

## SOMMAIRE DES FICHES CONCEPTS

Fiche n° 1	Le carré de White .....	36
Fiche n° 2	La loi de répartition régulière des cas .....	39
Fiche n° 3	Les soins primaires .....	41
Fiche n° 4	Intervention au stade précoce et non différencié des maladies .....	44
Fiche n° 5	La continuité des soins .....	46
Fiche n° 6	Diachronie, synchronie, épisode de soin .....	49
Fiche n° 7	Histoire commune, histoire partagée .....	52
Fiche n° 8	Modèle biomédical versus holiste .....	54
Fiche n° 9	Approche systémique .....	56
Fiche n° 10	Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM .....	59
Fiche n° 11	Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques.....	64
Fiche n° 12	Le travail en coordination .....	68
Fiche n° 13	La collusion de l'anonymat .....	72
Fiche n° 14	La soumission à l'autorité .....	75
Fiche n° 15	La compagne d'investissement mutuel .....	77
Fiche n° 16	Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade.....	80
Fiche n° 17	La fonction apostolique .....	84
Fiche n° 18	Éléments de communication .....	86
Fiche n° 19	La confusion des langues .....	90
Fiche n° 20	Éléments psychanalytiques .....	92
Fiche n° 21	L'offre du malade .....	95
Fiche n° 22	De la sémiologie à la sémiotique .....	98
Fiche n° 23	Le symptôme : mythes et réalités .....	101
Fiche n° 24	L'anamnèse avant tout .....	104
Fiche n° 25	L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel .....	107
Fiche n° 26	Modes de raisonnement diagnostique .....	110
Fiche n° 27	Le diagnostic : une difficulté surmontable .....	114
Fiche n° 28	Cas nouveau, cas persistant .....	118

<b>Fiche n° 29</b>	Gestion du risque : diagnostic étiologique critique .....	<b>120</b>
<b>Fiche n° 30</b>	Le sablier de la démarche médicale .....	<b>123</b>
<b>Fiche n° 31</b>	Apprivoiser l'inévitable incertitude .....	<b>126</b>
<b>Fiche n° 32</b>	Éléments de la démarche décisionnelle .....	<b>133</b>
<b>Fiche n° 33</b>	Espace de liberté décisionnelle .....	<b>137</b>
<b>Fiche n° 34</b>	Décision médicale partagée .....	<b>141</b>
<b>Fiche n° 35</b>	Passage à l'acte ou décision différée .....	<b>144</b>
<b>Fiche n° 36</b>	Prescrire, ordonner .....	<b>148</b>
<b>Fiche n° 37</b>	Gestion des polyopathologies .....	<b>152</b>
<b>Fiche n° 38</b>	L'inertie thérapeutique .....	<b>156</b>
<b>Fiche n° 39</b>	L'éducation thérapeutique .....	<b>159</b>
<b>Fiche n° 40</b>	Prévention quaternaire .....	<b>163</b>
<b>Fiche n° 41</b>	Remède médecin, effet médecin .....	<b>167</b>

## LE SYMPTÔME : MYTHES ET RÉALITÉS

Le mot symptôme vient du grec *sun*, avec, et *piptein*, arriver : c'est ce qui arrive avec. Le dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare précise que c'est un « *phénomène particulier que provoque dans l'organisme l'état de maladie. Découverts par le médecin (symptômes objectifs) ou signalés par le patient (symptômes subjectifs), ils permettent d'établir le diagnostic* ». En sémiologie, on différencie symptôme et signe. Un symptôme est une plainte ressentie, exprimée directement par le patient, ou retrouvée indirectement par le médecin (fatigue, douleur, éruption...). Un signe est une caractéristique clinique que cherche le médecin. C'est un élément objectif, que le patient ne ressent pas nécessairement (souffle cardiaque, râle bronchique...). Symptômes et signes sont les éléments de base de la démarche diagnostique.

En pratique, le symptôme n'est pas systématiquement le signe d'une maladie. Sans soin, il n'évoluera pas nécessairement vers l'apparition d'une pathologie. On dit du médecin généraliste qu'il intervient au stade précoce des maladies (voir fiche n° 4 : Intervention au stade précoce et non différencié des maladies). Pourtant, le praticien constate que les symptômes aboutissent rarement à celle-ci. Seulement 2 % évolueraient en maladie<sup>(14)</sup>. L'observatoire de la médecine générale montre que le médecin, en fin de consultation, n'a comme fait objectif qu'un ou des symptômes isolés dans 26 % des cas et qu'ils ne seront révisés ultérieurement que dans environ 5 % des cas.

Par ailleurs, la psychologie nous invite à porter un autre regard sur le symptôme. Celui-ci peut être vu comme une proposition du patient à son médecin (et plus largement son entourage), qui, selon la réponse apportée, pourra se fixer en une maladie<sup>(15)</sup> (voir fiche n° 21 : L'offre du malade). La notion de transfert prend ici toute son importance. En psychanalyse, c'est par le symptôme que Freud a découvert l'inconscient, en cherchant à comprendre les mécanismes de sa formation : le symptôme comme la manifestation d'une satisfaction substitutive répondant à un

défaut de jouissance<sup>(64)</sup>. Le symptôme peut donc être aussi une souffrance qui satisfait<sup>(65)</sup>. Cela renvoie à la notion de conversion.

