Convictions : Littré le dit qui ne se trompe jamais...

« *Convictions : Littré le dit qui ne se trompe jamais...* »

L. Siproudhis

© Springer-Verlag France 2013

Littré définit la conviction comme une « *certitude raisonnée. Avoir l'intime conviction d'une chose* ». La conviction est, en médecine, une valeur que beaucoup d'entre nous cultivent pour une plus grande facilité de leur exercice ou de « leur ministère » selon le niveau d'engagement qu'ils y mettent.

Quoi de plus confortable que d'appuyer notre pratique de soins sur des certitudes ? Le déroulement d'un geste chirurgical ou du plan de soins d'une chimiothérapie ne sont-ils pas facilitant quand il n'existe qu'une seule voie ou alternative ? Facilitant pour le patient qui n'a pas de choix à faire ou de préférence à exprimer et facilitant pour les équipes de soins qui produisent un exercice homogène au sein « d'écoles », de groupes de recherche ou de Sociétés Savantes.

Le praticien peut prendre conscience (ou non) que ses convictions sont régulièrement ébranlées par son exercice ou celui des autres. Parce que l'application régulière de ses propres certitudes est parfois prise en défaut ou encore parce que les convictions alternatives d'autres professionnels sont plus fortes que les siennes. Littré donne alors à la conviction, une seconde définition qui est la « *nécessité où l'on met quelqu'un, par des preuves, de reconnaître la vérité qu'on lui présente* ». Celle-ci n'est plus aujourd'hui réservée au seul contexte de la criminologie. Trois choix s'offrent à l'interpellation de cette différence exprimée au pied de cette forteresse d'acquis professionnels.

Le premier est de poursuivre son exercice professionnel sans n'y rien changer parce que notre vérité ne souffre d'aucune remise en cause. C'est la voie du « papa m'a dit » qui confine l'exercice médical dans une parfaite dévotion. Elle est le garant du respect des traditions transmises aveuglément de génération en génération. Elle peut reposer sur le bon sens mais elle peut aussi véhiculer des idées fausses parce que « *la valeur d'une idée n'a rien à voir avec la conviction de celui qui l'exprime* » (Oscar Wilde).

Le second est de rechercher dans la presse scientifique, les rapports et autres recommandations qui sont légions, les

arguments qui vont servir la cause d'un exercice pour lequel votre conviction est inébranlable. C'est habituellement la rhétorique utilisée dans les « dîners en ville », lorsqu'il faut convaincre un malade réticent ou lorsqu'on donne un espace de communication verticale à un intervenant dans une réunion de formation médicale continue (« avis d'expert »). Nous échangeons, entre amis, l'autre soir, de la place à donner aux traitements non chirurgicaux de la maladie hémorroïdaire pour la production d'un outil de pratique simple. Chacun y laissait transparaître, derrière le vernis de littérature scientifique de fortes convictions d'exercice, que personne ni rien ne viendrait ébranler. « Les études sur les veinotoniques sont très « *légères* » et l'avis sur leur utilité doit donc être modéré » disait l'un quand d'autres conseillaient « Je ne crois pas qu'il faille privilégier les mucilages/osmotiques car : 1) ceci n'est pas démontré pour les hémorroïdes et 2) en pratique, nos constipés ont souvent besoin d'osmotiques avec des mucilages pas assez efficaces surtout en crise hémorroïdaire » ou encore « Je pense qu'il ne faut pas laisser passer l'idée que les veinotoniques sont aussi efficace que ça. Les 2 méta-analyses vont d'ailleurs vers un questionnement et pas une affirmation. Il y a ici un biais de publication (les études négatives n'ayant pas été publiées dans le passé). Les récentes études sur le sujet sont chinoises avec une rigueur scientifique... (no comment). » ou même « sauf erreur de ma part, il n'y a pas d'étude démontrant l'efficacité des carraghénates. Les seules sont encore chinoises démontrant simplement que le suppositoire est mieux que la pommade... (ou l'inverse ?) ». Pourtant les preuves scientifiques sont nombreuses et solides : deux méta-analyses concordantes sur l'efficacité marquée des phlébotropes, une méta-analyse d'efficacité des mucilages et fibres dans le traitement des symptômes hémorroïdaires, des études (chinoises certes mais) contrôlées et randomisées évaluant l'efficacité des topiques dans le traitement de la crise hémorroïdaire. La conviction propre n'est pas remise en cause mais l'outil scientifique sert sa cause là où il soutient et il est combattu lorsqu'il ne la sert pas. « *On peut faire avaler n'importe quoi à n'importe qui, à condition d'y mettre suffisamment de conviction* » (Claude Lelouch dans « Itinéraire d'un enfant gâté »).

L. Siproudhis (✉)
Service des Maladies de l'Appareil Digestif,
CHRU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex
e-mail : laurent.siproudhis@chu-rennes.fr

En décidant d'appuyer ses seules convictions sur un niveau de preuve scientifique suffisant, l'exercice médical devient délicat parce que cette voie est vraiment étroite et rend l'exercice réducteur. Il doit donc tenir compte d'une dernière dimension qu'on appelle « l'expérience », cette « *lanterne qui n'éclaire que celui qui la porte* » (Louis Ferdinand Céline).

« *Preuve irréfragable* » est la troisième et dernière facette des définitions que donne Littré au terme de conviction. C'est bien également la principale difficulté individuelle dans laquelle nous plonge le troisième et dernier choix du clinicien. La « preuve » doit affronter (ou soutenir selon) l'expérience propre de chacun. Quel chirurgien n'a pas éprouvé un sentiment d'échec ou d'erreur après la réalisation d'une anopexie pour traitement de la maladie hémorroïdaire parce qu'un des ses patients a souffert d'une récurrence ou d'une complication ? Une expérience isolée peut être suffisamment convaincante pour conduire à abandonner la méthode : la gravité et la dimension émotionnelle ressenties guident beaucoup les choix. Ce sont les accidents d'une vie professionnelle doublée d'une forte confiance personnelle qui conduisent, sur ces seuls faits, à abandonner l'anopexie (du fait des complications rares mais graves rapportées), la traction élastique pour le traitement des

fistules anales (du fait des douleurs ressenties), la sphinctérotomie latérale interne pour le traitement de la fistule anale parce qu'elle peut être responsable de troubles de la continence.

Sans adhérer pleinement au discours détourné de Pliny l'Ancien pour qui « *La seule certitude, c'est que rien n'est certain* » (sauf ma propre expérience), les preuves scientifiques jalonnent notre exercice pour éprouver nos certitudes et améliorer nos connaissances. Aucune n'est vraiment formelle ou irréfutable à l'aune d'un rapport individuel. C'est « La » voie de la recherche clinique en médecine qui, dans un schéma bien ordonné, émet une hypothèse et tente de la vérifier. Cette quête n'est pas réservée à la seule recherche mais il est salutaire qu'elle imprègne nos pratiques de soins. Elle adoucit nos positions, remet en cause nos pratiques et modère nos choix. Elle permet de surmonter cette conviction personnelle qui est parfois « Satan dans la maison », pour poursuivre une méthode chirurgicale efficace comme l'anopexie, pour accepter l'idée actuelle qu'aucun geste chirurgical n'a fait la preuve « scientifique » de sa supériorité (rapport bénéfice/risque) dans le traitement chirurgical des fistules. Le débat reste ouvert : la pensée et la curiosité du thérapeute aussi. Il enrichit notre pratique et notre relation aux autres. Merci monsieur Descartes.