

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

2021

**THESE**  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR EN MEDECINE  
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement  
Le 15 avril 2021 à Poitiers  
Par **Matthieu COURJAULT**

**Tentative de précision de définition pour 29 mots  
du vocabulaire général en médecine**

### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

**Membres** : Madame la Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Monsieur le Docteur Yann BRABANT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

#### *Professeurs associés de médecine générale*

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### *Maîtres de Conférences associés de médecine générale*

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

#### *Enseignants d'Anglais*

- DEBAIL Didier, professeur certifié

#### *Professeurs émérites*

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### *Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires*

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE,**

merci d'avoir accepté de présider ce jury et de porter attention à ce travail. Vous avez marqué mon externat notamment lors de vos enseignements que ce soit à la faculté, mais aussi lors de mon passage dans le service de pneumologie.

**A Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,**

merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci encore pour vos enseignements lors de mon internat de médecine générale.

**A Monsieur le Docteur Yann BRABANT,**

merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Tu as été mon premier contact avec la médecine générale, à Pont l'Abbé d'Arnoult, au moment où tu t'installais. Merci pour ta gentillesse et ton écoute.

**A Olivier KANDEL,**

merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Merci pour ta patience quand il a fallu démarrer ce projet. Merci aussi pour m'avoir permis de découvrir une vision de la médecine générale que je ne connaissais pas lors de mon stage SASPAS.

**A Pierre FERRU,**

merci d'avoir rejoint ce travail en cours de route, pour ta simplicité et pour tes nombreuses relectures avec quelques touches d'humour.

**A Elisabeth GRIOT, Christian CHAUDON, Christian COMTE, membres du groupe « étymologie – philologie »,**

merci pour votre enthousiasme et pour avoir pris le temps d'effectuer les dernières relectures des fiches.

**A Daniel PINSEMBERT, Françoise COUTURIER, Gilles GABILLARD, Jean-François MAUGARD,**

merci pour vos enseignements lorsque vous avez été mes maitres de stage en médecine générale.

**A Florian DIDIER,**

merci pour tes conseils durant tout l'internat.

Merci à tous les médecins qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

**A mes amis rencontrés durant ces années de médecine, Florent, Charline, Matthieu, Hélène, Maxime B, Sébastien, Aurore, Antoine, Sylvain, Cassandre, Manon, Damien, Marie, Simon, Damien F, Maxime L,**  
pour tous les bons moments partagés durant ces années d'études, pas toujours faciles.

**A l'équipe de la Maison de Santé de Vasles, Denis, Marie-France, Fabienne, Camille, Vanessa, Sara, Julie, Charlotte, Aristide, Elodie,**  
Pour notre travail d'équipe au quotidien.

**Au membres du FLCVB,**  
pour me permettre d'évacuer le surplus de pression, y compris au PLB.

**A ma famille, au sens large,**  
pour tous les moments que nous partageons et partagerons ensemble. Merci particulièrement à Marie pour les relectures de la thèse et à Nicolas, pour ton aide linguistique.

**A mes parents,**  
je vous dédie ce travail. Merci d'être toujours là pour moi. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée. Elle me permet d'être la personne que je suis aujourd'hui.

**A mes filles, Manon et Emma,**  
pour votre amour au quotidien.

**Et à Juliette, mon épouse,**  
pour ton amour et ton soutien de tous les jours. Nous allons enfin pouvoir vivre pleinement nos projets, en commençant par agrandir la famille.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	15
1. Type d'étude.....	15
2. Les dates de l'étude.....	15
3. Le choix des mots.....	15
4. Les dictionnaires utilisés.....	16
4.1. Histoire des dictionnaires.....	16
4.2. Les dictionnaires « grand public » .....	17
4.3. Les dictionnaires médicaux.....	18
5. Ressources humaines et organisation.....	19
6. Les fiches .....	19
7. Déroulé du travail.....	19
8. La liste des fiches .....	20
<b>RESULTATS</b> .....	21
Fiche n°1 : Maladie.....	22
Fiche n°2 : Pathologie.....	25
Fiche n°3 : Diagnostic.....	27
Fiche n°4 : Morbidité.....	30
Fiche n°5 : Trouble.....	33
Fiche n°6 : Polypathologie.....	37
Fiche n°7 : Multimorbidité.....	39
Fiche n°8 : Comorbidité.....	41
Fiche n°9 : Chronique-Chronicité.....	44
Fiche n°10 : Récidive.....	48
Fiche n°11 : Récurrence.....	50
Fiche n°12 : Rechute.....	52
Fiche n°13 : Recrudescence.....	54
Fiche n°14 : Complication.....	56
Fiche n°15 : Rémission.....	60
Fiche n°16 : Poussée.....	62

Fiche n°17 : Risque.....	66
Fiche n°18 : Facteur de risque.....	69
Fiche n°19 : Vulnérabilité.....	71
Fiche n°20 : Fragilité.....	75
Fiche n°21 : Habitus.....	79
Fiche n°22 : Épisode de Soins-Épisode de Maladie.....	82
Fiche n°23 : Épisode de Changement.....	87
Fiche n°24 : Consultation-Séance-Contact.....	90
Fiche n°25 : Observance.....	94
Fiche n°26 : Inertie thérapeutique.....	98
Fiche n°27 : Efficience.....	102
Fiche n°28. Qualité de vie.....	106
Fiche n°29. Effet Domino.....	111
<b>DISCUSSION</b> .....	114
1. A propos des fiches .....	114
2. Les limites et les biais du travail.....	115
3. Intérêt du travail.....	116
4. Appauvrissement progressif du langage.....	117
4.1 Le langage médical ne fait pas exception.....	117
5. Les mots ont un sens.....	119
6. Le poids des mots.....	120
7. Doit-on tenir compte des mésusages habituels des mots ?.....	120
8. La communication au cœur de notre pratique.....	121
<b>CONCLUSION</b> .....	123
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	125
<b>RESUME</b> .....	131
<b>SERMENT</b> .....	133

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AC/FA** : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire  
**BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive  
**CIM** : Classification Internationale des Maladies  
**CISP** : Classification Internationale des Soins Primaires  
**CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique  
**CNTRL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales  
**DALY** : Disability Adjusted Life Years  
**DGS** : Direction Générale de la Santé  
**DRC** : Dictionnaire des Résultats de Consultation  
**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
**EBM** : Evidence Based Medicine  
**EGPRN** : European General Practice Research Network  
**EMG** : Electromyogramme  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**INR** : International Normalized Ratio  
**Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**MASCF** : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français  
**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
**OFCE** : Observatoire Français des Conjonctures Economiques  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**QUALY** : Quality-Adjusted Life Year  
**RAA** : Rhumatisme Articulaire Aigu  
**RC** : Résultat de Consultation  
**RS** : Rating Scale  
**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise  
**SG** : Standard Gamble  
**SMFG** : Société Française de Médecine Générale  
**TLFi** : Trésor de la Langue Française informatisé  
**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# INTRODUCTION

Qui pourrait rendre raison de la fortune de certains mots,  
et de la proscription de quelques autres ?

Jean de La Bruyère

## INTRODUCTION

L'idée de ce travail est apparue en 2017 lors de la mise en place par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) de trois groupes de travail. L'objectif était d'écrire et de publier des ouvrages de médecine générale. La médecine générale étant devenue une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil National des Universités en 2006, la question de l'enseignement d'un corpus théorique se posait.

Toute discipline universitaire se caractérise par une définition claire, le développement d'une recherche propre et l'enseignement d'un savoir s'énonçant par des concepts spécifiques (1). La médecine générale avait indéniablement une définition (2), celle de WONCA, une recherche ancienne (3) et un enseignement depuis la fin des années 70 (4).

Le premier travail de la SFMG a été de rédiger un manuel théorique de notre discipline, car il n'existait pas jusqu'alors de corpus spécifique justifiant la singularité de cette discipline. Certains éléments existaient mais de manière éparse au sein de la littérature. D'autres étaient restés dans la littérature grise ou n'avaient pas abouti. Ainsi une nouvelle collection, entièrement consacrée à la médecine générale : "Le Plaisir de comprendre"<sup>1</sup>, a vu le jour sous l'égide de la SFMG en coédition avec GMSanté-Editeur. Le premier opus est sorti en 2015 sous le nom de : Manuel théorique de médecine générale, 41 concepts pour exercer la discipline (5). Afin de maintenir la dynamique créée par ce premier ouvrage, la SFMG avait mis en place trois groupes de travail. Ceux-ci ont regroupé à un moment ou à un autre de la réflexion une quarantaine de confrères sociétaires de la SFMG ou internes en médecine générale. Les 3 thèmes étaient : la démarche clinique en soin primaire - la polyopathie - la diachronie et la synchronie, ou l'épisode de soin.

Lors d'un séminaire d'écriture, qui a réuni pendant une semaine en mars 2017, les participants aux différents groupes, est vite apparue la nécessité de préciser les mots utilisés et de pouvoir partager leurs sens exacts, dans une tentative de langage

---

<sup>1</sup> [www.sfmfg.org/publications/la\\_collection](http://www.sfmfg.org/publications/la_collection)

commun. Un groupe supplémentaire, complémentaire, a donc été créé et étiqueté : "étymologie - philologie". Composé de cinq confrères qui devaient répondre aux demandes des autres groupes. Ils recevaient des mots clés et devaient proposer une note argumentée sur chacun d'eux. En reprenant l'expression de Philippe Caron, nous pourrions dire que ces confrères ont joué le rôle de « remarqueurs destinés à sarcler le jardin » de notre vocabulaire quotidien. En s'attardant sur les « cas de conscience linguistique que les remarqueurs s'efforcent de résoudre depuis le XVIe » (6) !

## **L'étymologie et la philologie**

A l'université, la linguistique, fait partie des Sciences Humaines. Elle a pour objet l'étude du langage et son fonctionnement (7). Ferdinand de Saussure (1857-1913) est considéré comme le père des Sciences du langage. Il a défini certains concepts comme la distinction entre langage et parole, mais aussi entre synchronie et diachronie, entre signifiant et signifié... Les Sciences du langage regroupent plusieurs domaines dont entre autres, la lexicologie (étude des mots) et la sémantique (étude du sens des mots) ...

L'étymologie est une discipline de la linguistique, qui cherche à établir l'origine formelle des mots, et sa sémantique, c'est-à-dire ce dont on parle, ce que l'on veut énoncer (8).

La philologie quant à elle trouve sa source dans l'étude de ce qui est écrit. Elle est l'étude d'une langue à partir d'une analyse critique de textes rédigés dans cette langue (9).

On peut regretter le manque de curiosité des médecins pour les autres disciplines, notamment les Sciences Humaines. Leur enseignement est pourtant obligatoire depuis 1992, dès la première année de médecine, sous le nom de Sciences Humaines et Sociales (10). Nous avons depuis quelques années, porté notre regard du côté de la Sociologie. Nous y avons puisé beaucoup de pistes pour mieux comprendre nos patients et notre place, au-delà du huit clos de notre cabinet. Oserait-on envisager Sans prétention, ni approfondissement, en profane, certains mots de leur corpus peuvent nous interroger.

Dialecte, idiolecte, sociolecte, et autre chronolecte. Sans entrer dans des recherches trop poussées, ces mots et ces concepts pourraient nous aider à percevoir l'importance et les effets des mots que nous utilisons.

Si nous comprenons aisément le terme de « dialecte », mais quelle nuance existe-il avec celui de « géolecte » ? Il en va de même avec les termes de « jargon » et de « sociolecte ». Ils concernent des communautés de locuteurs avec un langage plus ou moins intelligible par d'autres. Idiolecte semble quant à lui, centré sur l'individu et ses habitudes de langage...

Il serait sans doute judicieux, d'intégrer aux études médicales un temps pour se poser des questions sur ces mots, sur le langage, celui que nous utilisons et celui qu'utilise tel ou tel patient. Nous avons à juste titre insisté ces dernières années sur la valeur du langage non verbal. Il ne faudrait cependant pas oublier que sans mot, ce langage non verbal se réduirait à un triste mime, voire de la pantomime !

## **En médecine**

Qu'il s'agisse de son origine (étymologie), de son utilisation (philologie), de son évolution, de son signifiant (sémantique) les mots sont importants. Important pour l'émetteur (le médecin) comme pour le récepteur (le patient). On sait la place grandissante d'une autre science, celle de la communication. Un des médias essentiels de celle-ci est le langage verbal. Si l'on insiste beaucoup (à juste titre) actuellement dans l'enseignement des futurs médecins, sur le langage non verbal, la place des mots dans la conversation n'est pas à négliger. Des mots pour dire, pour écrire, des mots pour se faire comprendre et optimiser l'observance de nos propositions thérapeutiques.

Qu'il soit informatique, littéraire, philosophique ou médical, le langage permet de formaliser et d'exprimer une pensée.

Les mots resteront paroles puis récits, récits signifiants pour peu qu'ils répondent au codex d'un langage (11). Des concepts de Saussure, les psychanalystes ne s'y sont pas trompés et ont repris les notions de signifiant et de signifié. Le psychiatre et psychanalyste Jacques Lacan propose en effet une théorie du signe qui relie un concept à une image acoustique. Le concept est appelé signifié et l'image acoustique, signifiant (12).

On voit donc le poids des mots et leur importance. Il est curieux de constater qu'une discipline comme la médecine, qui possède un langage propre, vernaculaire, professionnel, ne porte pas plus attention aux mots de son lexique.

Le sociologue américain de la santé Aaron Cicourel parle de communication contrariée (13), mettant en évidence l'immense difficulté des médecins, comme des patients à communiquer. Pour lui, « les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes du registre linguistique, qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à ses causes ». Une explication de ce phénomène pourrait être ce que Fainzang appelle le décalage cognitif : les questions et les préoccupations des malades sont souvent mal entendues, mal comprises et font alors l'objet d'une réponse inappropriée (14). Enfin, les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation. C'est ce que Balint appelle la « confusion des langues ». Cicourel d'en rajouter en estimant que la plus grande source de progrès médical viendra de l'amélioration de la communication entre soignés et soignants.

### **La question de recherche et les objectifs de l'étude**

Fort de ce constat et répondant aux nécessités d'être au clair sur les mots nous avons, en réponse aux groupes de travail de la SFMG, mis en place une procédure pour discuter une trentaine de mots utilisés dans leurs écrits.

La question était de savoir si les principaux mots du lexique général médical avaient une définition opérante et sinon, s'il était possible de faire des propositions de clarification ?

# **MATERIEL ET METHODE**

# MATERIEL ET METHODE

Pour mener à bien notre travail, nous sommes partis de la réflexion menée par le groupe de la SFMG chargé de travailler sur l'étymologie et la philologie.

- Nous avons repris l'ensemble des documents étudiés.
- Nous avons ensuite réalisé une recherche bibliographique complémentaire.
- Puis nous avons réalisé une synthèse et la rédaction d'une fiche pour chacun des mots.
- Nous avons enfin sélectionné ou modifié certains mots pour obtenir une liste correspondant au thème général du vocabulaire exploré.

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de la littérature, essentiellement grise et phénoménologique, à partir de l'observation de la production d'un groupe de cinq médecins membres titulaires de la Société Française de Médecine Générale.

## 2. Les dates de l'étude

Le travail s'est déroulé entre mai 2019 et mars 2021.

## 3. Le choix des mots

Nous avons repris la liste des mots étudiés lors de l'écriture par la SFMG de trois livres de médecine générale. Il s'agit d'ouvrages essentiellement à l'intention des étudiants en médecine et des maîtres de stage (Tableau n°1).

**Tableau n°1 : Les 3 manuels de médecine générale  
ayant fait l'objet de recherche étymologique et philologique**

**POUR UN RETOUR AU RAISONNEMENT CLINIQUE,  
OU COMMENT APPRIVOISER L'INCERTITUDE DIAGNOSTIQUE**

Julie Chouilly, Pierre Ferru, Damien Jouteau, Olivier Kandel.  
GMSanté Editeur. 2019

**LA MULTIMORBIDITE, UNE NOUVELLE CONCEPTION DU SOIN**

Pascal Clerc, Julien Lebreton, Elisabeth Griot, Christian Comte, Christian Chaudon.  
GMSanté Editeur. 2020.

**L'INSTANT ET LA DUREE, DE L'ANTECEDENT A L'EPISODE DE SOIN**

Philippe Boisnault, Pierre Ferru, Olivier Kandel, Philippe Szidon,  
Yann Thomas Desessarts, Gérard Véry.  
GMSanté Editeur. 2020

---

Les trois groupes de travail ont fait appel à la réflexion du groupe dit « Etymologie – Philologie » à 31 reprises (Tableau n°2).

**Tableau n°2 : La liste des mots étudiés par le groupe étymologie - philologie**

1. Maladie	18. Facteur de risque
2. Pathologie	19. Vulnérabilité
3. Diagnostic	20. Fragilité
4. Morbidité	21. Épisode
5. Trouble	22. Épisode de Soins- Épisode de Maladie
6. Chronicité	23. Épisode de Rupture- Épisode de Changement
7. Polypathologie	24. Séance - Contact
8. Polymorbidité	25. Observance
9. Comorbidité	26. Inertie thérapeutique
10. Récidive	27. Efficacité
11. Récurrence	28. Qualité de vie
12. Rechute	29. Vulnérabilité versus fragilité
13. Recrudescence	30. Axe principal d'intervention
14. Complication	31. Effet Domino
15. Rémission	
16. Poussée	
17. Habitus	

Ces mots ne concernent pas des troubles ou des maladies, mais le vocabulaire général médical. La liste n'est donc pas exhaustive. Elle concerne en revanche le lexique nécessaire à la description de la démarche médicale diagnostique et décisionnelle. Elle répond à la demande explicite des 15 confrères rédacteurs d'ouvrages professionnels.

Pour chacun des mots, nous avons, quand c'était possible, fait une synthèse des définitions déjà existantes. A cet effet, nous avons eu recours à différentes sources.

#### **4. Les dictionnaires utilisés**

##### 4.1. Histoire des dictionnaires

On date l'invention de l'écriture et du premier alphabet autour de 3400 avant J-C. Les premiers dictionnaires seraient chinois, apparus au III<sup>ème</sup> siècle avant J-C. En Europe, il faut attendre le XVII<sup>ème</sup> siècle pour trouver référence des premiers dictionnaires. Le premier ouvrage de référence étant bien sûr l'encyclopédie de Diderot, parue en 1751 (Figure n°1).

