

Article paru dans le N° 2203 du Panorama du médecin, 21 novembre 1985

La notion de petit risque est une illusion persistante et dangereuse

La notion de « petit risque » régulièrement évoqué est différemment perçue selon que l'on se place du point de vue du politique, du généraliste ou du patient. Différencier le « petit risque » du « grand risque » n'est-il pas dangereux et n'a pas de sens pour le généraliste ou le patient explique le docteur Jean-Luc Gallais de la Société Française de Médecine Générale. Le danger est grand d'associer « petit risque » à « petite médecine » et pourquoi pas à médecine générale. Les « petits risques » ne peuvent-ils pas avoir de « gros effets » ?

Depuis de nombreux mois les journaux médicaux font une place croissante au thème du « petit risque ». Si le dictionnaire nous renseigne parfaitement sur la notion de risque¹ ou celle de petit² la notion de « petit risque » est loin semble-t-il de recevoir une interprétation univoque et chaque utilisateur donne à ces termes un sens particulier

* Pour l'économiste ou le politique, le petit risque et celui qui coûte peu, ne justifie pas l'intervention de la collectivité et autorise le législateur à désengager la collectivité dans un secteur donné. Par exemple le déremboursement ou réduction de remboursement des médicaments dits de confort

* Pour les médecins en général la notion de risque est liée à l'évolution spontanée ou traitée d'une maladie. Mais tel risque n'est « petit » que grâce à une intervention médicale efficace est redeviendrait grand s'il était négligé.

Derrière une apparente unité de pensée tout n'est pas aussi simple, car selon les médecins leur degré d'appréciation du « petit risque » serait différent en fonction de leur secteur d'activité, leur formation, le pôle d'intérêt scientifique ou personnel.

Il apparaît une hiérarchie entre les préoccupations des uns et des autres. La consommation de phénacétine ou d'amygdopyrine, « petit risque » chez l'un devient chez l'autre à haut risque selon qu'il s'agit d'un hématologue ou d'un néphrologue. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont les outils de base des rhumatologues, des généralistes, deviennent des traitements à haut risque du point de vue de l'endoscopiste digestif.

D'ailleurs la seule référence au biologique et à l'organique est très insuffisante pour appréhender le degré de risque.

Les exemples ne manquent pas qui montrent que selon les disciplines ou les écoles dans une même discipline la notion de « petit risque » est fluctuante pour ne pas dire contradictoire.

-Pour le patient qui consulte, les préoccupations sont bien différentes : la notion de petit risque n'a pas de sens. C'est celle de risque « tout court » qui justifie sa démarche

Pour lui la crainte de la maladie vaut maladie et motive une demande d'avis médical. Cette demande est le plus souvent une demande d'avis pronostique que diagnostique.

Du petit risque au petit médecin

C'est même cette notion de danger éventuel (*docteur c'est grave ?*) qui provoque chez le consultant et son entourage une démarche dans laquelle les éléments explicites du devant de la scène s'accompagnent aussi le plus souvent de demande(s) secondaire(s), conscientes ou non.

¹ Petit Robert page 1720 : *risque danger éventuel plus ou moins prévisible*

² Petit Robert page 415 *petit pris dans son sens : faible, infime, minimum*

Pour le médecin généraliste qui a l'habitude des formulations intriquées, multiples, voire en apparence contradictoire des demandes exprimées par ses patients la notion de « petit risque » ne répond à aucune classification ni à aucun critère justifié. Mais il reconnaît, derrière ce mode de présentation des problèmes de santé, un discours déjà entendu sous d'autres formes.

C'est ainsi qu'il existerait une médecine noble et une médecine qui le serait moins, des médecins faisant de la Grand médecine (technique, hospitalières de préférence « spécialisée » bien entendu !) et des petits médecins soignant des petits maux.

Vous avez reconnu là le généraliste pour lequel une célèbre dessinatrice a créé le terme de "bobologue".

Ce même clivage entre « le petit » et « le grand » et celui que l'on retrouve dans le discours de certains qui définissent la valeur d'un médicament et la légitimité de son remboursement en fonction de critères exclusivement biologiques alors que chacun sait que la valeur d'un médicament répond à d'autres critères associés dont le moindre ne sont pas les dimensions symboliques et psychosociales.

On ne peut pas ne pas remarquer que cette proposition petit ou grand est ce qui correspond à l'exercice de la médecine générale. Elle est le reflet d'un mode de pensée axé sur le pôle biotechnologie de la santé dont les limites et les incohérences comme système exclusif de référence sont bien connus, en particulier en dehors du monde médical.

Il devient donc de plus en plus urgent d'évaluer scientifiquement l'ensemble des stratégies d'approche et de traitement des problèmes de santé, qu'elles soient publiques ou privées, afin que ceux qui utilisent la notion de « petit risque » en matière de santé démontre la validité de leur raisonnement, ou y renoncent !

Un vrai risque : la discontinuité et l'inefficacité des soins

Le médecin généraliste lui sait que c'est la juxtaposition des « petits » et « grands » problèmes qui constituent le fil rouge d'une relation au long cours et que c'est cette continuité qui est la base de l'efficacité de son action médicale.

