insuffisance de la dimension relationnelle du soin que dans ses dimensions thérapeutiques les plus techniques.

Préconisations

L'incompréhension et le sentiment d'injustice devant la survenue de la maladie doivent être reçus et entendus par les soignants dans une écoute bienveillante et dans le respect des uns et des autres. Les professionnels de santé doivent recevoir une formation suffisante dans le domaine des sciences humaines. Les compétences du médecin et des autres professionnels de santé, dans les domaines de l'écoute, des échanges entre professionnels, avec le patient et sa famille, doivent encore se renforcer sur le plan théorique comme sur le plan pratique par des techniques pédagogiques actives appropriées, au premier rang desquelles les simulations d'entretiens. Certaines techniques thérapeutiques complémentaires proposées par les sociétés savantes devraient pouvoir être proposées aux patients susceptibles d'en bénéficier et, à cette fin, devraient être mieux prises en compte dans les programmes thérapeutiques comme dans la formation des médecins.

Communiquer le savoir de manière adaptée à notre temps

Constatations

Une place accrue est aujourd'hui donnée aux « petits récits » qui ouvrent la porte aux contre-vérités (*fake news*) et au complotisme souvent intégrés dans une dimension de croyance ou de spiritualité. Les grandes idéologies religieuses, philosophiques, politiques sont moins porteuses de sens dans les sociétés occidentales postmodernes, mais persiste un besoin de spiritualité plus diffus et protéiforme.

Préconisations

L'éducation à l'esprit critique est insuffisante et doit être renforcée. C'est un élément essentiel dans l'exercice des droits des citoyens d'un état démocratique. La diffusion des contre-vérités sur les réseaux sociaux doit être combattue par des moyens efficaces, en particulier en maîtrisant les techniques utilisées par les diffuseurs de ces contre-vérités. Enfin, compte tenu de l'importance accordée aux problèmes de santé par les individus et la société, il est indispensable que l'acquisition de connaissances dans le domaine de la biologie et des sciences cognitives soit proposée de manière

suffisante dans les divers cursus de formation du second degré, mais aussi dans les formations supérieures et en particulier de ceux qui seront amenés à être des décideurs.

Recommandations

Les recommandations de l'Académie nationale de médecine concernent l'exercice des médecins, leur formation, leur information ainsi que, plus généralement, celle des citoyens. Ces recommandations sont les suivantes :

- adapter l'exercice médical aux changements de société :
 - en réhabilitant la question du sens dans le soin, pour les patients comme pour l'ensemble des soignants,
 - en valorisant le temps passé auprès du malade,
 - en ayant recours à une EBM fidèle à ses origines (« utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » [7,8] ;
- adapter la formation des médecins pour améliorer l'alliance thérapeutique par :
 - une approche globale du patient pour le conseiller et l'aider à prendre une décision thérapeutique,
 - une meilleure écoute de chaque patient, y compris de ses propres croyances. Pour ce faire :
 - généraliser le recours aux entretiens simulés dans les études de santé aux fins de développer le tact, le respect et l'humilité dans une démarche efficace et éthique,
 - augmenter la place des sciences humaines et sociales et de la déontologie dans la formation des médecins et des autres professionnels de santé ;
- lutter contre les « informations fallacieuses » notamment en développant très tôt dès l'école et dans toutes les filières d'enseignement l'exercice de l'esprit critique. Il convient également de développer l'enseignement des sciences cognitives et biologiques en particulier dans la formation des futurs décideurs.

Lexique

- Evidence Based medicine (EBM) (*médecine fondée sur la preuve*) : « utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. » [8,9].
- Démocratie sanitaire : « Démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. » in Arveiller J.-P., Tizon P., « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, février 2016.
- Sens : « Destination des êtres humains et de leur histoire, la raison d'être de leur existence et de leurs actions, le principe conférant à la vie humaine sa valeur » in Baraquin N. et al., *Dictionnaire de philosophie*, p. 311, Armand Colin ed., Paris 2007.
- *Empowerment* (accroissement de l'autonomie, empuisement) : processus par lequel un patient est amené à renforcer sa capacité de décision et d'action en vue

d'acquérir une meilleure autonomie dans la gestion de sa santé.

- Décideurs : personnes amenées à prendre des décisions, ici, en particulier, dans le domaine de la santé : par exemple les partenaires sociaux, les administratifs, élus, politiques, juges, etc.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Wheeler G. Bounded rationality. In: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2020 Edition). 2020. <https://plato.stanford.edu/entries/bounded-rationality/>.
- [2] Académie nationale de médecine. Médecine, In: Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine—version 2023. Consulté le 01/09/2023 sur <https://www.academie-medecine.fr/ledictionnaire/index.php?q=m%C3%A9decine>.
- [3] Falissard B. Croire et soigner : réflexions autour d'une crise de la modernité en médecine. *Analysis* 2019;3:258–60.
- [4] Lyotard JF. La condition postmoderne. Paris: Les éditions de minuit; 1979.
- [5] Bronner G. La démocratie des crédules. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.
- [6] Livet P. Émotions et rationalité morale. Paris: Presses Universitaires de France, Sociologies; 2002.
- [7] Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. *Science* 2018;359:1146–51.
- [8] Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420–5.
- [9] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):712.