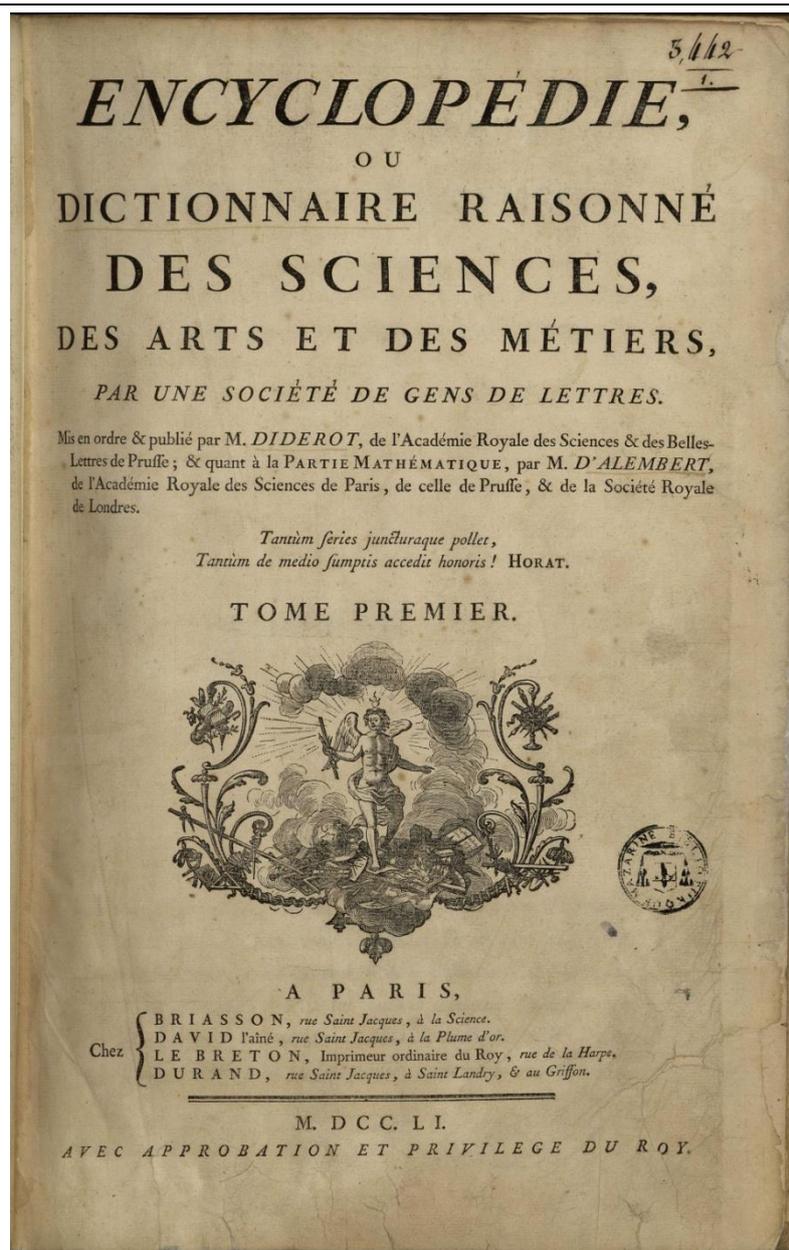


Figure n°1 : Couverture de l'Encyclopédie de Diderot

#### 4.2. Les dictionnaires « grand public »

- Le Larousse : Dictionnaire populaire, dont la première version date de 1856. Il est très largement utilisé dès l'école primaire. Nous avons principalement utilisé sa version en ligne, gratuite, créé et mise à jour depuis le 13 mai 2008.
- Le Robert : Concurrent direct du Larousse, ce sont les deux dictionnaires les plus vendus en France. Sa première édition date de 1957. Nous avons utilisé sa version papier. Il existe aussi une version en ligne, payante.

- Le Littré : Du nom de son auteur Emile Littré. Il s'agit d'un dictionnaire ancien, paru à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Il s'agit d'un dictionnaire étymologique. Il est très littéraire avec beaucoup de citations. Il a longtemps été l'ouvrage de référence des lycéens littéraires.

- Le dictionnaire de l'Académie française : L'Académie française a été fondée par le Cardinal de Richelieu avec l'objectif de créer un dictionnaire du français. Neuf éditions ont été publiées depuis la première édition en 1694. Contrairement aux dictionnaires de vulgarisation, celui de l'Académie française se porte garant de la manière dont la langue doit être écrite et parlée. Nous avons principalement repris les définitions des quatrième, huitième et neuvième éditions car elles sont facilement accessibles par Internet.

- Le portail CNRTL / TLFi : Créé en 2005 par le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) fédère les fonds et les ressources linguistiques informatisées et des outils de traitement de la langue. Elaboré dans un cadre Européen avec le CNRS, en collaboration entre autres avec l'Université de Lorraine, le CNRTL a débouché sur une édition informatique le Trésor de la Langue Française informatisé (TLFi). Il s'agit de l'informatisation d'un dictionnaire papier (Trésor de la langue française) édité entre 1971 et 1992.

#### 4.3. Les dictionnaires médicaux

- Le Garnier-Delamare : Rédigé par Jacques Delamare et Marcel Garnier, il compte trente-deux éditions, la dernière date de mai 2017, avec 30 000 entrées. Il reste le dictionnaire médical de référence pour les étudiants.

- Le dictionnaire de l'Académie de médecine : Nous avons utilisé la version en ligne. Le dictionnaire de l'Académie nationale de médecine en ligne rassemble l'ensemble du vocabulaire médical dont il doit suivre l'enrichissement lié à l'évolution de la médecine et de ses moyens d'expression. L'édition mise en ligne en janvier 2018 a repris les définitions éparses figurant dans les 15 volumes publiés par spécialités.

- Le dictionnaire-médical.fr : Ce dictionnaire en ligne fruit d'un auteur unique, Christian Thomsen, contient la définition médicale de 3148 mots. Un de ses objectifs était d'expliquer le sens de certains mots du langage courant quand ils sont utilisés par le corps médical, et uniquement dans cette situation.

## **5. Ressources humaines et organisation**

Le travail a été mené par un étudiant réalisant sa thèse, en collaboration avec les cinq médecins qui composaient le groupe "étymologie – philologie". Ils ont participé à la validation de la liste complète et à la relecture des fiches.

Les échanges se faisaient par courriel et les documents étaient mis en commun et partagés dans un dossier Dropbox®. Régulièrement, pour chaque mot le groupe se réunissait à distance en visioconférence.

## **6. Les fiches**

Afin de faciliter la lecture du document nous avons fait le choix de présenter les résultats sous forme de fiches. Nous avons repris leur travail et fait une recherche bibliographique complémentaire pour chacun des mots. A l'issue de ce travail nous avons rédigé une fiche formelle pour chaque mot, que nous présentons au chapitre résultat.

## **7. Déroulé du travail**

Ce travail a commencé à deux, le thésard et le directeur de thèse. Les premières réflexions étaient sur l'organisation du travail. Par échange de mail et rencontre physique nous avons décidé du plan de la thèse, de la question de thèse et du titre.

Nous avons créé une fiche modèle comprenant un titre puis trois parties :

- les éléments de définition : cette partie commence lorsque cela était possible par un point étymologique. Ensuite, nous reprenons l'ensemble des définitions que nous avons pu répertorier, en fonction de leur pertinence. Elles sont pour la plupart issues de dictionnaires ou d'encyclopédies mais aussi parfois de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou d'autres instances médicales.

- une discussion : cette partie reprend la discussion qui a eu lieu entre les différents intervenants du groupe « Etymologie – Philologie ». Chaque intervenant donnait son avis sur le mot en question, en proposant des définitions, des réflexions et des suggestions. Il a fallu faire le lien entre les cinq réflexions pour créer du sens entre chacune d'entre elles.

- une proposition : C'est la conclusion de ces discussions, avec quand cela était possible la proposition d'une définition claire sur le mot en question.

Après la réalisation de plusieurs fiches, nous avons fait appel à un confrère généraliste, auteur d'un des manuels pour nous aider, par son regard et ses « belles lettres ». Le docteur Pierre Ferru nous a donc rejoint tout au long de ce travail. Des versions numérotées de chaque fiche sur Dropbox® ont abouti progressivement à des versions finales.

Une fois l'ensemble des 29 fiches réalisées, nous les avons soumises pour relecture aux membres du groupe « Etymologie - Philologie » pour validation.

## 8. La liste des fiches

L'ordre d'apparition des mots lors de leur traitement par le groupe « Etymologie – Philologie » était déjà pertinent, sans doute puisqu'il suivait l'ordre d'apparition dans les réflexions des groupes d'écriture. Cependant, afin d'optimiser une logique narrative, la fiche « Chronicité-Chronique » a été déplacée avant l'ensemble de fiches « Récidive », [...] « Poussée », puisqu'elle introduit celles-ci. La fiche « Habitus » a elle aussi été déplacée avant la fiche « Épisode de Changement » puisque nous y faisons référence à ce moment-là.

Au total, nous avons réalisé 29 fiches qui nous semblaient correspondre au contexte du vocabulaire général nécessaire aux trois groupes d'auteurs (Tableau n°3).

Tableau n°3 : La liste des mots étudiés	
1. Maladie	16. Poussée
2. Pathologie	17. Risque
3. Diagnostic	18. Facteur de risque
4. Morbidité	19. Vulnérabilité
5. Trouble	20. Fragilité
6. Polypathologie	21. Habitus
7. Multimorbidité	22. Épisode de Soins-Épisode de Maladie
8. Comorbidité	23. Épisode de Changement
9. Chronique-Chronicité	24. Consultation-Séance-Contact
10. Récidive	25. Observance
11. Récurrence	26. Inertie thérapeutique
12. Rechute	27. Efficience
13. Recrudescence	28. Qualité de vie
14. Complication	29. Effet Domino
15. Rémission	

Ces 29 fiches sont présentées dans la partie Résultats.

# **RESULTATS**

## Fiche n°1 : **MALADIE**

### **Eléments de définition**

Étymologiquement le mot maladie vient du latin : « *male habitus* », en mauvais état. Selon la neuvième édition du dictionnaire de l'Académie française, ce mot trouverait son origine au XII<sup>ème</sup> siècle. La maladie est une « altération plus ou moins profonde et durable de la santé ; état d'une personne malade », mais aussi une « atteinte d'un ou de plusieurs organes, de leurs fonctions, qui se traduit par divers signes et symptômes ». Le Larousse quant à lui, définit la maladie comme une « altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome) ». Selon le TLFi, il s'agit d'une « altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution ».

Le dictionnaire de l'Académie de médecine introduit les trois termes anglais dans sa définition : *disease*, *illness*, *sickness*, altération des fonctions physiques ou mentales d'une personne à l'origine de souffrances. La notion de maladie varie selon les cultures, les religions, les morales et, dans une population, selon les époques. L'identification des maladies par les professionnels de la santé varie également selon l'évolution des connaissances scientifiques, des moyens d'observation, des critères retenus pour distinguer une maladie d'une autre, etc. Le terme de maladie, dans le langage médical courant, correspond à un ensemble de symptômes anormaux résultant d'une même cause plus ou moins connue. Son identification aboutit à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement approprié, adapté de façon globale aux attentes du patient, dans le respect de ses croyances et valeurs. Le terme de syndrome est souvent utilisé en lieu et place de maladie. Il s'agit d'un ensemble de symptômes et signes qui constituent une entité mais dont la cause n'est pas (encore) parfaitement identifiée (15).

### **Discussion**

Définir ce qu'est une maladie paraît un préalable indispensable à la description de la prise en charge du patient par le médecin. Philippe Cathébras, dans un article de

1997 soulignait que « La maladie est une catégorie naturelle, mais c'est aussi une construction sociale » (16). L'anthropologie médicale distingue trois réalités distinctes sous les trois termes désignant en effet la maladie en anglais. *Disease* pour les altérations biologiques (état de la maladie au sens biomédical), *illness* pour le vécu subjectif du malade (état de la maladie ressentie par la personne) et *sickness* pour le processus de socialisation des épisodes pathologiques (état social entraîné par la maladie). Cela correspond aux trois regards distincts du médecin, du malade et de la société. La maladie est ainsi multiple. Médecins et patients ont souvent de la maladie des perceptions différentes. La vision médicale résulte d'une culture : rationalité scientifique, connaissance d'entités pathologiques admises par la communauté internationale. Pour le médecin, la maladie est la réalité objective. Ainsi, la médecine a tendance à négliger le contexte socio-économique, la culture et la personnalité du patient, le sens personnel qu'il peut donner aux troubles, ou dans le meilleur des cas à le ranger dans le champ de la psychologie voire de la psychiatrie ! Le patient lui, ressent des symptômes, mais ne les décode pas avec la même grille que le médecin. Les symptômes font partie d'une expérience vécue, avant tout subjective, englobant réactions émotionnelles et modifications corporelles, construite généralement en interaction avec les proches et leurs représentations de la maladie, mais parfois conséquences des recherches par le patient lui-même sur sa maladie. Le patient donne un sens à son état de malade : « pourquoi ai-je mérité cela ? » ou dans d'autres cultures « qui me veut du mal ? ».

Maladie (*disease*) et expérience subjective de la maladie (*illness*) ne coïncident que partiellement. Il peut y avoir *illness* sans *disease* (somatisation) ou *disease* sans *illness* (anomalie biologique sans symptômes). Mais surtout la définition de la santé varie grandement selon les individus, les groupes culturels, les classes sociales. Chaque société édicte des normes sur le comportement que doit avoir « un bon malade » : le diabétique, s'il est un malade sérieux ira tous les ans chez le cardiologue, le diabétologue, l'ophtalmologue et n'oubliera pas de faire son HbA1C tous les trois mois. Qu'il ne se plaigne pas des complications qui surviendront s'il ne se soumet pas à ces injonctions. Chaque médecin joue lui-aussi un rôle important dans ce processus de socialisation de la maladie : il valide la plainte et légitime le statut de « malade ». Il en rajoute encore quand s'octroie la « fonction apostolique » si bien décrite par Balint (17) : il sait ce que le patient est en droit d'espérer, ce qu'il doit pouvoir supporter et fait en sorte de le convertir à sa foi. Le retentissement socio

culturel de la maladie peut survenir rapidement, en particulier pour les maladies chroniques.

Ces trois aspects de la maladie sont en adéquation avec la réalité des problèmes pris en charge par les médecins généralistes. Nous pouvons aller au-delà de ces perceptions. La notion de maladie varie en fonction des lieux (le SIDA ou la rougeole ne recouvrent pas les mêmes réalités en Afrique ou en Europe) et en fonction des époques. Le cancer existait déjà chez les romains mais il est peu mentionné, alors qu'il est devenu « La » maladie emblématique à combattre au XX<sup>e</sup> siècle. Qui voit encore des crises d'hystérie au début du XXI<sup>e</sup> siècle, alors qu'elles ont fait les délices descriptifs de Charcot cent ans plus tôt ?

Pour Georges Canguilhem (18) : « C'est d'abord le malade qui a constaté un jour que quelque chose n'allait pas ». Le TLFi parle pour la maladie « d'altération de l'état de santé » et il renvoie à la santé définie par l'OMS. Mais on peut dire aussi qu'il y a quelque chose d'altéré, qui fonctionne mal ; dans un minimum descriptif on pourrait dire qu'il y a un « dysfonctionnement de l'organisme ». Cela pourrait être une notion consensuelle. Partant de là, et en tenant compte de ces aspects multiples on pourrait dire que la maladie est « la perception selon le contexte ou l'environnement d'un dysfonctionnement de l'organisme ». Cette notion de perception, par nature subjective, reflète bien la variabilité de ce que peut être la maladie.

## **Proposition**

En médecine, dans l'intimité de la relation duelle, ce qui intéresse au premier chef le patient et le médecin, ce sont d'abord, *illness* et *disease*. *Sickness* concerne la place du malade et de la maladie, dans la société. Nous pourrions retenir la définition suivante : perception, par le patient (*illness*) ou le médecin (*disease*), selon le contexte social (*sickness*), culturel et l'état de la science, d'un dysfonctionnement physique ou psychique.

## Fiche n°2 : **PATHOLOGIE**

### **Eléments de définition**

Le mot pathologie vient du grec « *pathos* » : ce qu'on éprouve, souffrance et « *logos* » : discours, traité. On retrouve le terme pathologie dans la quatrième édition du dictionnaire de l'Académie française en 1792 comme « terme didactique ; cette partie de la Médecine qui apprend à *connoître* & à distinguer les maladies ». Le Larousse définit la pathologie comme : « l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes. Ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne ». La 9<sup>ème</sup> édition du dictionnaire de l'Académie française y voit en revanche deux définitions possibles. D'une part, la définition habituelle où le mot pathologie désigne une partie de la médecine traitant de la nature, des causes et symptômes des maladies. Elle regroupe ainsi la Pathologie générale, Pathologie externe, qui étudie les affections relevant de la chirurgie, par opposition à Pathologie interne, qui étudie celles qui relèvent d'un traitement médical, mais aussi : Pathologie pulmonaire, Pathologie mentale, Pathologie animale, végétale, Pathologie comparée. D'autre part, l'Académie française admet « pathologie » comme synonyme de « maladie », tout en le qualifiant d'extension impropre.

### **Discussion**

Les différents dictionnaires convergent vers la même définition de la pathologie, à savoir que ce mot se rapporte à la science qui a pour objet l'étude des maladies. La discussion porte sur l'extension de cette définition à l'usage fréquent mais détourné du mot pathologie en synonyme de maladie. Si l'on s'en tient à cette définition, aucun malade ne pourra donc avoir de « pathologie » de même que le ciel ne pourra avoir de « météorologie ». L'adjectif pathologique (qui concerne la pathologie, relatif à la pathologie) peut-il en revanche être acceptable ? Ainsi, dans la littérature, on retrouve l'adjectif pathologique au début du XX<sup>ème</sup> siècle : « Il admirait Christophe, comme un cas pathologique. Il savait ses idées sur la Révolution ; et il voulait l'arracher au danger stupide que Christophe courait pour une cause qui n'était pas la sienne » (19) ; ou encore, « plusieurs savants ont tenté de définir l'état pathologique qui rendait cette jeune fille apte à subir de fausses perceptions de l'ouïe et de la vue » (20).

Ainsi, nous devrions donc ne plus écrire des phrases du type « Ce patient présente une pathologie très grave » ou « Il s'agit d'un patient atteint d'une polyopathie ». Nous pourrions en revanche nous autoriser à accoler l'adjectif « pathologique » à un cas, un symptôme, un trouble, ou une situation clinique. Faut-il accepter les évolutions du langage ? Le langage populaire peut-il devenir vernaculaire ?

### **Proposition**

En médecine, la pathologie est la science qui a pour objet l'étude des maladies. Un abus de langage relativement récent et populaire consiste à faire du mot « pathologie » un synonyme du mot « maladie ». Cette évolution de sens, n'est pas retenue, pour le moment par l'Académie française, contrairement à l'Académie de médecine. Nous proposons, de rester au sens premier, celui de la science des maladies et de ne pas retenir la synonymie du mot maladie.

## Fiche n°3 : **DIAGNOSTIC**

### **Eléments de définition**

Etymologiquement ce mot vient du grec « *gnose* » : connaissance, et « *dia* » : en traversant, au travers, en divisant. C'est donc connaître « au travers de », le préfixe « *dia* » indiquant un processus, une traversée.

Le Littré définit le diagnostic comme un « Art de reconnaître les maladies par leurs symptômes et de les distinguer les unes des autres ». Cette notion d'art est aussi retrouvée dans d'autres définitions : « Art d'identifier une maladie d'après ses signes, ses symptômes », nous dit le TLFi. Il s'agit aussi d'identifier pour le Larousse le « Temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint ». C'est la notion de reconnaissance qui est utilisée par l'Académie française en 1832 « Partie de la médecine qui a pour objet de reconnaître, de distinguer les maladies ; ou l'action même de les reconnaître, de les distinguer ». Ce deuxième aspect de la définition est aussi retrouvé dans le TLFi : « Conclusion, généralement prospective, faisant suite à l'examen analytique d'une situation souvent jugée critique ou complexe ». Certaines définitions comme celle du dictionnaire de l'Académie française (9<sup>e</sup> édition) sont très générales « Identification d'une maladie chez un patient d'après l'étude des symptômes et des signes, les résultats de divers examens, etc. ». Y-est ajouté par analogie « Jugement porté sur une situation complexe ».

### **Discussion**

De toutes ces définitions, nous pouvons en tirer deux sens. Dans le premier cas, c'est une action, un processus intellectuel, une capacité, permettant d'organiser de façon pertinente des symptômes et des signes afin de prendre une décision. Il est qualifié d'art, peut-être en raison de l'existence de facteurs d'incertitude ou peut-être de la partie subjective de tout processus intellectuel, de sa complexité. Cette définition donne un caractère opérationnel au mot. Cela correspond à une réalité puisque l'on « fait » un diagnostic dans le but de prendre une décision. On pourrait en rapprocher le terme de « démarche décisionnelle ». Dans ce cas les deux termes sont-ils équivalents ou existe-t-il une différence ?

Cette première définition semble mieux correspondre à la réalité de ce que l'on fait. En effet, c'est ce processus qui nous permet de progresser dans la précision ou l'orientation du diagnostic (diagnostic clinique, radiologique, étiologique, situationnel etc.). Il correspond peut-être au mot *diagnose* (substantif, féminin) que Littré définit comme « Connaissance qui s'acquiert par l'observation des signes diagnostiques » et le TLFi comme « Connaissance que l'on peut avoir d'une maladie en observant les signes de celle-ci ; art du diagnostic » ?