## Discussion

Confiner le symptôme à un signe de maladie organique à décrypter selon le code de la sémiologie médicale est réducteur. Il est en effet utile au praticien de savoir, en premier lieu, que bon nombre de symptômes présentés par leurs patients n'évolueront pas. Cette notion nous rappelle l'importance que représente l'usage du temps en médecine générale pour éviter une médicalisation systématique de toute plainte. Elle influence aussi la façon de nommer son « diagnostic final », et de gérer le risque (voir fiches n° 27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable, et n° 29 : Gestion du risque : diagnostic étiologique critique).

De plus, le symptôme ne doit pas être seulement entendu comme un possible indice de maladie mais aussi comme signifiant<sup>(12)</sup> (voir fiche n° 22 : De la sémiologie à la sémiotique).

Enfin, le symptôme est toujours présenté au travers de nombreux écrans (que sont les représentations du patient, son histoire, sa personnalité, les déterminants sociologiques...), ce qui impose au médecin de le replacer dans son contexte. Ainsi, le praticien ne doit pas oublier, avant de s'approprier professionnellement le symptôme, que celui-ci, comme la maladie, appartient en premier lieu au patient : de ce fait l'opinion de ce dernier est légitime<sup>(7)</sup>.

En médecine générale, 20 à 40 % des plaintes de patients seraient d'ordre psychosomatique. Plus de la moitié des patients, pris en charge par des médecins de premier recours, ayant un diagnostic de maladie psychique, se présentent avec des symptômes somatiques seuls<sup>(66)</sup>. Il est donc justifié, pour une bonne efficacité de sa démarche diagnostique, que le médecin généraliste connaisse toutes les nuances du symptôme. En effet, il doit rester vigilant face à ce « qui arrive avec » la maladie, mais doit aussi tenir compte de celui qui arrive avec le patient.

## Illustration

Lucie M., 21 ans, étudiante en lettres, vient en consultation après ses cours. Elle n'est pas connue du cabinet. Elle se plaint de brûlures en uri-

nant et surtout d'être obligée « *d'y aller très souvent* ». Elle n'a jamais eu de symptômes de ce genre. Elle est sous contraception orale, et n'a pas eu de rapport sexuel depuis plus d'un mois. Elle ne présente pas de fièvre, pas de douleur lombaire. Le médecin l'examine, conclut à une cystite et lui prescrit un traitement. La patiente revient dix mois plus tard avec la même symptomatologie. Le médecin lui fait remarquer que cela fait trois épisodes en un an. Elle a été vue en effet il y a trois mois par l'interne. Le tableau est identique aux épisodes précédents. Le médecin lui explique qu'il faut cette fois faire une analyse d'urines et qu'il faudra éventuellement faire des explorations morphologiques. Sans le laisser poursuivre, la patiente lui demande « *ces cystites ne pourraient-elles pas être d'origine psychologique ?* ». Le médecin évoque la « *cystite à urine claire* ». La conversation se porte alors sur sa vie actuelle, ses doutes sur ses études... Il est finalement décidé conjointement de faire un ECBU et de ne pas traiter, mais de se revoir avec les résultats pour rediscuter de « tout ça ». ■

---

#### **Pour aller plus loin**

- Klotz JP. Thérapeutique du symptôme ou symptôme thérapeutique ? *Mental* 2003;13.
- Le Breton D. Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant. In Galam E. Ed. *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202 p. (p. 30-40).

## REMÈDE MÉDECIN, EFFET MÉDECIN

**L**e médecin est un remède en soi.

Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, autrement appelé « effet médecin », est connu depuis l'Antiquité (Hippocrate). Balint l'a appelé le « remède médecin »<sup>(15)</sup> : « *Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait, l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. [...] il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. [...] Dans aucun manuel, il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. Il est plus inquiétant encore de constater l'absence complète de littérature sur les risques possibles d'une telle médication, par exemple sur les diverses réactions allergiques individuelles pouvant se rencontrer chez les malades, et qui doivent être surveillées attentivement, ou encore sur les effets secondaires indésirables du médicament. En fait, la pauvreté des informations sur ce remède (le plus utilisé) est terrifiante, surtout si on la compare à la richesse des renseignements sur les autres médicaments, y compris les plus récemment introduits dans la pratique. En général, on répond à cela que l'expérience et le bon sens donnent au médecin l'habileté nécessaire pour se prescrire lui-même ; mais l'insuffisance de cette opinion (qui ne rassure qu'elle-même) éclate si on la compare aux instructions détaillées et fondées sur des expériences soigneusement contrôlées qui accompagnent tout médicament nouveau utilisé en médecine générale* ». Ainsi, la façon dont le médecin reçoit les offres du patient, c'est-à-dire ses plaintes et symptômes, peut conditionner leur fixation en maladie : « *L'un des effets secondaires les plus importants (sinon l'effet essentiel) du remède médecin consiste dans sa réponse aux offres du malade* »<sup>(15)</sup>.