En médecine générale, le temps est le facteur clé de l'exercice, et la notion de « suivi » est la base même du fonctionnement du médecin praticien dans ses fonctions de conseiller et de thérapeute en matière de santé.

Au travers de l'exemple de l'hypertension artérielle, modèle privilégié de l'action médicale au long cours, il est possible de montrer les effets de l'intervention médicale.

En effet c'est sur l'HTA, maladie compliquée ou simple facteur de risque, que s'appuie une grande part des discours et des pratiques de la prévention cardio-vasculaire.

Si les études hospitalières montrent que les « perdus de vue » dépassent le plus souvent 50% des patients traités³, les études faites en milieu généraliste sur le suivi des hypertendus, montrent au contraire un suivi de plus de 80 %⁴.

³ L'observance du traitement. Comité national de prévention médicale. 1982

⁴ Histoire naturelle de 179 malades hypertendus traités pendant 3 ans. Recherche multicentrique. SFMG. 1983

Par ailleurs il a également été démontré que la prise en charge multifactorielle des hypertendus était efficace sur l'objectif principal (l'HTA) mais aussi sur la consommation tabagique, la réduction pondérale, la baisse de la cholestérolémie, et le contrôle du diabète.⁵

De la même façon, l'étude américaine de prévention cardiovasculaire connue sous le nom de MRFIT avait montré que les patients du groupe témoin qui continuait à voir dans des conditions « normales » leur généraliste, ne se différenciaient pas de ceux suivis dans le protocole de prévention sophistiqué⁶ L'idée sous-jacente initiale était que la prise en charge non spécialisée et non thématifiée ne devait pas être efficace...

En fait c'est à l'occasion des différents actes faits par le même généraliste que, peu à peu, se constitue une stratégie de prise en charge et conséquemment une bonne observance indispensable à toute action médicale visant au long terme⁷.

C'est souvent dans ces circonstances qu'il évoque, découvre, soupçonne, infirme ou confirme des pathologies autres qui n'étaient pas le motif de venue des consultants. Derrière les « petits maux » et les « petits risques » se mettent en place le discours et l'action médicale. Voilà donc « des petits risques » qui ont de bien « gros effets ».

De façon caricaturale est posée là la question des effets des interventions médicales selon les « petits » les « grands » risques. Va-t-on voir aussi se reproduire au travers du « petit risque » l'opposition soma-psyché à laquelle ont dû renoncer ceux qui analysaient de façon simpliste les phénomènes de santé ?

Le généraliste connaît mieux la notion de risques encourus

Ainsi si la notion de « petit risque » est inadaptée pour juger la valeur des intentions médicales celle de risque encouru est une donnée bien connue des médecins généralistes qui ont, en permanence, à prendre des décisions en fonction de l'équilibre bénéfiques attendus/risques éventuels.

Il y a aussi un problème qui n'est pas vécu par le médecin praticien comme un « petit risque », c'est celui de la iatrogénie médicale possible.

Poser la question des risques est indispensable pour tous ceux qui sont des intervenants dans le domaine de la santé. Mais il faut auparavant tenter de définir les critères du risque qu'il soit somatique, psychologie ou social, en tentant de préciser qui « court » ce risque : l'individu, son groupe familial, la collectivité médicale, la collectivité sociale non médicale, le ou les médecins engagés, qu'ils soient ou non généralistes.

L'expérience quotidienne atteste en général une implication de tous ces éléments ; mais que les intérêts des uns et des autres peuvent être ou sont souvent contradictoires, du moins dans une vision à court terme.

Si la continuité d'un suivi médical est mise en péril par suite d'un non-recours ou d'un recours plus rare au système de soins, si des complications de toute nature s'instaurent et que les coûts médicaux directs ou secondaires sont majorés, qui donc pourra estimer le coût social réel d'une simple décision politique ou administrative.

De la dévalorisation du malade à la dévalorisation de la médecine générale

En matière de santé peut-on définir un « petit risque » et si oui sur quels critères précis ? Les gestionnaires médicaux ou politiques ne peuvent s'aventurer à catégoriser les soins médicaux sur des données partielles ou partiales fondées sur des préjugés. Si ils font dans ces conditions, ils ne le feront pas sans risque pour la population, le corps médical, et de manière plus large la collectivité.

Après la baisse du remboursement de médicaments essentiellement prescrits par les généralistes, l'officialisation du « petit risque » (qui ne concerne en fait que ce même praticien), marquerait une accélération dans la marginalisation des praticiens généralistes, en « bordure » d'un système médical coûteux, à fondement biotechnologie exclusif et par là même inadapté pour répondre aux problèmes posés. Mais qui serait le seul légitimement reconnu car il resterait le seul totalement remboursé.

Jean Luc Gallais
SFMG

⁵ P de Goulet, G.Chevalier, C.Devries, J.Menard. ARTEMIS et la surveillance des hypertendus. L'hôpital à Paris, N°83, Sept Oct 1984.

⁶ Prévention cardio-vasculaire: un pavé dans la mare. Suppl N°2821 Quotidien du Médecin, 1982

⁷ J.L.Gallais. De l'hypertension essentielle à la tension existentielle". Quintessence, N°88, Janvier 1985.