Dans le second cas, c'est le résultat du processus d'analyse, d'organisation des symptômes et signes. C'est souvent comme cela qu'il est entendu et compris. C'est une définition plus statique, contemplative. Le mot *diagnostic* a ici la signification d'un descriptif complet, que l'on retrouve dans les « résultats de consultation » de la SFMG. Mais *diagnostic* serait-il alors synonyme de maladie ? Le *diagnostic* est la caractérisation nosologique, c'est un mot, un terme. Il n'est que médical. La maladie en revanche est « la perception, par le patient ou le médecin, selon le contexte social, culturel et l'état de la science, d'un dysfonctionnement ».

Les Allemands utilisent aussi le mot « *Diagnose* » pour *Diagnostic*. Mais ils utilisent aussi le mot « *Beratungsergebniss* » : réunion du verbe *Beraten*, délibérer, conférer, donner des conseils, qui a donné le mot *Beratung* (rencontre, consultation) et du mot *Ergebnis* (conclusion, résultat). Les Dictionnaires allemand-français traduisent le mot « *Beratungsergebnis* » par *Diagnostic*. La SFMG en a fait une traduction littérale, mot à mot : *Résultat de Consultation*. On y retrouve ainsi les deux sens.

## **Proposition**

Le mot *diagnostic* a donc deux sens, celui de l'action, du processus et celui du résultat, de la conclusion. Il y a le *diagnostic* au sens de démarche par une succession d'actions. « Faire » un *diagnostic* et le *diagnostic* au sens résultat de la démarche. « Avoir le *diagnostic* de » : Reconnaissance d'une maladie identifiée par ses caractères particuliers, tels que définis dans la nosologie.

- Dans son premier sens, celui de l'action, la limite vient du fait que le mot *diagnostic* se conjugue : *diagnostiquer*.

Les moyens utilisés évoluent dans le temps, le raisonnement reste le même mais les procédés techniques amènent des arguments complémentaires. La démarche peut donc se modifier sans pour autant modifier le *diagnostic* au sens nosologique.

- Dans le deuxième sens, celui de conclusion, le mot diagnostic nous semble quant à lui trop réducteur en premier recours, puisque nous ne faisons pas que des diagnostics. En revanche, nous pouvons considérer que nous caractérisons toujours la situation clinique qui se présente à nous, que ce soit par un diagnostic de maladie ou un résultat de consultation.

## Fiche n°4 : **MORBIDITE**

### **Eléments de définition**

Étymologiquement le mot morbidité vient du latin « *morbus* » qui signifie maladie, désordre physique, malaise général. Selon la neuvième édition du dictionnaire de l'Académie française, ce mot trouverait son origine au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il aurait deux définitions. La première « état d'un individu malade. Taux de morbidité, nombre de personnes atteintes par une maladie, rapporté à une population donnée, durant une période déterminée » ; la seconde, « caractère de ce qui est morbide, malsain ». Le TLFi, propose lui trois sens possibles. Le premier, « état de maladie, déséquilibre psychique ou mental plus ou moins profond ». Le second, « ensemble des causes ou des conditions pouvant exposer un individu (ou un groupe d'individus) à la maladie ». Le troisième, « caractère morbide, pervers d'une œuvre (littéraire, artistique) qui flatte des goûts malsains ».

Le dictionnaire de l'Académie de médecine, a retenu deux définitions. L'une, « état d'un individu ou d'une population jugée, subjectivement ou objectivement, comme n'étant pas celui de bien-être physiologique et/ou psychologique ». L'autre, « fréquence d'une maladie chez un individu ou un groupe d'individus exprimée en terme de prévalence par rapport à une population ou en terme d'incidence dans un temps donné, ordinairement un an ». Cette deuxième définition est reprise par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) « La morbidité associée à une maladie correspond au nombre de personnes atteintes par cette maladie pendant un temps donné, en général une année. L'incidence (nombre de nouveaux cas apparu pendant la période considérée) et la prévalence (la somme de tous les cas en un instant donné) sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie ».

Notons la précision de Catherine Sermet, sur les différentes composantes de la morbidité (21). Il faut distinguer la morbidité diagnostiquée ; de la morbidité ressentie ; dont un sous-ensemble constitué la morbidité déclarée ; et la morbidité infra-clinique. L'ensemble constituant la morbidité réelle, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non (Figure n°2).

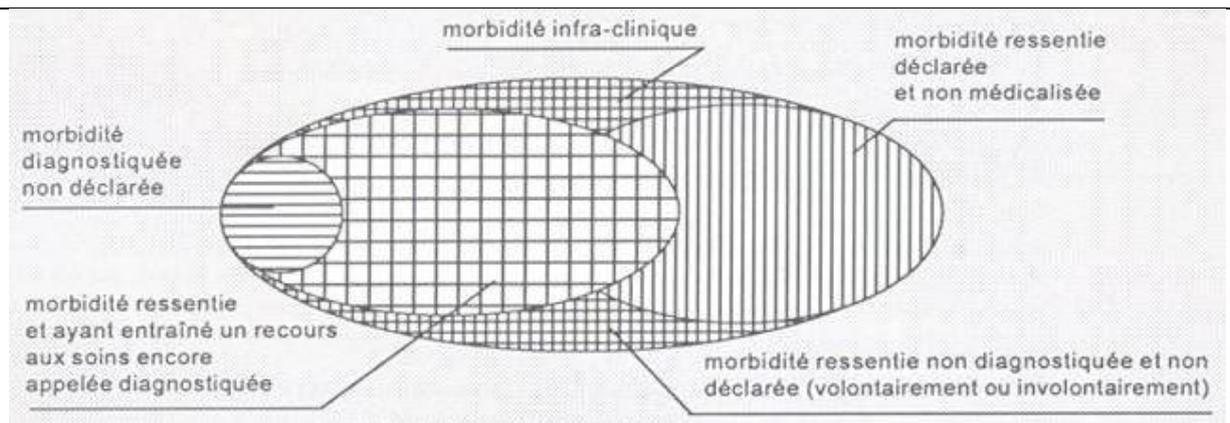


Figure n°2 : Les différentes composantes de la morbidité réelle

## Discussion

Des diverses définitions du mot morbide on retient deux sens. Le premier comme synonyme de maladie. C'est le cas en Allemagne où il est rattaché à la personne qui a donné son nom à la maladie : « *morbus Crohn* », « *morbus Basedow* », « *morbus Paget* ». Cependant on peut noter un côté plus savant, un peu « moliéresque ». Une « morbidité malative » deviendrait ainsi un pléonasme. Mais la morbidité a un caractère plus globalisant que la maladie, c'est l'ensemble des problèmes de santé (maladies, facteurs de risque...) d'un individu ou d'une population. L'OMS parle de charge mondiale de morbidité, donnant une image complète de l'état de santé mondial, en utilisant les années de vie corrigées de l'incapacité (*Disability Adjusted Life Years, DALY*) : évaluation qui combine les années perdues du fait d'une mortalité prématurée et celles qui le sont du fait des années vécues sans être en bonne santé.

Ce second sens, se rapproche plus de la définition épidémiologique, un mélange d'incidence et de prévalence. Il désigne alors l'ensemble des maladies dont un patient souffre actuellement, et c'est alors un synonyme pour « état de santé », ou a souffert dans le passé, et on peut l'assimiler aux « antécédents médicaux ».

On est donc amené à considérer deux types de mesures de la morbidité :

- La morbidité prévalente : le nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide, existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens.

- La morbidité incidente : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée (22).

Enfin, on note un caractère péjoratif au mot morbide. Au lit du patient, ça ne sent pas bon quand c'est morbide. Dans notre pratique, quand utiliserions-nous ce mot ?

### **Proposition**

La morbidité, c'est la maladie anonymisée. La morbidité a un caractère plus globalisant, c'est l'ensemble des problèmes de santé (maladies, facteurs de risque...) d'un individu ou d'une population. Le problème commence dès qu'on évoque la... comorbidité.

## Fiche n°5 : **TROUBLE**

### **Eléments de définition**

Etymologiquement le mot trouble vient avec métathèse du « r » du latin *turbula* qui signifie petite foule, dérivé de *turba* qui signifie foule, tourbe. Le mot trouble possède différents sens et donc différentes définitions. Le Larousse en retient cinq. Un trouble peut être un « état d'agitation, d'inquiétude, de confusion ou d'émotion dans lequel se trouve quelqu'un (Son trouble était visible, il était tout rouge) ». Il peut aussi être une « altération des rapports entre les personnes ; état d'agitation, de désarroi (Cela jeta le trouble dans la famille) ». Dans certains cas, il est défini pour un domaine précis. Ainsi son sens littéraire est « émotion de l'amour » alors que d'un point de vue juridique c'est « l'action d'inquiéter un possesseur dans la jouissance d'un bien, par un acte matériel (trouble de fait) ou par la revendication juridique d'un droit (trouble de droit) ». Enfin, la cinquième définition est celle qui nous intéresse dans le lexique médical « perturbation dans l'accomplissement d'une fonction physique ou psychique, pouvant se manifester au niveau d'un appareil, d'un organe, d'un tissu : troubles respiratoires, troubles de la personnalité ». Cette définition est assez proche de celle du TLFi « Dérèglement d'ordre physiologique ou psychique qui entraîne des perturbations dans le fonctionnement normal du corps humain ». Cependant, elle est complétée par une deuxième définition « état d'égarement, de confusion, d'angoisse qui altère le fonctionnement normal des facultés mentales ». Le dictionnaire de l'Académie de médecine en fait un synonyme du mot symptôme : « déficience d'une fonction dont une personne a sujet de se plaindre, compte tenu de ses manifestations : douleur, gêne à l'accomplissement de gestes ou de fonctions usuels, etc. ». La notion de trouble est essentiellement subjective, elle vise plus une fonction que l'anatomie (une amputation n'est pas un trouble) ; elle est à l'origine de la plupart des appels au médecin. Le trouble s'oppose au signe qui est objectif.

### **Discussion**

« Celui qui est sans trouble n'est à charge ni à lui-même, ni aux autres » écrivait Epicure. Dans le domaine médical en général, le mot « trouble » est utilisé de plus en plus souvent : troubles de santé, trouble de l'éjaculation, troubles du rythme, troubles musculo-squelettiques... La palme revient sans doute au trouble dysphorique

préménstruel qui désigne les troubles de l'humeur du « syndrome » préménstruel... Si nous reprenons la définition de l'Académie de médecine, elle le présente comme une notion essentiellement subjective. Elle définit pourtant aussi les troubles du rythme cardiaque, comme anomalies pathologiques des battements cardiaques. Cela devient gênant pour un patient qui présenterait une Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire (AC/FA) asymptomatique. Il aurait ainsi un trouble sans rien ressentir. Serait-ce l'exception qui confirme la règle ?

Le trouble peut être annonciateur de la maladie, et va s'aggraver, on peut parler alors d'entropie (en physique : fonction définissant l'état de désordre d'un système, croissante lorsque celui-ci évolue vers un autre état de désordre accru). Mais il peut aussi régresser voir disparaître. Le Résultat de Consultation® (RC) HUMEUR DÉPRESSIVE, est-il un trouble au regard de la dépression. Le mot trouble est de plus en plus souvent utilisé sous tous ses sens, sans distinction. Serait-ce une manière de cacher pudiquement l'incertitude diagnostique (23) ?

Dans le domaine psychique le « trouble mental » prend progressivement le pas sur la « maladie mentale ». Cela peut s'expliquer du fait que la maladie fait directement référence à la médicalisation, aux médecins, aux médicaments et beaucoup rejettent ce lien immédiat. C'est pour cela qu'on lui préfère le terme de trouble mental. Il implique « l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements cliniquement reconnaissables associés dans la plupart des cas à la détresse et à la perturbation des fonctions personnelles ». Cependant, la définition précise que « la déviance ou le conflit social seul, sans dysfonctionnement personnel, ne doit pas être inclus dans les troubles mentaux ». Peut-on mettre sur le même niveau la déficience intellectuelle et la toxicomanie ?

L'emploi du mot trouble est-il une façon de rendre la maladie « anonyme » ? Les troubles deviennent ainsi de pures abstractions déshumanisées. Cette classification est envahie par le « politiquement correct ». L'homosexualité a été retirée des catégories diagnostiques à la suite d'un vote. Imagine-t-on pareille aventure survenir au cancer de l'estomac ? Le vocabulaire s'édulcore : les perversions sont devenues des paraphilies. Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM10) les pédophiles présentent un « trouble de la préférence sexuelle ». Nos anciens classaient la « folie » et les « fous » en catégories : les fous furieux (ou « fous à lier»), les fous tranquilles (à enfermer sans les attacher), les extravagants (à

surveiller constamment), les insensés (à conduire comme des enfants) et les fous en démence (ayant besoin de soins physiques) (24).

L'utilisation du mot trouble est-il une façon de désigner un dysfonctionnement sans se préoccuper de sa (ou de ses) causes ? Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) est dit athéorique et descriptif (25). Athéorique parce qu'il ne se positionne pas à l'égard des différentes théories étiologiques ; descriptif, à l'inverse, parce que son but est de décrire le plus précisément possible les symptômes. « Le trouble mental est un syndrome ou un ensemble cliniquement significatif, comportemental ou psychologique, survenant chez un individu et typiquement associé à un symptôme de douleur (détresse) ou à un handicap dans l'un au moins des principaux domaines du fonctionnement (incapacité) ». Le mot « maladie » est ainsi remplacé par le mot « trouble » (*disorder* des anglo-saxons). Quelle différence entre « souffrance psychique », « troubles psychiques » et « maladie psychique » ? « Troubles psychiques » : comportements relationnels inadéquats, inquiétant l'entourage et révélateurs d'une souffrance psychique chez la personne. Cela pourra concerner les sphères relationnelles familiales, professionnelles, de voisinage... ou dans la relation que la personne entretient avec elle-même. Ce sont ces troubles psychiques qui alertent les proches puis, par leur intermédiaire, font intervenir les services de santé. « Maladie psychique » : un diagnostic a été posé. La personne est malade, elle a besoin de soins, c'est à dire de l'aide des professionnels pour moins souffrir. Les troubles psychiques ont inquiété l'entourage, un signalement a été fait auprès des services médico-sociaux. La personne arrive au centre de crise ou aux urgences (via la police ou les pompiers, sur l'intervention d'une assistante sociale, d'un médecin traitant ou d'un membre de la famille... à moins que la personne ait fait la démarche elle-même, seule ou accompagnée).

## **Proposition**

Difficile de replacer ce mot entre les autres mots voisins : maladie, diagnostic, morbidité, pathologie. Ce mot serait plus proche de morbidité que du mot maladie et ne serait pas diagnostic, car il n'implique pas des étiologies identifiées. Mais morbidité « c'est l'ensemble des problèmes de santé (maladies, facteurs de risque...) d'un individu ou d'une population ». Trouble, serait un regroupement de symptômes

et signes (parfois isolé), sans visage, indépendamment du contexte du patient, groupe de patient, population. Ou alors, on envisage le mot autrement sur le versant plainte, du patient « déficience d'une fonction dont une personne a sujet de se plaindre ». Le trouble, serait-ce que ressent le patient et la plainte ce qu'il exprime (Figure n°3).



**Figure n° 3 : Place du mot "trouble" par rapports aux mots de sens voisins**

Il y pourrait donc avoir un trouble ressenti par le patient, pouvant l'amener à se plaindre et consulter un médecin qui en ferait un diagnostic. Ce trouble deviendrait ainsi, au regard des deux protagonistes, par une médiation symbolique, une... maladie !

## Fiche n°6 : **POLYPATHOLOGIE**

### **Eléments de définition**

D'un point de vue étymologique, le préfixe « poly » vient du grec ancien *πολύς, πολús* « beaucoup ». Il n'existe cependant aucune définition pour le mot polypathologie. Le terme de « polypathologie » est un néologisme issu d'une dérive du langage, sans signification logique (26). Pourtant c'est un mot familier des médecins et très usité. La HAS a d'ailleurs réalisé une fiche pour guider la prise en charge d'une personne âgée polypathologique (27). La polypathologie y est définie pour un patient ayant au moins trois pathologies chroniques.

### **Discussion**

Une des fiches du Manuel théorique de médecine générale est intitulée « gestion des polypathologies » (28). Il n'y est pas fait mention d'une définition, le terme n'existant pas dans les dictionnaires, mais il est couramment utilisé pour parler du cumul de maladies. On parle souvent de polypathologie dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies. Mais au-delà les patients polypathologiques sont des patients présentant soit de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit plusieurs maladies chroniques (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), ou bien les deux.

Dans une étude de 1994, « La polypathologie, bien qu'étant un néologisme, est définie comme une association d'affections au long cours présentes chez un même individu, nécessitant une prise en charge et un suivi régulier et prolongé. On parle de polypathologie dès qu'un individu cumule au moins deux pathologies » (29).

Certains auteurs ont essayé d'introduire une notion de complexité et évoquent « l'association d'affections au long cours nécessitant un suivi médical régulier et prolongé. Des événements intercurrents sont possibles, provisoires ou définitifs. La polypathologie diffère d'une simple juxtaposition de plusieurs symptômes ou maladies pris individuellement » (30).

Doit-on ou non utiliser ce néologisme que nous évoquons si facilement ? Si on admet que le mot pathologie a le sens de maladie, les mots polypathologie et poly (ou pluri)

morbidité, pourraient être employés indifféremment selon notre humeur pour des patients ayant au moins deux maladies.

### **Proposition**

Doit-on prendre en compte la dérive de langage ? Si nous nous référons à notre synthèse sur le mot pathologie, nous ne pouvons pas retenir le mot polypathologie pour exprimer le suivi de plusieurs maladies. La virologie est l'étude (ou la science) des virus, mais dirait-on qu'un malade présentant plusieurs maladies d'origine virale est atteint de polyvirologie ? On pourrait sans doute admettre qu'un malade soit « polypathologique », mais il nous paraît que le mot « multimorbidité » devrait définitivement remplacer la « polypathologie » dans le langage médical.

## Fiche n°7 : **MULTIMORBIDITE**

### **Eléments de définition**

Nous avons expliqué pourquoi nous ne pouvions pas retenir le mot polypathologie. La situation n'est pas pour autant facile quant au mot « multimorbidité ». Doit-on parler de polymorbidité, de plurimorbidité ou de multimorbidité ?

L'expression polymorbidité semble exclue puisqu'elle reviendrait à associer une racine grecque à une latine et ce n'est pas l'usage.

Pour les deux autres préfixes : « pluri » c'est plusieurs et « multi » c'est multiple. Ce ne serait, à priori, qu'une question de quantité : deux disciplines c'est au moins pluridisciplinaire ; à partir de trois cela deviendrait multidisciplinaire. Il semblerait cependant que pluridisciplinaire fasse apparaître ce que chaque discipline apporte à un projet commun (c'est l'esprit sous-tendu dans le concept de Maison de santé pluridisciplinaire). Alors que multidisciplinaire ne serait que la juxtaposition de plusieurs disciplines, mais sans nécessaire projet commun.

La différence qui existe entre une multi-franchise et une pluri-franchise réside principalement dans la fidélité à une enseigne lorsqu'on envisage de se développer.

L'exemple du multiculturel et du pluriculturel est intéressant. Le multiculturel relèverait du simple constat de la coexistence de plusieurs cultures dans une société ; quand le pluriculturel contiendrait l'idée d'une convergence : « qui s'inspire de plusieurs cultures » nous disent plusieurs dictionnaires, dont le TLFi.

Dans notre domaine le mot « multimorbidité » serait donc à privilégier : plusieurs maladies chez un même malade, mais si l'on peut dire, sans projet commun ni convergence entre elles (ce qui s'opposerait non pas à la plurimorbidité, mais pour notre sujet à la comorbidité).