Le remède médecin décrit par Balint comprend deux composantes : le réconfort et le conseil.

## Discussion

L'effet thérapeutique du remède médecin est attribué à la qualité de la relation médecin-malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement... Ce possible effet médecin justifie la procédure en double aveugle des essais thérapeutiques.

Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été publiée en 2006<sup>(125)</sup>. Cet article montre que l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin peut se mesurer par des essais comparatifs randomisés, alors qu'elle était auparavant une donnée empirique et subjective. Il distingue deux types de soins ou d'intervention contribuant à l'efficacité du remède médecin : le soin « cognitif » (centré sur l'explication écrite ou orale, c'est-à-dire le savoir) et le soin « émotionnel » (faisant intervenir les attitudes médicales et les capacités relationnelles comme l'empathie, l'intérêt porté au patient, l'écoute active, l'expression des affects, la suggestion, la réassurance, c'est-à-dire le savoir-faire et le savoir-être). Trois composantes de l'effet médecin sont décrites : rassurer, conseiller et expliquer.

Rassurer permet de diminuer l'anxiété du patient, favorise une amélioration de son observance thérapeutique, diminue sa demande de médicaments et réduit le recours aux examens paracliniques. Rassurer peut cependant avoir des effets secondaires et des contre-indications : cette attitude peut être néfaste si elle est mise en œuvre trop tôt dans la consultation, avant que le patient ait été écouté, et avant que la signification de ses symptômes ait été explorée.

Conseiller regroupe différents types d'intervention visant la modification de comportement à risque pour la santé. Conseiller nécessite de savoir écouter les représentations du patient pour comprendre sa perception de la gravité de sa maladie, des bénéfices qu'il y a à agir contre cette maladie, des obstacles l'empêchant d'agir (voir fiche n° 35 : Passage à l'acte ou décision différée). Ceci permet de comprendre si le patient pense que la résolution du problème dépend de l'extérieur ou de lui-même (notion de locus of control interne ou externe).

Enfin, expliquer permet de rassurer et calmer l'angoisse légitime du patient. Il convient au préalable de l'aider à poser des questions, et exprimer ce qui l'habite.

Ainsi des attitudes et habiletés médicales au niveau relationnel ont fait la preuve de leur efficacité au travers d'essais randomisés de bon niveau de preuve en soins primaires. L'acquisition de compétences en communication et de capacités à promouvoir des changements chez le patient est donc essentielle. Elle nécessite de se former, car ni l'expérience ni l'ancienneté du médecin ne garantissent ses aptitudes à la communication.

Le remède médecin, en faisant du médecin l'instrument thérapeutique au travers de ses différentes compétences relationnelles, amène à une conception différente du système de soin : reconsidération de l'autonomie et de la responsabilité du patient à travers l'éducation à la santé, prise en charge du malade de manière plus globale, en prenant en compte la dimension psychosociale.

## Illustration

Une jeune fille de 19 ans vient en consultation pour la première fois. Elle raconte qu'elle a sauté du balcon du 1er étage, la veille, dans un contexte de soirée alcoolisée. Elle se plaint de douleur à la cheville. Elle a des antécédents psychiatriques, avec un suivi visiblement assez médiocre et une observance du même ordre. À l'examen, le médecin constate qu'elle a des scarifications sur les deux avant-bras. Il dit à la patiente avec un geste du regard vers les lésions : *« Il y a des signes qui me disent que ça ne va pas trop en ce moment »*. Sans attendre de réponse, le médecin poursuit l'examen clinique, en particulier de la cheville douloureuse. De retour à son bureau, il rédige deux ordonnances : une pour une radiographie de la cheville, et une autre avec du paracétamol où il écrit en plus *« me donner de vos nouvelles, prendre soin de vous, reprendre contact avec votre psychiatre... et nous revoir si vous le voulez bien la semaine prochaine »*. La patiente reprendra bien rendez-vous une quinzaine de jours plus tard, mais en oubliant de ramener la radiographie !

Sans chercher à en savoir plus, le médecin a signifié qu'il a bien noté les signes de mal-être de la jeune femme, laissant la patiente libre de saisir

la perche tendue. La prescription finale, ne se cantonnant pas au registre biomédical, est une façon de souligner que la proposition de soin est plus large que le soulagement de la cheville endolorie, et son inscription sur le papier permet de ne pas laisser la parole s'envoler. L'attention particulière et sans intrusion au corps blessé de l'autre, et la manifestation par écrit de son intérêt pour la patiente sont une illustration du remède médecin. ■

---

#### **Pour aller plus loin**

---

- Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419 p. (p. 9-45).
- Moreau A, Boussageon R, Girier P, et al. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Med 2006;35(6):967-73