

Sur les risques dans la médecine et ailleurs



Eberhard Wolff

Nous avons nommé notre voiture familiale «Rosita». Rosita est rouge vif, vient d'Espagne, a un designer italien, et la technologie de pointe qui l'équipe est allemande. Nous aimons Rosita et apprécions son équipement de sécurité électronique sophistiqué. Mais récemment, à l'étranger et pris par le temps, un des témoins lumineux du tableau de bord, dont on ne fait habituellement que soupçonner l'existence, s'est soudain allumé. Quelque chose en rapport avec le système d'échappement. Le mode d'emploi nous recommande de nous rendre au garage en roulant lentement. Que faire? Suivre sagement cette recommandation et renoncer à récupérer notre fille à temps à la gare de Zurich ou prendre le risque et simplement continuer? Nous avons choisi cette deuxième option. Le témoin a fini par s'éteindre, pour se rallumer quelques jours plus tard. Notre garagiste nous a alors dit que quelque chose dans le système électronique s'était «planté». L'ordinateur de bord ne recevait plus de données de contrôle et a donc déclenché l'alarme. Nous devrions pouvoir continuer à rouler ainsi. Fausse alerte donc?

Ce scénario ne sera pas sans rappeler aux médecins en pratique privée ce qu'ils vivent au quotidien. Un des nombreux témoins physiologiques lumineux du corps d'un patient s'allume. Que faire? Attendre et espérer que ça se calme? Ou enclencher immédiatement toute la machinerie diagnostique, préventive ou thérapeutique? En médecine, la sphère décisionnelle est aussi importante que compliquée. Evaluer le rapport entre bénéfice et risque est un défi permanent.

L'histoire de Rosita me rappelle une ancienne et passionnante étude américaine [1]. Les chercheurs ont découvert que les médecins américains administraient souvent des vaccins contre l'hépatite A ou contre la rage, alors que ceux-ci n'étaient pas indiqués d'un point de vue strictement médical. Les raisons étaient multiples. Les médecins suivaient la volonté des patients, voulaient rassurer un patient ou se débarrasser d'un patient gênant. Ils voulaient éviter l'éventuelle colère des supérieurs, de la presse ou des politiciens, ou encore le dépôt d'une plainte. Ils préféraient agir que rester sans rien faire. D'une manière générale, les thérapeutes avaient plutôt tendance à intervenir qu'à attendre. Tout comme les patients concernés, ils voulaient être rassurés même si le risque était très faible, et ils envisageaient le pire, le

scénario catastrophe, afin de réduire autant que possible tous les risques.

C'est une toute autre façon de procéder que m'a récemment décrite un vieux médecin de famille, en évoquant un cas qu'il rencontrait fréquemment dans son ancien cabinet, lorsqu'un patient le consultait pour de la fièvre et de la toux. Dans son for intérieur défilait toute la palette de diagnostics possibles. Pourtant, le médecin de famille n'envisageait généralement pas le pire scénario mais suivait son expérience et son intuition et renonçait à intervenir – en étant conscient que ce faisant, il portait la responsabilité d'une éventuelle mauvaise décision.

Comment, quand et quels risques nous, les êtres humains, gérons, n'est pas seulement un problème qui relève de la médecine. L'historien genevois François Walter a récemment publié une histoire culturelle des catastrophes du XVI^e au XXI^e siècle [2]. Ce livre n'est pas seulement intéressant d'un point de vue historique. Il traite également de notre perception des risques au cours des derniers siècles. Notre société technologique produit elle-même des risques dans une

proportion qui ne cesse d'augmenter. Mais en même temps, elle possède des outils toujours plus performants pour les détecter. Se développe alors de plus en plus une tendance à voir des risques un peu partout, comme une sorte de mode de pensée. Nous vivons dans une société qui pense de plus en plus en fonction de la catégorie du pire scénario et qui se sert de la catastrophe comme d'un point de repère. L'exemple qui me vient toujours à l'esprit est la gestion publique de la dernière épidémie de grippe porcine. Les critiques voient, dans notre façon actuelle de gérer les risques, la logique d'une «mentalité à casco complète».

Et nous voilà revenus à Rosita. Les équipements de sécurité électronique de plus en plus complets embarqués dans les nouvelles voitures et les systèmes de détection d'obstacle nous signalent des risques que nous n'aurions jamais remarqués par le passé sans avoir un accident. Toujours est-il que l'ordinateur de bord quelque peu dépassé de Rosita m'a déjà permis d'éviter au moins deux accrochages. Un dilemme. Un symptôme majeur de notre modernité? Tout du moins une preuve qu'il en va souvent de même dans la médecine que dans les autres domaines de la vie.

Eberhard Wolff*



* PD Dr. ès sc. soc. Eberhard Wolff est licencié en sciences culturelles, historien de la médecine et membre de la rédaction Histoire de la médecine du Bulletin des médecins suisses.

1 McCombie SC. The Politics of Immunization in Public Health. Social Science and Medicine. 1989; 28:843-9.

2 Walter F. Catastrophes: Une histoire culturelle – XVI^e-XXI^e siècle. Paris: Ed. du Seuil; 2008.

eberhard.wolff@saez.ch