### **Discussion**

Les dictionnaires définissent la morbidité comme « la somme des maladies qui ont frappé un individu ou un groupe d'individus dans un temps donné ». Cette définition simple aurait notre préférence, mais alors multimorbidité deviendrait-il un pléonasme ? Pourtant le suffixe « ité » sert à former un nom indiquant une caractéristique, à partir d'un adjectif (ici morbide) : la morbidité est la caractéristique

de celui qui est atteint de maladie. Dès lors, s'il est atteint de plusieurs maladies, il pourrait bien être atteint de multimorbidité ! L'OMS définit la multimorbidité comme « l'association d'au moins deux conditions médicales chroniques chez un même individu ». *L'European General Practice Research Network (EGPRN)* la définit comme « toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque somatique ». C'est certainement cette dernière définition qui pourrait être retenue.

A la vue des synthèses sur les mots pathologie et morbidité, pluri, poly et multi, on peut se demander en effet si le mot multimorbidité n'aurait pas un caractère plus globalisant, c'est l'ensemble des problèmes de santé (maladies, facteurs de risque...) d'un individu ou d'une population.

La multimorbidité va avoir une place de plus en plus importante dans l'avenir. Phénomène d'apparition récente, elle représente environ 50% des consultations de médecine générale. Toutes les projections prévoient une forte augmentation de sa prévalence. Elle a dès maintenant un retentissement important pour les patients, les médecins et le système de santé.

## **Proposition**

Nous opterions donc pour le mot multimorbidité, en sachant qu'il ne sera pas facile de lutter contre l'expression hérétique « polypathologie » et qu'ainsi, la nuance entre plurimorbidité et multimorbidité passe au second plan.

La définition qu'en fait l'EGPRN nous semble convenir : « toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie (aiguë ou chronique) ou un facteur biopsychosocial (associé ou non) ou un facteur de risque ».

## Fiche n°8 : **COMORBIDITE**

### **Eléments de définition**

Ce mot est composé de l'association du préfixe « co » et de morbidité. C'est pour le Littré une variation du latin *cum*, signifiant avec (réunion, adjonction, simultanéité). D'après le Larousse, la comorbidité est une « association de deux maladies, psychiques ou physiques, fréquemment observée dans la population (sans causalité établie, contrairement aux complications). L'obésité et l'arthrose de la hanche présentent une comorbidité ». Pour le dictionnaire de l'Académie de médecine, « La comorbidité se caractérise par l'existence d'une maladie principale dite primaire ou index, associée à de multiples et spécifiques conditions cliniques ». Il y aurait ainsi une notion de hiérarchie entre les maladies. C'est aussi le cas pour le dictionnaire médical : « La comorbidité désigne, en premier lieu, des troubles ou des affections associés à la maladie dont il est question, que l'on appelle le diagnostic principal. Par exemple, un patient est hospitalisé en urgence pour une cholécystite, qui est le diagnostic principal, du moins pour cette occasion ; s'il est diabétique, coronarien et hypertendu, ces trois affections sont des comorbidités. Mais si, lors de la même hospitalisation, le patient décompense son diabète, c'est ce problème qui deviendra le diagnostic principal, et la cholécystite une comorbidité ».

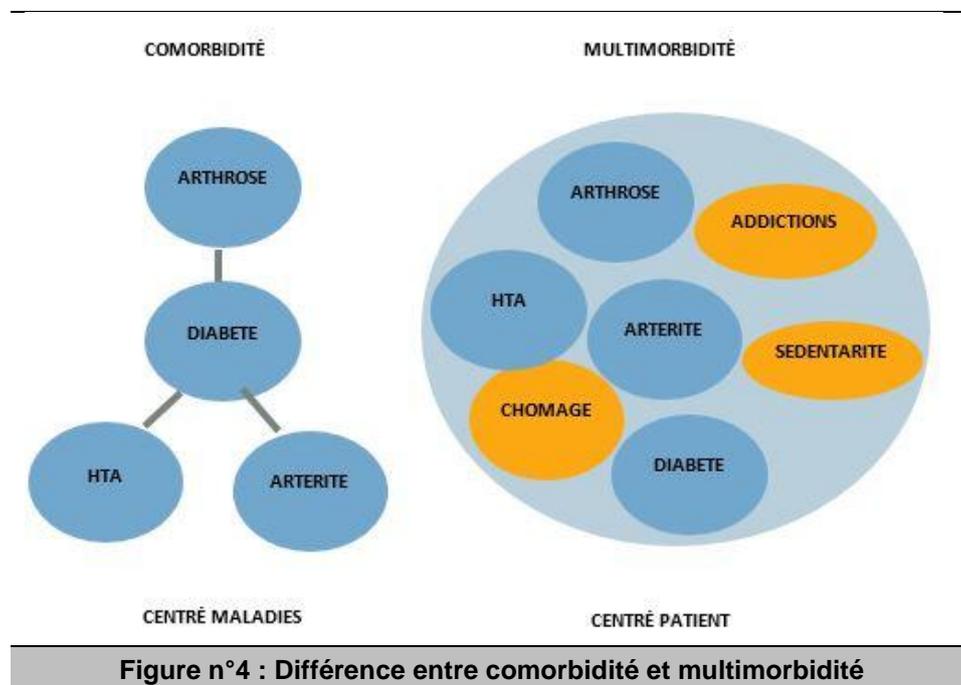
Comorbidité peut aussi s'employer à la place du terme antécédent. Dans l'exemple du diabète, la coronaropathie et l'hypertension sont des antécédents, retrouvés à l'anamnèse. En psychiatrie, le sens est différent. La comorbidité désigne la présence simultanée de plusieurs affections psychiatriques, empêchant de ne retenir qu'un seul diagnostic. A noter que l'on n'emploie pas l'adjectif « comorbide », contrairement à « morbide ». Au singulier, le terme de comorbidité est plutôt générique, et fait référence au fait de souffrir de plusieurs maladies en même temps. Au pluriel, il désigne l'ensemble précis de ces affections associées.

### **Discussion**

Dans le prolongement de la discussion à propos du mot morbidité, le terme comorbidité semble être inapproprié puisque la morbidité est déjà un ensemble de maladie. Ce serait une dérive ou un abus de langage. Le terme « comorbidité » paraît plus élégant phonétiquement que le terme « comaladie ». Comorbidité et

multimorbidité sembleraient avoir un sens différent ? L'association obésité-coxarthrose serait plus une comorbidité qu'une multimorbidité. Cependant, Boyd et Fortin en 2010 décrivent la comorbidité comme l'existence simultanée de deux conditions chroniques ou plus, où l'une ne prédomine pas nécessairement sur l'autre (31). La synthèse de la fiche n°4 définissait la morbidité comme un « ensemble des problèmes de santé (maladies, facteurs de risque...) d'un individu ou d'une population ». Par conséquent, avec le préfixe « co », cela désignerait ce qui accompagne les problèmes de santé ? Cela ne se limiterait donc pas forcément à une autre maladie, mais aussi un environnement, un groupe de population.

Le terme comorbidité est issu d'un regard médico-médical, focalisé sur une maladie princeps. Il sous-entend l'association de plusieurs troubles de santé se manifestant en même temps qu'un problème de santé principal, ces troubles pouvant influencer sur l'évolution et le traitement de la maladie de référence. La multimorbidité quant à elle, est un concept plus systémique centré sur le patient et ses aidants. Elle prend en compte les interactions des problèmes de santé entre eux, avec l'environnement et leur retentissement sur la vie du patient (Figure n°4) (32, 33).



**Figure n°4 : Différence entre comorbidité et multimorbidité**

## **Proposition**

La comorbidité désigne plusieurs maladies ou facteurs de risques interférant avec une maladie primaire. Elle implique le retentissement d'une maladie sur une autre, ce qui n'est pas nécessaire pour la multimorbidité. La multimorbidité, n'implique pas forcément la comorbidité.

## Fiche n°09 : **CHRONIQUE – CHRONICITE**

### **Eléments de définition**

Les dictionnaires convergent tous vers la même définition. Celle du Larousse est simple : « caractère d'un phénomène, d'une maladie chronique ». Le mot chronique ayant pour définition « qui dure, persiste ». L'étymologie du mot est-elle grecque ou latine ou les deux ? Chronos était, dans la mythologie grecque la divinité du temps. En latin, *chronicus* désigne ce qui a trait à la chronologie (chronique historique par exemple), mais aussi la chronicité concernant les maladies (*Chronici morbi*, malaises chroniques). *Chronicus* est lui-même dérivé du grec *khronos* : « temps ». La définition du TLFi est [en parlant d'une maladie] : « dont les symptômes apparaissent lentement, qui dure longtemps et s'installe parfois définitivement » ; et pour chronicité « caractère d'une maladie chronique ». Pour le dictionnaire de l'Académie de médecine, la chronicité est uniquement rattachée aux maladies mentales : « chronicité des maladies mentales, caractère d'une maladie mentale qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phases aiguës ou rémissions, entraînant à la longue une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques. Il peut s'agir de névroses ou d'états dépressifs, mais avant tout de psychoses au long cours ». Associé au mot maladie, « maladie chronique » est une « maladie au long cours, à début généralement insidieux ou succédant à une maladie aiguë. La disparition dans les pays développés de la plupart des maladies infectieuses ainsi que le vieillissement de la population ont augmenté la proportion des maladies chroniques. Leur histoire naturelle peut se prolonger sans diminuer l'espérance de vie de la personne et explique dans le fonctionnement des établissements de soins, la fréquence des hospitalisations ». Enfin dans sa neuvième édition l'Académie française souligne qu'il s'agit d'une maladie « qui dure longtemps et évolue lentement ».

### **Discussion**

Plusieurs autorités médicales se sont préoccupées des maladies chroniques. L'OMS en 2003, insistait surtout sur la durée de ces maladies. Il s'agit de « problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge continue pendant des années, voire des décennies ». Avant de compléter en 2005, « Les maladies chroniques se

caractérisent au-delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade ». Le patient va essayer de vivre au mieux avec son (ou ses) problème(s) médical(ux) et ces difficultés. Ses priorités ne seront pas toujours médicales. Nous devons donc en tenir compte dans la prise en charge de la maladie chronique, pour préserver la « qualité de vie », sa santé et le tout reste. Cela ouvre sur des compromis.

Parler de chronicité reviendrait-il à faire le deuil de la guérison ? En 2004, l'Ecole Nationale de Santé Publique se préoccupe aussi des maladies chroniques. Ainsi, « La maladie chronique est une affection généralement incurable qui se développe lentement mais qui dure dans le temps et qui est constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phases aiguës (crises) et phases de stabilisation ou d'évolution de la maladie au long cours ». Par conséquent, « considérées dans cette perspective, les maladies chroniques recouvrent une catégorie extrêmement vaste de problèmes de santé pouvant paraître à première vue très disparate. Ainsi, les maladies transmissibles et non transmissibles persistantes, les troubles mentaux de longue durée et les handicaps physiques acquis, bien que différents, s'inscrivent tous dans cette catégorie ».

Dans son plan 2007-2011, « pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques », la Direction Générale de la Santé (DGS) retient le nombre de 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques en France en 2007, ce qui représenterait environ 20 % de la population !

La HAS s'y est penchée en 2013 et a édité plusieurs guides avec synthèses déclinant neuf pathologies chroniques (diabète, Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), maladie coronarienne, etc.), ainsi qu'un guide porté sur l'annonce et l'accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Son objectif était de proposer des outils au service de la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge dans deux dimensions essentielles qui sont la mise en œuvre mieux coordonnée des bonnes pratiques professionnelles et la facilitation du parcours de soins des malades, notamment pour leur suivi.

Avec le développement de la médecine prédictive et préventive où se situe la limite entre « bonne santé » et « maladie chronique » ? Les patients hyperlipidémiques, hyperglycémiques chroniques, dits « pré-diabétiques », avec une glycémie à jeun entre 1.10 et 1.26 g/L, les porteurs d'un facteur génétique prédisposant que l'on va surveiller périodiquement sont-ils des malades chroniques ? L'image que l'on va projeter sur eux à travers notre comportement et le suivi que l'on va mettre en place, vont retentir sur l'image qu'ils vont avoir d'eux-mêmes et sur leurs comportements de santé entre autres. Nous sommes dans un domaine frontière entre le normal et le pathologique, décrit au moins depuis Canguilhem et ce sont des situations fréquentes.

Plus récemment on commence à voir apparaître la notion d'évolution, d'épisodes aigus, de récurrence ou de rémission... La différence entre ces diverses notions n'est pas toujours aisée. Celle de « chronicité » avait été étudiée par Pascal Clerc en 2005 (34), qui a essayé de savoir quels résultats de consultation pouvaient être qualifiés de « chronique » en opposition à ceux qualifiés d'aigus. Il avait recherché certains indicateurs : nombre de séances au cours de trois années, rapport entre nouveau cas et cas persistant... qu'il avait croisés avec l'avis d'expert quand la conclusion était difficile. Il en ressort que, la séparation entre entité aiguë et chronique n'est pas aussi étanche qu'on l'imaginerait. Certes, une angine est aiguë et un diabète chronique, mais qu'en est-il d'une lombalgie ? D'aiguë elle devient régulièrement chronique. Et l'asthme ? Chronique dira-t-on sans hésiter. L'analyse de la pratique montre pourtant qu'il est souvent pris en charge comme un trouble aigu (35). Force est de constater que le suivi d'un asthme est plus distendu que celui d'un diabète.

La notion de chronique n'est donc pas si aisée qu'il n'y paraît. Parle-t-on du temps d'évolution de la maladie ou du temps de sa prise en charge médicale ? Les deux durées peuvent être bien différentes. De plus, la chronicité semble parfois inclure les « récurrences » (on pense à l'asthme ou à l'eczéma) ou les « rechutes ». Qu'en est-il de la rémission partielle ou totale, ou des séquelles ? Le cancer n'est-il pas encore aujourd'hui considéré comme une maladie chronique (36) ?

En conclusion, le mot « chronique » développé dans le Manuel théorique de médecine générale (5), recouvre des affections très différentes dans la pratique médicale du point de vue de la sévérité et de l'issue de la maladie, de la rapidité de son évolution, de ses manifestations cliniques ou biologiques (cancer, arthrose, eczéma, dyslipidémie...). Trois critères sont très souvent retrouvés pour définir la

chronicité : la durée de la maladie (qu'elle soit stable ou non, sévère ou bénigne, qu'elle se manifeste par des épisodes aigus ou non), sa gestion médicale dans le temps et sa répercussion sur la qualité de vie des malades.

### **Proposition**

Chronique c'est ce que le médecin n'oublie jamais. Le patient lui a le droit à l'oubli, au moins dans sa vie publique. Est maladie chronique, toute maladie qui reste une préoccupation pour le médecin, même si l'épisode peut être fermé. En médecine, une maladie est dite chronique lorsqu'elle persiste et dure : « La maladie chronique est une affection incurable qui dure dans le temps et qui est constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phases aiguës et phases de stabilisation, de rémission ou d'évolution progressive ».

Afin de clarifier cette définition, il paraît important de définir aussi les mots récurrence, rechute, récurrence, recrudescence, complication, rémission, poussée.

## Fiche n°10 : **RECIDIVE**

### **Eléments de définition**

Du latin *recidivus*, sujet à retomber, de *re*, et *cadere*, tomber. En fonction du contexte ce mot peut avoir plusieurs sens. Ainsi selon le TLFi, en terme de droit il s'agit du « fait de commettre, après une condamnation définitive, une nouvelle infraction; état d'un délinquant qui a commis une nouvelle infraction » ; alors qu'utilisé en médecine cela correspond à la « réapparition d'une affection (surtout infectieuse) plus ou moins longtemps après sa guérison. Récidive du cancer, d'une phlébite, d'une tumeur, de la variole ; craindre, redouter une récidive. À l'opposé de la rechute, la récidive est due à un nouveau contact infectieux. Cette distinction ne s'applique qu'aux processus microbiens. Dans les cas de tumeurs malignes les récidives sont de nouvelles manifestations du même processus initial ». La notion de guérison est plus importants pour la caractériser d'après le Larousse : « réapparition d'une maladie qui était complètement guérie (à la différence de la rechute), par exemple à cause d'une nouvelle contamination par un micro-organisme ». Cela est en revanche moins précis dans la définition de l'Académie de médecine : « réapparition des signes cliniques d'une maladie, après une période plus ou moins longue de guérison apparente ». Il en est de même pour l'Académie française : « réapparition d'une maladie après une guérison en apparence complète et au bout d'un laps de temps quelquefois fort long ».

### **Discussion**

La notion de « guérison en apparence complète » jette un peu le trouble. Il n'est pas toujours aisé de différencier récidive de ces autres mots. L'office québécois de la langue française, en 2000, précisait qu'il ne faut pas confondre les termes rechute, récidive, récurrence et recrudescence. La **rechute**, dont l'équivalent anglais est *relapse*, désigne le retour des symptômes d'une maladie pendant la période de convalescence, c'est-à-dire avant d'avoir recouvré complètement la santé. Elle apparaît plus tôt que la récurrence. La **récidive** est la réapparition d'une maladie après une période de santé complète. Le terme récidive est rendu en anglais par récurrence. Enfin, la **recrudescence**, dont l'équivalent anglais est *recrudescence*,

est la reprise des symptômes d'une maladie après une rémission temporaire, sans qu'il y ait eu convalescence.

On remarque aussi que la récurrence semble s'appliquer aussi facilement à une maladie qu'à un symptôme ou un syndrome. Par exemple, un malaise avec perte de connaissance pourra « récidiver » plusieurs fois avant d'identifier son origine liée à un rythme cardiaque. Mais alors, ne s'agit-il pas plus d'une rechute plutôt que d'une récurrence ?

### **Proposition**

Nous avons donc décidé de retenir la définition suivante : « la récurrence se caractérise par la réapparition d'une maladie dont un sujet déjà atteint avait complètement guéri ».

## Fiche n°11 : **RECURRENCE**

### **Eléments de définition**

Le mot récurrence vient pour le Littré, du latin *recurrentem*, de *recurrere*, courir en arrière. Pour le Larousse, la récurrence est le « caractère de ce qui est récurrent ; répétition d'un phénomène ». Selon le TLFi, il y a deux sens possible dans le domaine médical. D'une part, « l'état, caractère de ce qui est récurrent, de ce qui revient en arrière », exemple du nerf récurrent laryngé, et d'autre part, ce qui nous intéresse ici, le « caractère récurrent, reprise d'une maladie infectieuse. ». Selon l'Académie de médecine, les mots récurrence et récidive sont associés sur la même page. La récurrence est la « reprise évolutive d'une maladie infectieuse après guérison apparente de celle-ci, en l'absence de toute réinfection ». Selon le Robert, il s'agit de la « reprise d'une maladie infectieuse due au réveil du pouvoir pathogène de germes déjà présents dans l'organisme (distinct de rechute et récidive) ».

### **Discussion**

La récurrence semble sous-entendre des récidives périodiques de fréquence variable. C'est le cas de la borréliose ou fièvre récurrente à tique ou à poux. « Après une incubation silencieuse de 3 à 20 jours (moyenne : 7 jours), la maladie débute par un frisson suivi d'une brusque poussée fébrile à 40°C et au-delà (...). Après une période de fièvre de quelques jours (1 à 14 jours, 3 jours en moyenne), l'accès se termine par une chute thermique rapide, des crises urinaire et sudorale et une chute tensionnelle. Suit une période d'apyrexie de 5 à 14 jours (moyenne : 7 jours, extrême : 1 à 63 jours) au cours de laquelle le patient continue à se sentir mal. En l'absence de traitement, plusieurs récurrences surviennent (1 à 18). La maladie a tendance à perdre sa virulence au cours des récurrences, mais ce n'est pas une règle absolue » (37).

La notion de réapparition des signes de la maladie sous-entend que celle-ci était toujours présente, d'où la notion de guérison apparente.

Enfin, plusieurs définitions insistent sur l'absence de nouvelle exposition à l'agent contaminant. Ainsi dans le Garnier-Delamare, la récurrence apparaît sans qu'il n'y ait eu de nouvelle infection. Pour l'Office québécois de la langue française, il ne doit pas y avoir eu de nouveau contact pathogène.

## **Proposition**

Nous avons choisi de retenir la définition suivante : la récurrence est la réapparition des signes cliniques d'une maladie, après une période plus ou moins longue d'amélioration temporaire ou de guérison apparente. La récurrence sous-entend une notion sinon cyclique, au moins de réapparition par intervalles.

## Fiche n°12 : **RECHUTE**

### **Eléments de définition**

Pour le Larousse, le terme rechute possède plusieurs sens. Le premier est « l'action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude », exemple du patient dépendant à l'alcool qui consomme de nouveau. Le second qui nous intéresse plus ici, est la « reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison ». Cette définition est assez proche de celle de l'Académie de médecine : « réapparition des signes cliniques d'une maladie avant la guérison, pendant la phase de convalescence ». Il en est de même dans la 8<sup>ème</sup> édition de l'Académie française : « seconde chute, nouvelle chute. Il ne se dit guère qu'au figuré en parlant du retour d'une maladie dont la guérison était récente et incomplète ». Cela est aussi le cas pour le TLFi : « nouvel accès d'une maladie, souvent infectieuse, parfois inguérissable, qui survient au cours de la convalescence ».

### **Discussion**

Les différentes définitions semblent toutes converger. Leur synthèse caractérise la différence entre rechute et récurrence/récidive par l'absence de guérison, le patient n'a pas eu le temps de guérir.

La rechute ne serait-elle pas à employer uniquement au singulier, et si les récurrences (au pluriel) deviennent répétées ne va-t-on pas parler de récurrence ? Par exemple l'asthme récurrent quand les crises se répètent.

La situation du cancer reste là encore bien difficile. La récurrence ou la récurrence nécessite une guérison apparente complète, or les cancers sont longtemps en rémission (à 5 ans ou à 10 ans).

On perçoit bien que les nuances entre les différents mots sont parfois ténues. Ils sont utilisés de manière sensiblement différente en fonction du type de maladies. Les mots rechute et récurrence sont plus usités en oncologie quand récurrence l'est plus en infectiologie.

## **Proposition**

La rechute désigne le retour des symptômes d'une maladie pendant la période de convalescence. Il s'agit d'une reprise objective d'une maladie qui semblait évoluer vers la guérison.

## Fiche n°13 : **RECRUDESCENCE**

### **Éléments de définition**

Pour le Littré, ce mot tient son origine du latin *recrudescere*, devenir plus violent, de *re*, et *crudescere*, s'irriter, de *crudus*, dur, cruel, proprement cru. Le Larousse lui, souligne que le mot recrudescence possède plusieurs sens. Le premier est « l'exacerbation des manifestations d'une maladie, des ravages d'une épidémie après une rémission temporaire ». Il s'applique au domaine médical. Le deuxième sens est assez similaire, mais dans un contexte plus globalisant : « brusque réapparition de quelque chose avec redoublement d'intensité, d'activité : recrudescence du froid ». Peu de différence pour le TLFi. En effet, c'est « l'aggravation d'une maladie, de ses symptômes, après une amélioration temporaire : recrudescence de la fièvre, de la douleur ». Ce terme est retrouvé en épidémiologie : « augmentation du nombre de cas dans une épidémie ». Il en est de même pour l'Académie de médecine, elle ne donne pas de définition du mot recrudescence seul, mais une définition de la recrudescence palustre. Elle est définie comme « Reprise des accès fébriles, après traitement, chez des malades apparemment guéris cliniquement mais chez lesquels persistait une parasitémie indécélable ». Une autre définition de l'Office québécois de la langue française est la « reprise des symptômes d'une maladie après une rémission temporaire, sans qu'il y ait eu convalescence ». Quant à la convalescence elle se définit comme l'état d'une personne qui relève de maladie et n'a pas encore atteint la complète guérison - période de transition entre la maladie qui n'existe plus et le retour parfait de la santé.

### **Discussion**

La confusion entre recrudescence et récurrence semble aisée. La recrudescence surviendrait avant la convalescence alors que la récurrence surviendrait après une rémission temporaire ; mais également avant la convalescence ? Peut-être que le terme d'aggravation des symptômes (de la maladie) traduirait-il mieux la recrudescence, sans faire intervenir la convalescence ? Car nous observons que la convalescence nécessite que la maladie soit guérie... Nous pourrions traduire le

sentiment du patient devant une recrudescence par cette phrase : « Ça s'aggrave, il faut faire quelque chose, Docteur. Vous auriez dû l'envoyer à l'hôpital dès le début ». Nous pourrions aussi nuancer avec deux sens possibles. Le premier, serait la recrudescence qui apparaît après une amélioration, mais précocement bien avant une rechute. La durée de l'espoir (déçu) de guérison fait la différence entre recrudescence et rechute. Le second, l'aggravation qui est l'évolution progressive et inexorable de la maladie, sans période d'amélioration, fut-elle transitoire.

### **Proposition**

La recrudescence sous-tend un retour et un accroissement des symptômes d'une maladie. Il s'agit de l'aggravation d'une maladie, de ses symptômes, après une amélioration temporaire.

## Fiche n°14 : **COMPLICATION**

### **Eléments de définition**

Le mot complication pour le TLFi est issu du « bas latin » *complicatio*, « action de plier, de rouler » au figuré « embarras, confusion ». On retrouve trois définitions dans le Larousse. La première est « état, caractère de ce qui est compliqué, difficile à comprendre, à analyser ; complexité : la complication d'une machine ». La seconde est « élément nouveau, concours de circonstances qui entrave le déroulement normal de quelque chose en créant des difficultés (surtout pluriel) : fuir les complications ». La troisième est celle qui nous intéresse sur le plan médical : « tout phénomène pathologique provoqué par une première affection, une blessure, etc. ». Pour le Robert, c'est « l'apparition de phénomènes morbides nouveaux au cours d'une maladie ». La définition du TLFi est assez proche de celle-ci : « phénomènes pathologiques nouveaux résultant de l'évolution d'une maladie et appelant généralement un traitement particulier ». L'évolution par rapport à la maladie causale est plus floue dans la définition de la 9e édition de l'Académie française : « trouble d'une certaine gravité, lié à une maladie et apparaissant éventuellement au cours de son déroulement ». Il n'y a pas de définition de complication dans le dictionnaire de l'Académie de médecine.

### **Discussion**

La chose semble entendue : la complication est un fait nouveau dans l'évolution d'une maladie, déséquilibrant ou aggravant celle-ci. Mais alors s'agirait-il d'une multimorbidité ou d'une comorbidité ? Peut-on différencier ces 3 entités ?

Prenons le cas d'un ulcère de l'estomac qui se perfore, cette perforation est une complication. Impossible de parler de comorbidité, il s'agit du même phénomène physiopathologique. Pour la même raison, nous ne pouvons pas parler de multimorbidité.

Autre exemple, dans le cas du patient diabétique qui développe une néphropathie, puis une insuffisance rénale. L'insuffisance rénale est bien une complication du diabète. Mais ne considérerons-nous pas rapidement qu'il s'agit aussi d'une comorbidité du diabète, qui fera sans doute partie de la multimorbidité du patient ?

Il y aurait donc deux types d'éléments dans la notion de complications. Dans le premier cas, des complications de type aggravation de la maladie primaire (exemple de l'ulcère). Dans le second cas, des complications de type répercussion sur d'autres organes ou fonctions (exemple de l'insuffisance rénale). Dans le premier cas, la maladie reste la maladie avec son évolution potentielle. Il ne peut s'agir de comorbidité, ni de multimorbidité. Dans le deuxième cas, le trouble nouveau, est une complication lors de sa survenue ; il peut devenir une comorbidité, s'il y a interférence entre les deux, et fera multimorbidité puisque les phénomènes morbides ne sont pas de même nature.

Prenons un autre exemple, celui de la pneumopathie qui peut être parfois une complication de la rougeole. L'exemple est assez pédagogique : la pneumopathie de la rougeole n'est ni une comorbidité ni une multimorbidité. D'ailleurs la CIM en convient. Elle rajoute un code avec astérisque (J17.1\*). Ainsi le codage complet est B05.2 † Rougeole compliquée d'une pneumopathie (J17.1\*). La CIM utilise la règle suivante : « Le codage de certaines affections utilise deux codes pour traduire des informations concernant à la fois une maladie généralisée initiale et une manifestation localisée à un organe donné qui est en elle-même un problème clinique. Le code primaire est utilisé pour l'étiologie et il est marqué par une dague (†) ; le code supplémentaire pour la manifestation est indiqué par un astérisque (\*). Un principe de la CIM veut que le code dague soit le code primaire et soit toujours utilisé. La CIM considère le code astérisque comme facultatif. La priorité des codes est inverse dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en France ».

Que dit la CIM pour le diabète ? Elle dit un peu la même chose, en ajoutant un 4ème chiffre : E11.2† Diabète sucré non insulino-dépendant avec Néphropathie diabétique (N08.3\*). Peut-on parler vraiment de comorbidité ou de multimorbidité pour la néphropathie diabétique ? Peut-être pas, il s'agit toujours d'un diabète qui s'est « compliqué », comme la rougeole s'est « compliquée » d'une pneumopathie ou l'ulcère de l'estomac qui s'est « compliqué » d'une perforation.

Pourrait-on dire que la « complication » exclurait d'office la « multimorbidité » et donc aussi la comorbidité ? C'est le cas aussi de l'hématome intra crânien secondaire à un traumatisme crânien qui n'est pas une comorbidité du traumatisme crânien ; de même que l'abcès de paroi post-chirurgical est une complication de la cholécystectomie, mais non une comorbidité de la cholécystectomie.

Il resterait un type de « complication » non évoqué jusqu'ici : la phlébite du membre inférieur plâtré en raison d'une fracture du tibia est-elle une complication de la fracture ? Qu'en est-il de l'embolie pulmonaire survenant quelques jours après la phlébite du membre inférieur plâtré en raison d'une fracture du tibia ? Est-elle une complication de la fracture ou une complication de la phlébite ? Il s'agirait plutôt là du phénomène de réaction en chaîne, la « récurrence » des riscologues, différente de l'utilisation en médecine précisée dans la fiche n°11 RECURRENCE.

Pour conclure, il manque peut-être l'utilisation du mot complication dans le sens de ce qui n'aurait pas dû arriver après un acte technique : un saignement, une infection, une blessure accidentelle d'un organe, voire le décès du patient, quelle que soit la cause de ce décès. Bref, le patient n'a pas eu des suites simples de cet acte. Ce sens se rapproche des « effets secondaires », de « l'aléa thérapeutique ». La HAS définit l'effet secondaire comme « effet connu, autre que celui principalement recherché, en rapport avec les propriétés pharmacologiques d'un médicament » (38). On parle donc d'effet secondaire uniquement en lien avec un médicament. L'aléa thérapeutique est défini comme la survenance, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé. Il s'agit aussi d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ayant entraîné des complications gravissimes sans aucun rapport avec l'acte pratiqué. Cette notion se rencontre de plus en plus dans la chirurgie et les examens d'investigation en général. On entend par aléa thérapeutique, des complications dont la gravité et les conséquences sont sans commune mesure avec l'acte pratiqué.

## **Proposition**

Nous avons retenu la définition suivante : Une complication est un fait nouveau dans l'évolution d'une maladie, déséquilibrant ou aggravant celle-ci. Ce fait nouveau peut être une maladie, évolution naturelle de la première maladie, ou bien les conséquences d'une intervention d'un médecin, par un geste médical.

Il y aurait donc plusieurs types de complications :

- L'évolution naturelle d'une maladie (l'ulcère qui se perforé, la rougeole qui donne une pneumopathie)
- La « réaction en chaîne » d'une maladie qui en entraîne une autre (la fracture donnant une phlébite qui donne une embolie pulmonaire)

- L'effet secondaire prévisible (une aiguille non stérilisée avant l'injection musculaire entraînera un abcès de la fesse)
- L'aléa thérapeutique, non prévisible.

## Fiche n°15 : **REMISSION**

### **Eléments de définition**

Le mot rémission est issu du mot latin *remissio* « action de renvoyer; action de détendre, de relâcher, affaiblissement (d'un mal); abandon, remise (d'une peine, d'un impôt) », dérivé du latin *remittere*, *remettre*. Pour le Larousse, il y a deux sens possible. Le premier est « l'action de remettre une faute, de faire grâce : la rémission des péchés ». Le second est « l'atténuation ou disparition momentanée des symptômes d'une maladie aiguë ou chronique ». Ce sens est similaire dans la 8e édition de l'Académie française : « en termes de médecine, il signifie diminution, relâchement et se dit en parlant de la fièvre, des maladies aiguës, lorsqu'elles perdent de leur force, de leur intensité. Il y a un peu de rémission dans sa fièvre. La maladie est en rémission ». Le TLFi va aussi dans ce sens en remplaçant la diminution par l'atténuation : « atténuation temporaire des symptômes d'une maladie ou d'une manifestation pathologique ». A noter que le mot rémission n'a pas de définition dans le dictionnaire de l'Académie de médecine.

### **Discussion**

La médecine est si pessimiste qu'après la rémission, elle ne peut se résoudre à la guérison et invente la rémission complète. Qu'est-ce que la rémission alors, si elle peut être incomplète ?

L'office québécois de la langue française complète sa définition de rémission en précisant : « lorsqu'une maladie maligne, telle qu'une leucémie ou une maladie de Hodgkin, paraît guérir, on préfère parler de rémission totale, plutôt que de guérison, pour ne pas préjuger d'un avenir qui demeure incertain ». La rémission est ainsi une interruption, un répit, une intermittence : la maladie « fait relâche » en somme.

Sur le site belge de la fondation contre le cancer, « on parle de rémission, lorsqu'une affection cède du terrain et que l'état du patient s'améliore temporairement. Si tous les signes de la maladie ont disparu, il s'agit d'une rémission complète. Cela ne signifie pas toujours que le cancer a été totalement éliminé ».

On comprend bien que la rémission est une guérison trop jeune. On ne lui fait pas confiance. Rémission, parce que l'amélioration ce n'est pas normal, on la surveille comme le lait sur le feu. D'ailleurs, on ne parle que d'affaiblissement, d'atténuation,

de diminution, parfois de disparition mais alors temporaire. A vrai dire il ne s'agit que d'une guérison trop jeune.

Pour compléter, il y a certaines guérisons qui sont annoncées au malade alors que le médecin garde en tête, ce risque de rechute tardive, certes faible, mais bien réel. Ce n'était qu'une rémission, certes complète mais seulement prolongée.

### **Proposition**

Atténuation ou disparition provisoire des symptômes d'une maladie. La rémission apparaît après une période de guérison apparente.

## Fiche n°16 : **POUSSEE**

### **Eléments de définition**

Le Larousse définit le mot poussée par un « brusque accès, manifestation subite d'un mal : poussée de fièvre ». Ce caractère brusque est repris par le l'Académie française : « Manifestation subite et passagère d'un symptôme : poussée de fièvre, poussée éruptive, poussée d'adrénaline... ». Il en est de même pour le TLFi : « Manifestation soudaine et intense d'un mal. Synonymes : accès, crise ». Le mot poussée n'est pas défini par le dictionnaire de l'Académie de médecine. Pour le Littré, il s'agit d'une « éruption qui se manifeste à la peau dans le cours ou à la suite de l'emploi de certaines eaux minérales (Louesche, Bade, Schinznach, etc.), de certains médicaments, comme l'iodochlorure mercureux, etc. Il n'est pas prudent, dit-on, d'interrompre les bains quand une fois la poussée a commencé ».

### **Discussion**

Nous avons retenu ce mot car il est régulièrement utilisé par les médecins, mais aussi les patients. La « poussée » évoque quelque chose, une force (peut-être occulte ?) qui pousse de la terre ou de l'intérieur du corps, de bas en haut dirait Archimède. Le mal « sort », nos patients le disent : il faut bien que « ça sorte quelque part », Docteur.

Il est important de bien cerner et définir le mot pour éviter d'utiliser indifféremment les mots « poussée », « accès » ou « crise » les uns des autres. Ou alors, à adapter selon la chose qui pousse : une poussée de fièvre, un accès de panique, une bouffée d'anxiété, une attaque cérébrale ; qui finalement ne sont que des poussées mais le mot change en fonction du contexte. De la sorte, on risque d'utiliser le mot « poussée » différemment s'il s'agit d'une dépression, d'un eczéma ou d'un cancer. Ce mot « vulgaire » doit-il être utilisé dans notre glossaire ? Le mot récurrence ne devrait-il pas suffire à lui seul ?

Nous pouvons considérer qu'il s'agit du premier épisode de la récurrence. A la deuxième poussée on retiendra le mot « récurrence ». On peut même dire que lors de la réascension de la maladie, alors que celle-ci s'améliorait, sans être encore guérie, le médecin note une **rechute**, qui si elle s'améliore sera une **poussée**, qui si

cela recommence sera une **récurrence**. La même description pourrait fonctionner pour **récidive** après **guérison** !

## Proposition

Après discussion et relativisation du mot, qui n'existe pas dans les dictionnaires médicaux, nous l'avons tout de même retenu car « poussée » est régulièrement utilisé par les médecins. Nous considérons qu'il s'agit du premier épisode de la récurrence. A la deuxième poussée on retiendra le mot « récurrence ». Nous considérons qu'une poussée, contrairement à la rechute, survient en période de rémission ou de guérison apparente.

## En conclusion de ces 7 mots (fiches 10 à 16)

Il n'était pas inutile de préciser les définitions de ces mots, car elles sont peu évoquées dans la littérature et les médecins les utilisent sans toujours maîtriser leur sens. Et ce, d'autant que les différences sémantiques sont souvent ténues. On peut en effet se demander légitimement quelle différence conceptuelle nous mettons entre « récidive » et « rechute » ou entre « rémission complète » et « guérison ».

Le manuel « l'instant et la durée » (11) résume ce qui différencie chacun des mots discutés dans le tableau ci-dessous (Tableau n°4).

<b>Tableau n°4 : Modalités évolutives des affections</b>	
<b>Modalité</b>	<b>Définition / Exemples</b>
Récidive	Réapparition d'une maladie dont un sujet déjà atteint avait complètement guéri.  <i>Nouvelle angine quelques mois après la précédente</i>  <b>C'est un nouveau Problème de santé et un nouvel épisode de soin</b>
Rechute	Reprise de l'évolution d'une maladie qui semblait en voie de guérison  <i>Rechute d'une cystite après une amélioration transitoire</i>  <b>C'est le même problème de santé et le même épisode</b>

	Aggravation d'une maladie, de ses symptômes, après une amélioration temporaire
Recrudescence	<i>Majoration de la diarrhée dans une maladie de Crohn</i>
	<b>Même problème de santé et le même épisode de soin</b>
	Réapparition d'une maladie survenant en période de rémission ou de guérison apparente.
Poussée	<i>Deuxième poussée d'herpès après une période asymptomatique</i>
	<b>Même problème de santé et deux épisodes de soin différents</b>
	Réapparition d'une maladie, après une période plus ou moins longue de guérison apparente, par intervalles, selon un processus plus ou moins périodique.
Récurrence	<i>Herpès dit cataménial</i>
	<b>Même problème de santé et deux épisodes de soin différents</b>
	Atténuation ou disparition (supposée) provisoire des symptômes d'une maladie.
Rémission	<i>Cancer en rémission</i>
	<b>Problème de santé actif, et épisode de soin fermé si arrêt de la prise en charge</b>
Guérison	Retour à la santé
	<b>Problème de santé inactif et épisode de soin fermé</b>

Nous avons aussi tenté ci-dessous d'en proposer une visualisation schématique (Figure n°5).

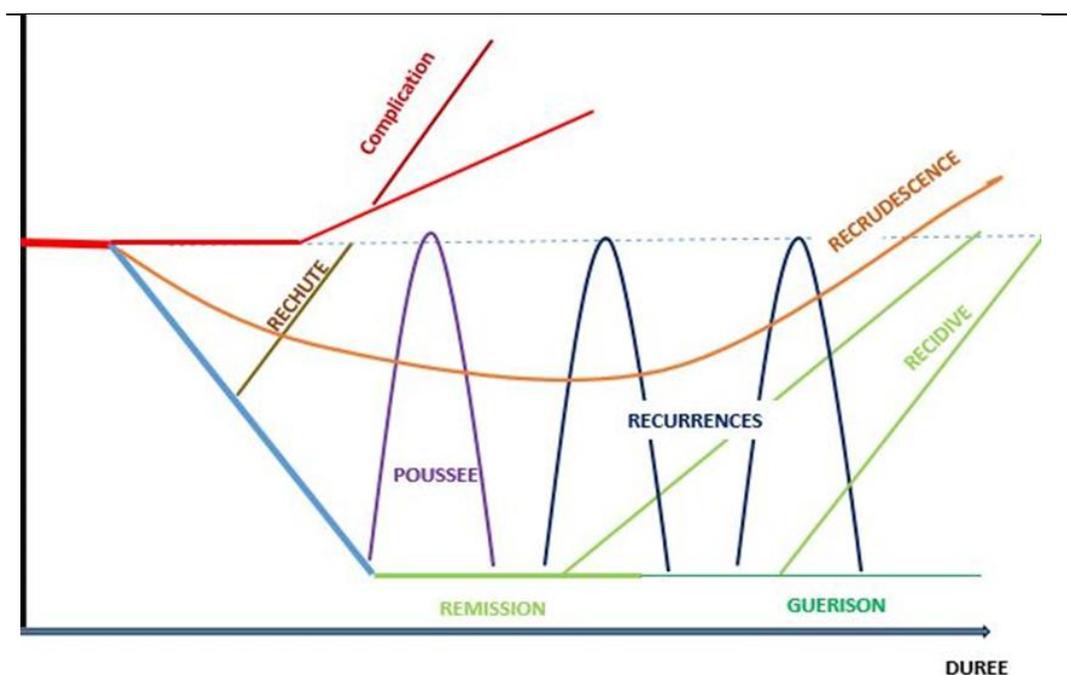


Figure n°5 : Modalités évolutives des épisodes de soin

Ces considérations pourraient paraître superflues. Elles permettent pourtant de résoudre bien des interrogations quand le même problème de santé se présente au fil du temps. Nous verrons (Fiche n°22) que la notion d'épisode de soin prend ici tout son sens.

## Fiche n°17 : RISQUE

### **Eléments de définition**

Le mot risque vient de l'italien *risco* : primitivement, risque lié à une entreprise maritime.

L'Académie française définit dans la 8<sup>ème</sup> édition de son dictionnaire, le risque comme un « péril possible, hasard dangereux ». Le Larousse complète cette définition en précisant : « possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. Danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé : Courir le risque d'un échec. Un pilote qui prend trop de risques ». Le Littré lui, utilise le terme de hasard dans sa définition : « péril dans lequel entre l'idée de hasard ». Le concept de risque tel que défini par la Commission européenne, prend en compte deux éléments : la probabilité que survienne un élément dangereux et la sévérité de ses conséquences ».

Pour compléter ces définitions, reprenons la synthèse réalisée par Jouteau lors de son travail de thèse. La Définition scientifique est « l'éventualité que se réalise un danger qui aura des conséquences dommageables ». La notion de risque est apparue en 1738, de l'étude mathématique des jeux et plus précisément de l'analyse statistique des événements qui apparaissent « au hasard » et que les scientifiques appellent des événements aléatoires. Si un événement est caractérisé par une probabilité et une conséquence, le risque, en revanche, est caractérisé par des probabilités et des conséquences. Le danger caractérise la nature du risque. La valeur du risque est la somme de ses aléas.

### **Discussion**

Le risque est inhérent à la pratique de la médecine avec une judiciarisation de plus en plus importante de notre société. Selon un rapport de la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MASCF) sur l'année 2018 (39), on constate une augmentation des montants des indemnisations avec un taux de sinistralité stable. Les deux spécialités médicales qui ont connu le plus grand nombre de mises en cause sont les médecins généralistes et les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques. Au total, 446 décisions de justice ont été rendues impliquant des professionnels et des établissements de soins en 2018, soit une hausse de 8,5%...

Des condamnations de plus en plus sévères au civil, notamment pour la médecine générale (avec trois condamnations supérieures à trois millions d'euros).

La SFMG a travaillé sur ce sujet à de nombreuses reprises afin d'éviter d'arriver à ces conséquences dramatiques pour le patient, mais aussi pour le médecin. La pratique ambulatoire place souvent le médecin face à des situations où il ne possède pas toutes les informations nécessaires pour poser un diagnostic avec certitude : c'est l'incertitude diagnostique. Selon l'observatoire de la médecine générale (40), c'est le cas dans 70% des consultations. S'appuyant sur les travaux de Robert N. Braun, la SFMG a développé en 1979 la notion de risque à partir de sa théorie professionnelle dans l'ouvrage « Pratique, Clinique et Enseignement de la médecine générale ». Cela a abouti à la création du Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) intégrant le premier risque en médecine générale qui est de choisir un mauvais résultat de consultation. Ce mauvais choix serait conséquence de l'élaboration de démarches diagnostiques et décisionnelles hasardeuses et inadaptées. Le deuxième risque est de ne pas évoquer une maladie grave qui à un moment donné de son évolution pourrait se manifester par le tableau clinique décrit par le RC choisi (notion de diagnostic critique) (41).

Enfin, nous pouvons aussi reprendre la réflexion de l'Académie de médecine qui fait le parallèle entre le risque défini dans le domaine des assurances, du commerce et de l'économie et le risque en médecine : «Risque = probabilité de l'occurrence d'un dommage x gravité du dommage ». On peut prendre une définition plus générale, ne faisant intervenir ni évaluation monétaire, ni produit arithmétique (ce qui est mathématiquement incorrect), mais utilisant l'intersection au sens de la théorie des ensembles : « Risque = conjonction de la probabilité et des dommages pouvant être causés par un événement redouté ». Si, en effet, on peut financièrement évaluer, dans certains cas au moins, la gravité des dommages matériels, il n'en est pas de même des dommages corporels et psychiques. On doit alors utiliser des barèmes ou des échelles conventionnelles : il existe en médecine de très nombreux barèmes d'incapacité, scores, échelles ou indices de gravité. La notion d'évènement redouté se rapproche de celle de danger, peur individuelle ou collective des dommages, réels ou imaginaires, que pourrait, semble-t-il, entraîner l'évènement défavorable redouté. Dans de nombreux domaines, en matière de santé notamment, un risque important peut être perçu par l'individu ou la communauté comme un danger minime, il en résulte que, devant ce risque notable, les mesures préventives à prendre ne sont pas

prises. Au contraire, un risque extrêmement peu probable ou même imaginaire peut être perçu comme un danger redoutable et faire prendre des précautions insensées et très onéreuses, sans que les responsables (politiques ou autres) soient conscients que ces mesures amènent bien souvent des effets contraires qui entraîneront des conséquences dommageables qui sont en réalité un facteur de risque intervenant dans de nombreux accidents (risque diœkétique). Les risques apportés par les dispositifs médicaux sont classés par les industriels en «intolérable, indésirable (tolérable seulement si sa réduction n'est pas réaliste au regard du bénéfice médical), tolérable (mais à réduire à un niveau aussi bas que raisonnablement possible) et négligeable».

### **Proposition**

Nous retiendrons la définition suivante : Le risque en médecine est défini comme la probabilité de réalisation d'un danger et la gravité de sa conséquence. Le médecin dans son quotidien doit avoir conscience de ce risque.

## Fiche n°18 : **FACTEUR DE RISQUE**

### **Eléments de définition**

Le mot facteur est défini par le Larousse comme « un agent, élément qui concourt à un résultat ; cause : un facteur de succès. S'emploie suivi d'un nom apposé pour indiquer l'élément déterminant qui intervient dans le résultat, dans l'événement : Le facteur chance n'a pas joué cette fois-ci ». Pour l'Académie française, il s'agit de « ce qui joue un rôle dans l'apparition d'un phénomène, le déroulement d'un processus » et aussi « chacun des éléments qui concourent à un résultat ». Le TLFi le définit comme « Chacun des agents, des éléments qui concourent à un résultat. Facteurs climatiques, économiques ». On le retrouve souvent associé à d'autres mots pour l'Académie de médecine : facteurs de coagulation, facteur rhumatoïde, facteur de croissance....

La notion de facteur de risque, utilisée en médecine est définie selon le TLFi comme un « attribut ou caractéristique physiologique ou pathologique entraînant un risque plus élevé, pour l'individu chez lequel on le détecte. Exemple : la consommation excessive de cigarettes est un facteur de risque vis-à-vis du cancer du poumon ». Selon le Garnier et Delamare, il s'agit en épidémiologie d'un « élément associé à une incidence accrue de la maladie considérée. Il peut s'agir d'une habitude de vie, d'un état physiologique ou pathologique ; il est distinct de la cause de la maladie ». L'OMS complète cette définition en ajoutant des exemples : « un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement ».

### **Discussion**

Le concept de facteur de risque semble donc assez bien défini. Cela conduit à la prévention, notion intimement liée dans notre pratique à facteur de risque, que l'OMS définit comme « l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue de maladies ou d'incapacités ou d'en limiter l'impact ». Dans la vie quotidienne on « couvre le risque » avec une assurance (quelques fois tous risques !) et en médecine on

« réduit le risque avec la prévention ». Il est bien connu qu'en médecine rien n'est assuré ; sauf le médecin en principe. Enfin, nous pourrions ajouter en note dans la définition, qu'il existe un antonyme à « facteur de risque », c'est « facteur de protection » qu'on essaie aussi de développer dans le cadre de la prévention. Dans certains cas, un facteur de risque d'une maladie X peut être un facteur de protection d'une maladie Y. C'est le cas des modifications génétiques responsables de la drépanocytose, mais qui protègent du risque de contracter un paludisme. Les facteurs de risque comme les facteurs protecteurs sont des éléments de santé liés au patient, à son environnement, à son mode de vie, à sa culture. Ils peuvent moduler la vulnérabilité en l'augmentant ou en la diminuant. Ils sont multiples et variés ; on retrouve les facteurs de risque cardio-vasculaires : tabagisme, sédentarité, obésité, hypertension artérielle, diabète de type 1 et 2, dyslipidémie. Les facteurs liés au mode de vie : le stress, la profession exercée (contact avec amiante, produits chimiques toxiques...etc.), le régime alimentaire (le régime méditerranéen diminuerait la vulnérabilité cardio-vasculaire). Les facteurs culturels et sociaux : le niveau scolaire, la classe sociale...etc.". Par assimilation nous pourrions définir les facteurs de protection comme toute particularité, caractéristique ou exposition d'un individu qui diminuent la probabilité pour lui de développer une maladie ou de subir un traumatisme (42).

Nous préciserons la définition de vulnérabilité lors d'une prochaine fiche, mais nous percevons déjà qu'il n'est pas aisé de différencier « facteurs de risque » et « vulnérabilité », puisque les facteurs de risque déterminent la vulnérabilité.

## **Proposition**

Nous retiendrons la définition de l'OMS : « Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmentent la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple : le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement ».

## Fiche n°19 : **VULNERABILITE**

### **Eléments de définition**

Le mot vulnérabilité vient selon le Littré, du latin *vulnerabilis*, de *vulnerare*, blesser. Il est défini dans le Larousse comme : « faible, qui donne prise à une attaque. Sa situation personnelle le rend vulnérable : susceptible d'être blessé, d'être attaqué ; position vulnérable ». Dans la version en ligne, une personne vulnérable est une « personne en situation de faiblesse physique ou psychique (grossesse, maladie, handicap, vieillesse, etc.), que la loi protège des abus commis à son encontre, notamment en matière pénale ou sociale ». Pour le Petit Robert, se dit de quelqu'un ou quelque chose « qui peut être blessé, frappé par un mal physique : ils ne sont pas immunisés, ils sont vulnérables ». La définition est complétée ainsi : « au niveau moral, qui peut être facilement atteint, il se défend mal, ex : toucher l'homme en un point vulnérable ».

La vulnérabilité est définie par l'Académie de médecine comme un « état traduisant l'impossibilité pour une personne de répondre de façon adéquate à une quelconque modification homéostatique ». Le mot vulnérable quant à lui, possède deux définitions. La première, « au sens général, état d'une personne qui, quel que soit son âge, est sans protection, et donc plus particulièrement exposée à des conditions délétères externes : alcool, drogues, tabac, infections, stress, agressions, abus ou maltraitance ». La seconde, « en médecine gériatrique, état des malades le plus souvent les plus isolés, mal nourris, physiquement fragiles et limités sur le plan mental ».

En droit, la notion de vulnérabilité fait son apparition dans le Code pénal de 1994. Cela concerne le trop jeune ou trop grand âge, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique ou encore de l'état de grossesse. Elle peut entraîner une circonstance aggravante.

En complément de ces définitions, nous pouvons nous appuyer sur les travaux de l'association francophone des droits de l'homme âgé qui exige quatre critères pour être vulnérable : l'âge (50 ans et plus) ; la fragilité psychologique, physique et mentale de l'individu ; son état de santé et en particulier la situation de dépendance (physique ou psychique) ; l'environnement familial et social (aidant ou indifférent). Ainsi, la personne est un être responsable, bio-psycho-social. Elle a des besoins et

des capacités : physiques, psychiques, sociaux. Elle a droit à la dignité et au respect. Cet équilibre peut être perturbé par une déficience ou incapacité d'un ou plusieurs de ces trois pôles. Le physique qui regroupe l'âge, le handicap, la maladie (physique ou mentale), les violences, coups et blessures, les catastrophes extérieures... Le psychique qui peut-être un état de faiblesse ; de fragilité, de dépression ou maladie mentale ; de baisse des capacités de résilience ou de rebondissement après un échec, une rupture ou une blessure, d'incapacité à gérer seul ses besoins prioritaires... Et enfin le social, correspondant à l'altération de l'environnement familial ou social, isolement détérioration des liens, absence ou perte d'emploi, précarité et pauvreté.

Dans sa thèse, Jouteau définissait la vulnérabilité ainsi, « il s'agit de la caractéristique d'un système exprimée par l'aptitude ou la probabilité que le système se dégrade. On associe le concept de vulnérabilité d'un élément à sa susceptibilité ou sensibilité aux agressions potentielles. La vulnérabilité n'est pas une caractéristique figée, elle peut évoluer en fonction de divers paramètres. Le terme vulnérabilité (attesté en 1836, chez Balzac au sens général) a été introduit dans la littérature hydrogéologique par J. Margat en 1968. Il est aujourd'hui couramment usité. La vulnérabilité s'exprime évidemment par la probabilité de survenue de l'atteinte à la cible. Elle se définit par la probabilité de survenue du diagnostic et de ses conséquences en fonction du patient. Un patient vulnérable est ainsi plus particulièrement prédisposé à certaines maladies et exposé à ses conséquences » (43).

## **Discussion**

Prenons un exemple simple pour éclairer les notions de vulnérabilité et fragilité. Un vase en porcelaine est constitutionnellement fragile mais n'est pas vulnérable à la chute, s'il est dans un grenier, entouré de coton dans un carton ; cependant s'il est placé au bord d'une table où jouent des enfants, il est tout aussi fragile, mais surtout beaucoup plus vulnérable à la chute.

De nombreux facteurs contextuels peuvent influencer sur la vulnérabilité. En premier lieu, l'âge et le sexe du patient. Une douleur pelvienne doit faire penser chez une femme de trente ans à une salpingite, alors qu'elle évoquera plutôt une prostatite chez un homme jeune et une appendicite chez un enfant. Par ailleurs, si le praticien

recherche en première intention une otite chez un nourrisson fébrile, il pensera à des diagnostics différents devant une fièvre chez une personne âgée. Les antécédents personnels sont bien sûr déterminants ; d'ordres médicaux, chirurgicaux ou gynécologiques, ils retracent l'histoire médicale du patient et orientent le praticien. Par exemple, chez un malade ayant déjà fait un épisode de sigmoïdite diverticulaire, les diagnostics évoqués devant le RC « PLAINTE ABDOMINALE » ne seront pas priorisés de la même façon qu'un autre patient sans antécédent digestif du fait de la vulnérabilité de celui-ci à la récurrence d'un tel épisode. Un patient, connu pour avoir des calculs biliaires, nécessitera une attention particulière devant le RC « EPIGASTRALGIE » du fait d'une vulnérabilité majorée pour une colique hépatique ou une cholécystite. Les antécédents familiaux ont aussi leur importance. La présence de certaines maladies chez les ascendants peut accroître statistiquement le risque chez les descendants même en l'absence de facteur génétique identifié. C'est le cas de certains cancers ou des maladies cardiovasculaires pour lesquelles les antécédents familiaux de premier degré correspondent à un facteur de risque. Une patiente ayant des antécédents familiaux de cancer du sein chez la mère et la grand-mère présentera une vulnérabilité plus importante à ce diagnostic dans l'esprit du médecin lorsqu'il l'examinera pour des mastodynies. Citons aussi les facteurs de risque et les facteurs protecteurs. Il s'agit des caractéristiques liées au patient, à son environnement, à son mode de vie, à sa culture, ils peuvent moduler la vulnérabilité à une maladie donnée, en l'augmentant ou en la diminuant. Nous savons que le tabagisme, la sédentarité, l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète de type 1 et 2, la dyslipidémie sont des facteurs de risque cardiovasculaire. Inversement, le régime alimentaire dit « méditerranéen » diminuerait la vulnérabilité aux maladies cardiovasculaires. Le stress, la profession exercée (contact avec amiante, produits chimiques toxiques...etc.) peuvent entraîner une vulnérabilité particulière à d'autres affections. Enfin le traitement du patient influe sur sa vulnérabilité. Certains traitements peuvent, par leur action ou par leurs effets indésirables, augmenter la vulnérabilité à certaines affections. Ainsi, un patient sous anticoagulant, dont on sait qu'il fait des chutes fréquentes parce qu'il est parkinsonien est plus vulnérable à faire un hématome sous dural chronique. Le praticien devra y penser s'il présente des troubles cognitifs inhabituels ! Prenons un autre exemple dans le cadre d'un patient sous inhibiteur de l'enzyme de conversion, il semble plus vulnérable à l'effet

iatrogène connu de ce type de traitement. Le praticien devra y penser devant une toux non explicitée par ailleurs.

Pour conclure, notons le rapprochement entre les notions de « fragilité » et de « vulnérabilité » avec cependant une différence essentielle, la fragilité est « intrinsèque » au patient alors que la vulnérabilité est « extrinsèque » à celui-ci.

### **Proposition**

La vulnérabilité se définit par l'aptitude ou la probabilité de survenue d'un danger (maladie...) et de ses conséquences en fonction du patient. Elle est liée à celui-ci. Un patient vulnérable est ainsi plus particulièrement prédisposé à certains troubles de santé et exposé à leurs conséquences.

Par ailleurs un patient n'est pas à proprement parlé « vulnérable » dans l'absolu, mais « vulnérable à quelque chose ». Il en est autrement de la fragilité qui fait l'objet de la fiche suivante.

## Fiche n°20 : **FRAGILITE**

### **Eléments de définition**

Le mot fragile trouve son origine au XIIème siècle. Il est emprunté du latin *fragilitas*, « fragilité, faiblesse », dérivé de *fragilis*. L'Académie française le définit comme le : « caractère de ce qui est fragile. La fragilité du verre, de la porcelaine. La fragilité d'un mécanisme. La fragilité d'un nouveau-né. La fragilité de sa fortune ». Pour le Littré, la fragilité est le « caractère de ce qui est fragile ; est fragile ce qui se brise facilement ». Les mots fragile et frêle « sont, à l'origine, identiquement les mêmes, frêle étant la dérivation ancienne et régulière du latin *fragilis*, et fragile étant le calque fait postérieurement sur le mot latin. Mais l'usage a mis une différence entre les deux : fragile est ce qui se brise facilement ; frêle est ce qui se soutient à peine : le verre est fragile, un roseau est frêle ». Le Littré émet des nuances entre fragile et faible : « l'homme fragile diffère de l'homme faible en ce que le premier cède à son cœur, à ses penchants, et le second à des impulsions étrangères. La fragilité suppose des passions vives, et la faiblesse l'inaction et le vide de l'âme ». Pour le TLFi, la fragilité « est [en parlant d'un organisme vivant, notamment du corps humain], délicatesse, faiblesse de la constitution ».

La fragilité n'est pas définie par l'Académie de médecine, mais elle est souvent associée à d'autres mots, « comme fragilité capillaire, épreuve de fragilité globulaire à la chaleur, fragilité osseuse » ou encore « syndrome de l'X-fragile ». Les gériatres se sont légitimement intéressés à la fragilité. Ils évoquent même une définition commune : « la fragilité est la diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress qui augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée, par baisse des réserves fonctionnelles ». En 1993, Bortz (44) définissait la fragilité comme « une perte d'énergie et de vitalité résultant des effets conjugués de deux facteurs : les effets non évitables de l'âge sur la santé et les effets de la maladie et de l'absence d'activité (principe de la « non-utilisation ») qui sont des effets évitables par la prévention, le dépistage précoce et le traitement ».

Il est régulièrement souligné que « la fragilité ne se résume donc ni à la pathologie multiple, ni à la perte d'autonomie, ni au vieillissement (45) ».

De multiples tentatives de définition d'un syndrome de fragilité ont été menées depuis les travaux de Fried dans les années 90 et l'élaboration des 5 critères de fragilité dits de Fried (46). Ils sont la perte de poids involontaire au cours de la dernière année, une vitesse de marche lente, une faible endurance, une faiblesse/fatigue et des activités physiques réduites. De ceux-ci sont déduits trois états repérables : le non fragile (pas de critères), le pré-fragile ou intermédiaire (1 à 2 critères) et le fragile (3 ou plus).

Enfin, la HAS qui reprend dans ses recommandations la définition de la Société Française de Gériatrie, définit la fragilité, mais pas la vulnérabilité, comme « un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible<sup>2</sup> ».

## **Discussion**

On note que le plus souvent la fragilité est assimilée à la vulnérabilité, sans nuance de définition précise. L'OMS le confirme en 2016 (47) en soulignant que « la définition de la fragilité demeure contestée, mais elle peut être considérée comme étant une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé. »

Le mot fait les délices des gériatres qui s'en sont emparés depuis plusieurs années en l'appliquant aux « personnes-âgées ». Les sociologues aussi aiment bien cette notion de fragilité. Reconnaissons que la SFMG s'est laissée aller, elle-aussi, en transformant le RC « SENILITE » en « SENILITE – SUJET AGE FRAGILE ». Cependant, il n'est pas chose aisée de différencier les mots fragilité et vulnérabilité. La fragilité

---

<sup>2</sup> [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)

est-elle un sous-ensemble de la vulnérabilité ou bien s'agit-il de deux ensembles séparés dont la rencontre avec l'agent pathogène va générer la maladie (Figure n°6) ?

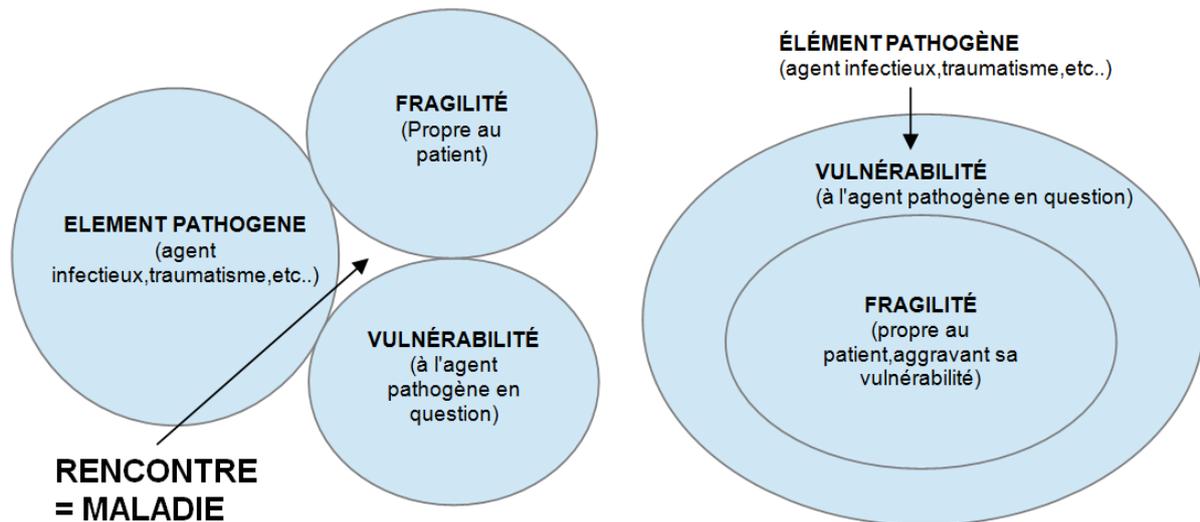


Figure n°6 : Concept de fragilité : ensemble séparés versus sous-ensemble

Il semble que l'on puisse être fragile donc vulnérable, être vulnérable parce qu'on est fragile, être fragile sans être vulnérable, mais aussi vulnérable sans être pour autant fragile... L'exemple du vase utilisé dans la fiche n°19 Vulnérabilité, est très démonstratif : un vase en porcelaine est constitutionnellement fragile mais n'est vulnérable à la chute que dans certaines conditions. Le mot fragilité est un peu une bouteille à l'encre, faut-il l'utiliser ? Il manque de clarté et risque d'être utilisé de façon inadéquate à la place du mot vulnérabilité.

Prenons l'exemple d'un patient qui n'a qu'un rein, la tendance serait de dire, sans pouvoir le justifier, qu'il est fragile. Sans doute parce que, s'il fait une colique néphrétique et qu'un calcul bouche son uretère, il sera plus vulnérable à l'insuffisance rénale qu'un sujet qui a deux reins. Un vieil ostéoporotique est dit fragile, sans doute parce que nous savons que, s'il fait une chute il sera plus vulnérable à une fracture du col du fémur. Ainsi, plus on est fragile, plus on est vulnérable et inversement. Pour compléter l'exemple précédent, le jeune aux os solides n'est pas fragile et peu vulnérable à une fracture du col fémoral s'il tombe du cerisier. Il devient plus vulnérable à une fracture s'il grimpe tout en haut du cerisier et qu'il tombe. Le « vieil ostéoporotique » est vulnérable à une fracture du col, même s'il met le pied dans un trou en essayant de se mettre sur la pointe des pieds pour

attraper les cerises les plus basses. On devrait pouvoir dire : Conséquences de santé = Fragilité x Vulnérabilité. Mais que se passe-t-il si l'une des valeurs est nulle ? Jouteau lors de son travail de thèse, classait la vulnérabilité en 4 niveaux (Tableau n°5).

**Tableau n°5 : Niveau de vulnérabilité**

VULNERABILITE IMPORTANTE : 3

Probabilité de survenue du diagnostic augmentée par rapport à la population générale

VULNERABILITE MOYENNE : 2

Probabilité de survenue du diagnostic comparable à celle de la population générale. Equivalence avec l'incidence du diagnostic

VULNERABILITE FAIBLE : 1

Probabilité de survenue du diagnostic diminuée par rapport à son incidence dans la population générale

VULNERABILITE NULLE : 0

Survenue du diagnostic impossible (ex : une femme ne peut pas faire de cancer de la prostate)

---

Ainsi, si la vulnérabilité est égale à 0, la conséquence de santé est nulle : la « personne-âgée » ostéoporotique, donc fragile, mais couchée dans son lit médicalisé avec bat-flancs rembourrés ne craindra plus la fracture du col du fémur ! Et à l'inverse, le jeune sportif body-musclé n'est pas fragile, mais il a une vulnérabilité importante du haut de son cerisier en cas de chute. Pourtant, la conséquence de santé sera officiellement nulle selon la formule, alors que dans la réalité il finira sa chute multifracturé au pied du cerisier ?

## **Proposition**

La fragilité est intrinsèque à l'individu mais ne le rend pas forcément vulnérable à « quelque chose », comme le roseau est fragile mais pourtant moins vulnérable au vent que le chêne. Elle correspond à une perte d'adaptabilité à l'environnement. Elle décrit à un moment donné un ensemble de caractéristiques s'appliquant à une situation donnée sur laquelle peuvent agir des facteurs de risques qui entraînent une vulnérabilité à l'apparition d'une maladie donnée.

## Fiche n°21 : **HABITUS**

### **Eléments de définition**

Le mot habitus est originaire du latin *habitus* qui signifie « manière d'être » pour le Littré. Il est défini dans le Larousse comme « aspect extérieur du corps, du visage indiquant l'état de santé d'un sujet » mais aussi comme « comportement acquis, caractéristique d'un groupe social, quelle que soit son étendue, et transmissible au point de sembler inné ». Pour le TLFi, spécifiquement en médecine, il s'agit de « l'apparence générale du corps considérée comme le reflet de l'état de santé ou de maladie d'un individu : La chute de température s'accompagne d'une modification complète de l'habitus extérieur du malade ». Cette définition est assez similaire pour l'Académie française : « aspect général du corps, qui révèle l'état de santé d'un sujet. On parle d'habitus physiologique, normal, et d'habitus morbide, caractéristique d'une maladie ». Pour le dictionnaire de l'Académie de médecine, il s'agit de la « présentation générale d'une personne dont l'observation, premier temps de l'examen clinique, peut conduire à des considérations diagnostiques ». Enfin, le Littré précise qu'il s'agit d'un « terme d'histoire naturelle : aspect extérieur, ensemble des particularités relatives à la manière d'être des corps naturels ».

### **Discussion**

Ce mot est-il vraiment utilisé en médecine ? De toute évidence oui puisqu'il est défini par l'Académie de médecine, mais ne semble-t-il pas tomber en désuétude ?

Le mot pourrait sans doute rendre service aux médecins. Néanmoins, ils ne devront pas oublier que « l'habit ne fait pas le moine », on ne doit pas juger des personnes par l'apparence. Cela se dit aussi des personnes dont la conduite n'est pas conforme à leur état. Est-ce que l'habitus serait un peu « le masque » de la tragédie grecque, ou la « persona » de C.G. Jung : « la façon dont chacun doit plus ou moins se couler dans un personnage socialement prédéfini afin de tenir son rôle social » ? La persona est définie comme la partie de nous, apparente, éclairée, que l'on montre aux autres. C'est notre miroir social. C'est le masque que nous pouvons présenter comme surface psychique à ce qui est extérieur à notre intimité. Chaque culture secrète un ou plusieurs types particuliers de persona.

L'habitus semble tenir aussi du « diagnostic de coup d'œil » dont on parlait auparavant dans certains cours. C'est l'aspect général du patient. C'est son apparence, son comportement, sa façon de se présenter, quand il entre dans le cabinet. C'est ce qui était nommé « habitus extérieur » par Auguste Rigal, comme « les parties extérieures du corps considérées en masse sans entrer dans aucun détail ». On parlait alors de « coup d'œil » du praticien (48). Ce sont les parotides un peu grosses, quelques télangiectasies du visage, une parole un peu volubile, faisant évoquer un mésusage de l'alcool qu'il faudra évaluer. C'est une démarche à petits pas, un peu penché en avant chez un vieux patient aux traits un peu figés, qui font évoquer un syndrome extrapyramidal. Mais c'est vrai que dans la vraie vie des médecins généralistes, on parle plutôt de « l'aspect général évocateur de...

Alors pourquoi ce mot revient-il à côté de Fragilité, Vulnérabilité... ? Est-il entendu comme un faux ami : habitus versus habitude ? Est-ce seulement le « délit de sale gueule » : il a une tête de... Il serait probablement plus raisonnable de nos jours d'éviter l'usage de ce mot.

Pourtant une autre vision de ce mot semble intéressante à étudier. En effet, la définition sociologique d'habitus désigne une manière d'être, une allure générale, une tenue, une disposition d'esprit. Cette définition est à l'origine des divers emplois du mot habitus en philosophie et sociologie. La notion d'habitus a été popularisée en France par le sociologue Pierre Bourdieu. Il semble avoir découvert ce terme dans les traductions qu'il fit, de certains ouvrages d'Erwin Panofsky, consacrés à l'esthétique et la scolastique médiévales. L'habitus est pour lui le fait de se socialiser... Il permet à un individu de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter d'une manière qui d'une part, lui est propre, et d'autre part, est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient. Le rôle des socialisations primaire (enfance, adolescence) et secondaire (âge adulte) est très important dans la structuration de l'habitus... Les individus de mêmes classes peuvent ainsi voir leurs comportements, leurs goûts et leurs « styles de vie » se rapprocher jusqu'à créer un habitus de classe. Chacune des socialisations vécues va être incorporée, ce qui donnera les grilles d'interprétation pour se conduire dans le monde. L'habitus est alors la matrice des comportements individuels, et permet de rompre un déterminisme supra-individuel en montrant que le déterminisme prend appui sur les individus. Cet habitus influence tous les domaines de la vie (loisirs, alimentation, culture, travail, éducation, consommation...).

Cette appropriation par les sociologues du mot habitus est certainement utile pour le médecin. Peut-être parce que lui-même n'échappe pas aux codes de la catégorie sociale à laquelle il appartient, ainsi qu'à sa socialisation primaire familiale. Si les inégalités de santé de la population, au regard des différents niveaux socio-économiques sont bien identifiées, les médecins n'ont pas toujours bien conscience qu'ils n'ont pas le même abord du patient, en fonction de son niveau dans la société (49).

En effet, un médecin n'a pas la même relation, le même discours et traitement, avec un cadre supérieur qu'avec un ouvrier. Ces rapports de classe, mais aussi de sexe ou de race, influencent la façon de pratiquer la médecine (50). S'il est probablement difficile d'échapper à ce travers, nul doute qu'en prendre conscience pendant la consultation permet au médecin d'en atténuer les effets négatifs (51).

### **Proposition**

Habitus au sens des sociologues est sans doute intéressant pour ce que nous voudrions en faire : documenter le dossier, sur le style de vie de nos patients, leurs goûts, leurs habitudes... Mais ce n'est pas le sens initial du mot. Faudrait-il peut-être, pour clarifier le sens donner à ce mot, parler d'habitus social ?

## Fiche n°22 : **EPISODE DE SOIN - EPISODE DE MALADIE**

### **Eléments de définition**

Commençons par définir le mot « épisode ». Pour le Littré, il fait son apparition dans la langue française à partir du XV<sup>e</sup> siècle, *episodie*, emprunté du grec *epeisodion*, neutre substantivé de l'adjectif *epeisodios*, « introduit en sus », « action d'intervenir ».

Une de ses premières utilisations était au théâtre : « dans la tragédie grecque, scène qui prend place entre deux interventions du chœur ». Aujourd'hui il est surtout utilisé par les amateurs de séries télévisées : « partie isolable d'une œuvre de fiction : les épisodes d'un roman d'aventures ; un feuilleton à épisodes ; une série en dix épisodes et la suite au prochain épisode... ». On retrouve ce sens d'épisode, dans une des définitions du Larousse : « événement qui fait partie d'une action plus générale et qui se distingue par tel ou tel caractère ; circonstance, péripétie : Ce voyage est un épisode heureux de ma vie ».

Le TLFi insiste sur les différents sens donnés à ce mot. Le premier, littéraire : « action secondaire ayant généralement un lien avec le sujet principal : épisode romanesque, touchant ; admirable, court épisode ». Le second, utilisé surtout en histoire : « ensemble d'actions, d'événements formant un tout et constituant un moment marquant de l'histoire, du temps : épisode d'une guerre ; raconter un épisode ; épisodes successifs ; les principaux épisodes ». Enfin le troisième, au sens médical il s'agit d'un « trouble particulier intervenant dans l'évolution d'une affection : épisode diarrhéique banal ». L'Académie française le définit aussi dans le domaine médical comme un « incident pathologique isolé ou trouble passager intervenant dans l'évolution d'une affection ; un épisode dépressif ». Ainsi, la vie n'est jamais qu'un seul épisode qui commence à la naissance et se termine par la mort.

Le mot « soin » quant à lui, est d'une manière générale « l'attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose » selon le Larousse, ou bien, selon le TLFi, c'est un « souci, préoccupation relatif à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse ».

D'un point de vue médical, le Larousse le définit au pluriel comme des « actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps ». Selon le TLFi, il

s'agit de « s'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un ». Les soins de santé sont « l'ensemble des soins administrés à chaque membre d'une collectivité en cas de maladie, et aussi en ce qui concerne la prévention, la réadaptation, l'éducation sanitaire, l'entretien de la santé ». Les soins peuvent être déclinés en soins dentaires, post-opératoires ; médicaux ; locaux; préventifs, infirmiers; à domicile, lorsqu'ils représentent l'ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé".

## **Discussion**

En médecine, le mot épisode ne peut être employé seul. L'épisode est complété par un complément de nom : épisode de maladie ou épisode de soin.

L'épisode de maladie répond à la définition de la WONCA : « un épisode de maladie est défini comme un problème ou une maladie affectant un patient pendant une période continue, depuis son éclosion jusqu'à sa résolution ». Cette définition littérale, sous-entend que l'épisode de maladie peut exister sans intervention d'un médecin ; or, le patient profane ne peut (en théorie) diagnostiquer son trouble, ses plaintes. Caractériser un épisode de maladie nécessite au moins un contact avec le médecin. C'est le médecin qui donne identité à la maladie. Par sa synthèse clinique, il identifie, dénomme et porte un nom sur le trouble du patient, qui devient de facto un épisode de maladie.

Convenons cependant qu'il est bien difficile, sinon impossible de connaître le début de l'épisode de maladie : depuis quelle date a commencé la coxarthrose dont le patient dit se plaindre ? Le médecin est rarement présent lorsque débute l'épisode de maladie, hormis s'il est présent au moment où son patient chute et se fait une plaie devant lui par exemple, il peut alors dater le début de la plaie avec précision.

C'est la raison pour laquelle les médecins préfèrent utiliser la notion « d'épisode de soin » dans leurs dossiers médicaux, car ils peuvent dire avec précision la date à laquelle leur patient les a consultés pour la première fois pour ce problème de santé. Un épisode de soin se définit « comme l'ensemble des recours au système de soins pour un problème de santé jusqu'à ce que celui-ci soit considéré comme résolu, ou jusqu'à ce que le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème » (52).

La fin de l'épisode de soin est plus difficile à déterminer : le patient doit être « guéri » de son problème de santé pour décider la clôture de cet épisode. Pourtant, le patient

peut ne plus consulter, alors qu'il est toujours malade. Pour la plupart des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, certaines maladies rhumatologiques), nous pouvons sans hésiter affirmer que l'épisode restera ouvert, hélas, jusqu'à la mort. Il en est d'autres (par exemple les douleurs lombaires, qui ne peuvent être qualifiées ni d'aiguës ni de chroniques), pour lesquelles il est difficile de savoir si l'épisode est réellement fermé ou s'il reste ouvert. Plusieurs solutions ont été envisagées (53).

Par ailleurs, assez souvent, le problème de santé se résume à un seul épisode, plus ou moins long. Ce sera ainsi le cas pour une angine qui ne nécessitera qu'un seul contact. Mais il est des problèmes de santé, comme le diabète, dont l'épisode perdure toute la vie du patient.

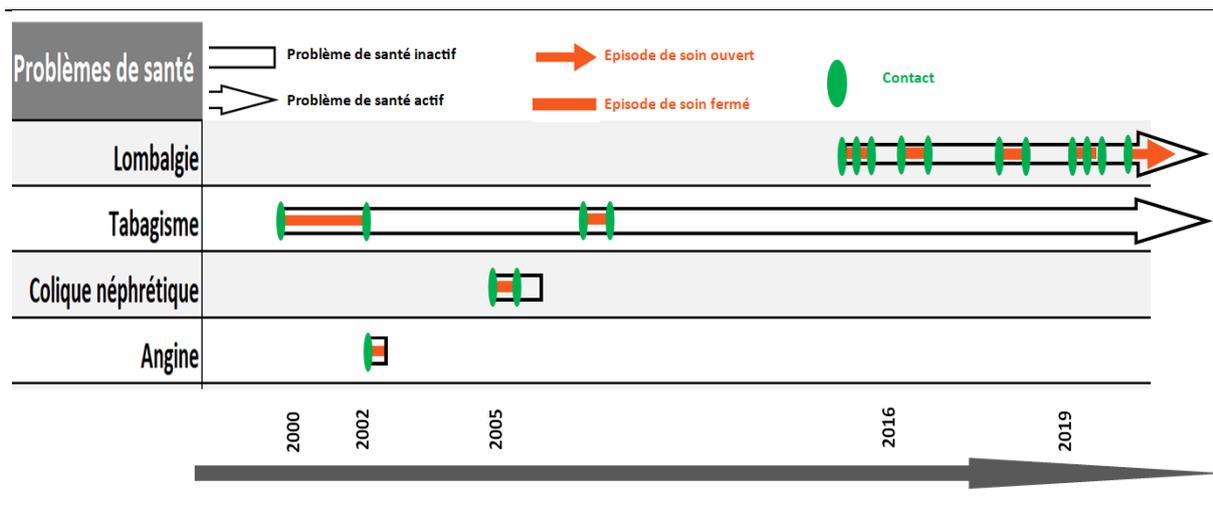
La notion d'épisode est très souvent utilisée dans la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP). Dans un de leurs ouvrages paru en 1992 (54), ils écrivent : « La notion d'épisodes complets de maladie est très séduisante lorsqu'il s'agit de structurer un système d'information de santé fondé sur le patient. La CISP peut être employée pour capter et analyser l'information clinique sur la base du déroulement temporel des épisodes de maladie. Un épisode de maladie est défini comme un problème ou une maladie affectant un patient pendant une période continue depuis son éclosion jusqu'à sa résolution. Un épisode de maladie pourra comprendre plusieurs contacts ». Le premier jour de « l'éclosion » est bien difficile à préciser, contrairement au premier jour de l'épisode de soin. Toujours dans le même ouvrage, les auteurs citaient les différentes étapes d'un épisode de maladie, en s'appuyant sur les travaux de Kasl (55). Ce dernier distinguait huit étapes dans l'évolution d'un épisode de maladie (Tableau n°6).

<b>Tableau n°6 : Les étapes de l'évolution d'un épisode de maladie</b>
1. Statut asymptomatique, absence de facteur de risque
2. Statut asymptomatique, présence de facteur(s) de risque
3. Maladie sub-clinique (détectable)
4. Expérience du symptôme initial
5. Événement initial (les critères diagnostiques de la maladie)
6. Décours de la maladie (épisodes répétés, incapacité résiduelle...)
7. Institutionnalisation irréversible
8. Décès

Ainsi, entre la définition littéraire des dictionnaires et le sens donné par les médecins il existe une nuance, qu'il faudrait clarifier. L'épisode au sens « feuilleton » évoque une « maladie à épisodes », quand le sens médical actuel parle lui, « d'épisode de maladie », qu'il n'y ait qu'un ou plusieurs épisodes ! Cette vision médicale entend par épisode, le bornage de la maladie. Par conséquent sa durée avec une date de début et une de fin. Nos confrères belges de la CISP l'expriment directement : « un épisode de soin, tel qu'on l'entend dans la CISP, se définit comme la période qui part de la première présentation d'un problème de santé à un producteur de soins, jusqu'au dernier contact pour ce même motif. Du côté patient, un épisode s'étend de l'apparition des premiers symptômes jusqu'à leur complète résolution : il s'agit alors d'épisode de maladie » (56). En découle la distinction en fonction de la durée des épisodes : aigus (une durée inférieure à quatre semaines) ; subaigus (une durée comprise entre un et six mois) ; chroniques (une durée supérieure à six mois).

Reste cependant, la nuance entre épisode de maladie et épisode de soin. Comment pourrait-on différencier l'une de l'autre ? L'une cible le concept sur l'affection, la maladie quand l'autre met en exergue l'action, le soin. La première serait plus centrée sur le patient et la seconde sur le médecin (bien que). Ils précisent qu'un tel épisode pourra comprendre plusieurs contacts.

Dans sa thèse, Chevallier précisait le lien entre épisode de soin et épisode de maladie ainsi (53) : « Un épisode de maladie peut inclure un ou plusieurs épisodes de soins ou parfois aucun. Le début de la maladie, le début des symptômes et la première consultation coïncident rarement. Une maladie peut débuter de façon asymptomatique, puis des symptômes peuvent être ressentis par le patient qui peut éventuellement consulter dans un troisième temps. Il existe donc potentiellement trois niveaux d'analyse possibles pour définir un épisode (la maladie, les symptômes et le recours au système de soins) » (53). Ainsi pour un RC donné, l'épisode de soin débutait par une consultation ayant le code de suivi N (Nouveau, première consultation pour ce RC pour l'épisode de soins) et se clôturait par la dernière consultation ayant le code de suivi P (Persistant) dans la limite de 6 mois ou d'une nouvelle consultation avec le code de suivi N pour ce RC. ». La figure n°7, ci-dessous, illustre pour un patient, les interactions entre problèmes de santé et épisodes de soin (11).



**Figure n°7 : Interaction entre les différents épisodes de soin et de maladie**

En conclusion, l'épisode de soin, c'est l'aspect diachronique de la prise en charge. Il demande au médecin une vision longitudinale de la maladie.

### Proposition

Un épisode de soin se définit comme l'ensemble des recours au système de soin pour un problème de santé, jusqu'à ce que celui-ci soit considéré comme résolu, ou jusqu'à ce que le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème.

Un épisode de maladie correspond à la durée d'une maladie (RC...), depuis son éclosion jusqu'à sa résolution. Il est caractérisé lors du premier contact avec un médecin, même si la date de début sera souvent antérieure. La dénomination de l'épisode peut changer au cours de l'évolution de la maladie (une hématurie devenant un cancer du rein...). La fin de l'épisode est datée à posteriori par le médecin et le patient, ou par une méthode de calcul basée sur les données épidémiologiques. Pour cette raison un problème de santé est actif ou inactif alors qu'un épisode de soin est ouvert ou fermé.

## Fiche n°23 : **EPISODE DE CHANGEMENT**

### **Eléments de définition**

Nous ne reviendrons pas sur les définitions du mot « épisode », qui ont été détaillées dans la fiche précédente.

Pour « changement », le Larousse parle de « l'action, fait de changer, de modifier quelque chose ». Il évoque aussi « tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi ». L'Académie française associe l'action de changer et le résultat de cette action.

Les ouvrages de médecine n'apportent pas de précision quand ce mot est pris isolément. La demande au groupe « étymologie – philologie » concernait l'évocation des changements de vie, des modifications dans la vie du patient. Autrement dit les « encoches biographiques » marquantes qui ont un « impact » sur la santé psychoaffective et possiblement physique du patient.

### **Discussion**

« Episode de changement » semble vouloir être utilisé pour dénommer des éléments qui concernent la vie des patients ; ceux que nous notons dans un coin du dossier, car ils peuvent influencer leur santé, leurs émotions et les soins, par exemple : la profession, les origines, des faits de vie...

Si nous retenons la définition d'épisode de la fiche n°22 EPISODE DE SOIN-EPISODE DE MALADIE, il ne faut pas réutiliser ici le mot « épisode », qui peut en effet difficilement s'appliquer à un événement de vie. Le mot incident ou événement nous semble plus pertinent.

Une bonne partie de ces éléments sont des événements biographiques, par exemple : né à Versailles, plâtrier, marié 3 fois, souffre-douleur à l'école, chômage après 18 ans dans la même entreprise, 2 enfants (1990 – 1998) ... Un moyen de récupérer ces informations peut être de demander au patient lors de la première consultation : pouvez-vous me citer 3 faits marquants de votre biographie. Cela fonctionne plutôt bien, permet de découvrir des choses auxquelles nous ne pensions pas et de connaître sans trop de temps bien mieux son patient.

Certains événements de la vie sont donc générateurs de stress, qu'il s'agisse d'événements majeurs ou parfois simplement mineurs.

De nombreux auteurs se sont attachés à recenser ces événements de vie, à les catégoriser, voire à les quantifier. Néanmoins, il est à noter que le stress n'est pas toujours proportionnel à la gravité de l'événement et qu'il varie selon l'individu, et en particulier selon sa culture, son origine géographique, voire sa religion. Chacun peut vivre le même événement de manière différente. « L'échelle d'évaluation du réajustement social », proposée par Homes et Rahe (57), appose une valeur pour quelques événements de vie. Bien sûr, d'un patient à un autre, d'un praticien à un autre, ces événements et leurs valeurs seront différemment ressentis (Tableau n°7).

<b>Tableau n°7 : Echelle de Holmes &amp; Rahe. : les 18 premiers événements</b>		
<b>Rang</b>	<b>Evènement de vie</b>	<b>Valeur</b>
1	Mort du conjoint	100
2	Divorce	73
3	Séparation conjugale	65
4	Période de prison	63
5	Mort d'un parent proche	63
6	Blessure personnelle ou maladie	53
7	Mariage	50
8	Licenciement	47
9	Réconciliation conjugale	45
10	Retraite	45
11	Changement dans la santé d'un proche	44
12	Grossesse	40
13	Difficulté sexuelle	39
14	Arrivée d'un nouveau dans la famille	39
15	Réadaptation professionnelle	39
16	Modification de la situation financière	38
17	Mort d'un ami proche	37
18	Changement de fonction professionnelle	36

L'évènement de vie, ne doit pas être confondu avec la notion d' « habitus social », que nous avons traitée dans la fiche n°21. Événements biographiques et habitus social sont complémentaires, comme deux tiroirs pour le non sanitaire, qui caractérisent le patient. Il s'agit de ce qui est qualifié de "notes personnelles" dans le dossier. Une ligne de vie peut en être faite. Les événements biographiques pourraient trouver leur place à la même hauteur que les « antécédents » dans un dossier médical.

De plus, il semblerait que les changements dans le mode de vie soient vécus par une majorité des patients comme un élément accentuant fortement ce qui est appelé le fardeau. Le fardeau (*burden*), est un poids que porte le patient, fruit de

l'accumulation des conséquences liées à ses maladies et à leur prise en charge. L'importance du fardeau dépend des ressources du patient (26).

### **Proposition**

Nous proposons de ne pas retenir la notion d'épisode, que nous réservons au soin : épisode de soin. Nous proposons de retenir le mot « évènement ».

Il est certes difficile d'y adjoindre le mot « changement ». Faut-il retenir « évènement de vie » ou « évènement biographique » ? La seconde expression souligne peut-être mieux l'importance pour le patient de tel ou tel fait dans sa vie. Elle correspond aux évènements marquants ou qu'il juge marquants et qui l'amènent à en parler à son médecin.

## Fiche n°24 : **CONSULTATION – SEANCE – CONTACT**

### **Eléments de définition**

Le mot contact vient du latin *contactus*, de *cum*, avec et *tactus*, touché. Les définitions du Larousse sont intéressantes car même si elles ne sont pas médicales, nous pouvons y voir un lien avec l'usage que nous en faisons en médecine générale. En effet, un contact peut être un « état ou position de deux corps ou substances qui se touchent : Mettre deux corps en contact ». Mais c'est aussi une « sensation produite par quelque chose qui touche la peau : *Le doux contact du velours* ». Cela évoque notre examen physique. Une autre définition parle d'un « état ou action de personnes qui sont en relation, qui communiquent entre elles, qui se fréquentent : Garder le contact avec des amis d'enfance ». Nous pouvons faire le rapprochement avec l'empathie, le transfert. Un contact c'est aussi une « personne avec qui on est en relation, avec qui on entre en rapport pour se procurer quelque chose, pour obtenir des renseignements, etc. : Avoir un contact pour obtenir de la drogue ». C'est l'exemple du patient qui arrive avec une liste de médicament dont il aurait besoin. La définition : « communication, relation entre des personnes, des groupes : Il n'y a pas de contact possible entre eux », peut nous faire penser au médecin de famille. Il est dit aussi que c'est « l'état de quelqu'un qui est proche de la réalité, qui fait l'expérience d'une activité, d'une relation avec l'extérieur, etc., de manière concrète : Il a perdu tout contact avec le réel ». C'est l'expertise du médecin.

Le TLFi y voit un sens médical : « action, fait de toucher un malade ou des objets qu'il a lui-même touchés. Contact direct, contact médiat ou indirect. On aurait du mal à isoler un seul fait véritablement avéré de contagion par contact ».

Enfin, le dictionnaire de l'Académie de médecine lui donne deux sens. Le premier, en psychiatrie : « relation qui s'établit entre deux personnes. Dans la mesure où le thérapeute est suffisamment au clair avec lui-même, il saura associer bienveillance et empathie à une écoute relativement neutre, comportant critique et maîtrise de son mouvement identificatoire. Établir ce contact est déjà un acte thérapeutique ». Le second, à la mode en cette période de COVID, en pathologie infectieuse : « mode de transmission d'une maladie ». Les fameux cas-contact.

Le mot séance quant à lui est défini par le Larousse comme une « réunion des membres d'une assemblée qui délibèrent ou travaillent ensemble ; durée de cette réunion : une séance de l'Académie » ; et aussi comme un « intervalle de temps consacré à une activité, un traitement, etc., et qui peut être répété ; contenu de ce temps : une séance de travail ». Pour le TLFi : « temps, dont la durée est généralement déterminée à l'avance, pendant lequel on se livre de façon continue à une activité, à une occupation, en compagnie d'une ou de plusieurs personnes. Séance de culture physique, de gymnastique ». Mais aussi « temps pendant lequel un patient se soumet à un traitement médical ou autre. Séance de massage, de rééducation ».

## **Discussion**

Le médecin est longtemps resté attaché au « colloque singulier » que décrivait Georges Duhamel (58). Sorte de duo se jouant dans un espace clos, dans le « secret de son cabinet ». Le médecin recevait en consultation ou était appelé au chevet du malade, telles étaient les seules modalités de rencontres entre le médecin et son patient. L'évolution de la société, de la technologie, des communications, mais aussi du système de santé, ont modifié cette image d'Epinal (11). Le téléphone, le mail et maintenant la télémédecine ont modifié cette notion de consultation. Alors quel mot utiliser pour exprimer l'ensemble de ces rencontres avec le patient ?

Les mots « séance » et « contact », pourraient être utilisés à cet effet, c'est à dire donner un nom au moment que passe le médecin face à son patient.

Le mot contact aurait notre préférence. Il est beaucoup plus ouvert, englobant tous les aspects de cette rencontre. Il traduit mieux l'idée que nous en avons : soit une consultation, soit une visite à domicile, un entretien par téléphone, une démarche pour le malade auprès d'une administration, d'un service, d'un confrère, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute...

Le mot séance restant plus limité, il semble plus réservé aux kinésithérapeutes, aux orthophonistes ou aux psychothérapeutes. De plus il s'applique peu au lien téléphonique et internet (de plus en plus fréquent).

Pour la CISP, le mot contact existe aussi, comme le montre le schéma ci-dessous (Figure n°8) (54).

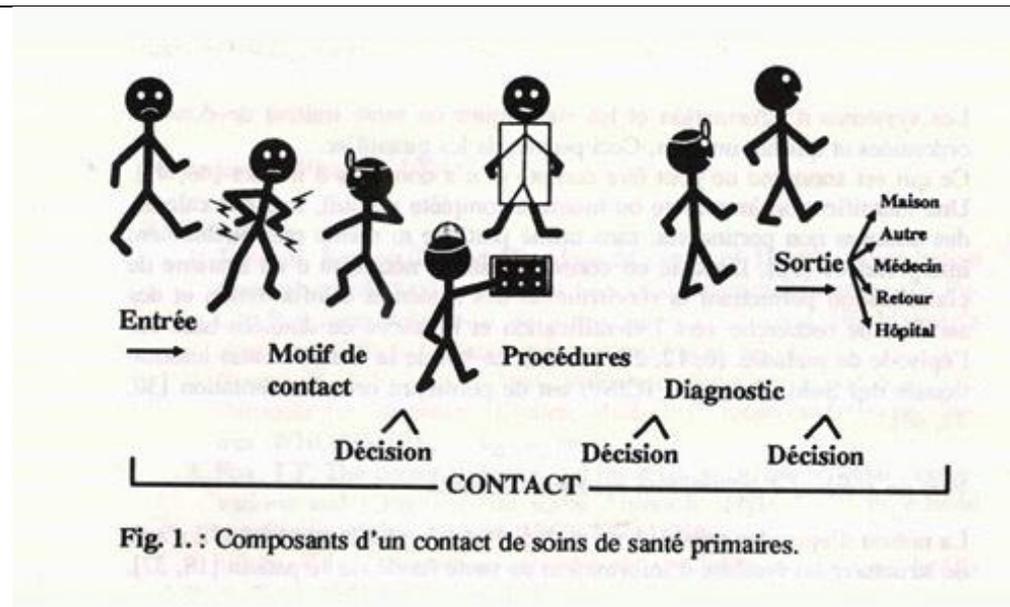


Figure n°8 : Illustration du contact selon la CISP, 1992

Ce type de « contact » défini par la CISP ressemble plutôt à une « séance » avec une entrée (qui commence comme toujours par le fameux « motif de contact ») et une sortie et pourrait s'appliquer à une consultation, à une visite à domicile et même à une hospitalisation. Il faudrait que nous trouvions une formule condensée pour résumer ce que nous voulons dire par contact : toute action du médecin en relation avec l'état de santé de son patient quel qu'en soit le contenu... Après discussion cette définition a évolué vers : toute mise en relation entre un ou des professionnels de santé et un patient ou son entourage, pour échanger sur un problème de santé concernant ce patient. Le mot action, nous semblant moins approprié.

Dans la CISP-2 (56) on retrouve d'autres définitions du contact qui se rapprochent d'avantage de notre vision et en distinguent deux. Le contact direct : « une rencontre face à face avec un patient » et le contact indirect : « un contact autre que face à face avec un patient en soins primaires, c'est le plus souvent par courrier, téléphone ou par l'intermédiaire d'un tiers ».

Les mots « contact » et « rencontre » sont regroupés dans le glossaire du même ouvrage de la CISP-2 et définis de façon précise : « RENCONTRE, CONTACT ENCOUNTER, par : tout échange professionnel entre un patient et un ou plusieurs membres d'une équipe soignante subdivisée en rencontre directe et indirecte sans mise en présence physique du patient et du producteur de soins ».

Il nous faut donc faire un choix entre les mots séance, contact et rencontre. Il semble que le mot contact réponde mieux à ce que nous attendons, à savoir les entrevues de différents types : consultation, visite, téléphone. Séance sous-entend un face à face. Rencontre a le mérite de son côté humanisé. Il faut aussi faire un choix entre action et mise en relation. Le premier centre le contact sur l'acte, l'action, l'autre sur le lien, la rencontre. Le lien n'est-il pas sous-entendu par le mot : contact ? La notion d'action n'est-elle pas indispensable pour justifier un contact ? Ne faut-il pas insister sur la ponctualité, l'aspect synchronique ? Ce que nous voulons définir ce sont tous ces instantanés de différentes formes.

A noter enfin, qu'il correspond à une entité familière en informatique. Ce qui est important pour la structuration des données médicales dans le dossier informatisé. En effet, nos consultations, tous nos contacts dirons-nous maintenant, nécessitent d'être caractérisés afin que le dossier médical puisse enfin « renvoyer » de l'information au médecin qui soit utile au bon suivi du patient. Ainsi, les caractéristiques du contact sont une date, un lieu, un mode de contact, le nom du ou des participants, l'initiateur du contact, la durée du contact....

## **Proposition**

Tenant compte de la nécessité de regrouper tous les types de rencontre sous un même vocable, nous opterions finalement pour le terme de « contact » qui définit le temps pendant lequel, médecin et patient sont en lien direct ou indirect à propos de la santé de ce dernier.

## Fiche n°25 : **OBSERVANCE**

### **Eléments de définition**

Le mot observance trouve son origine au XIII<sup>e</sup> siècle. Il est emprunté du latin *observantia*, « action d'observer ». Il est défini par le Larousse comme « l'action de pratiquer fidèlement une règle en matière de religion : Observance des préceptes du Coran » mais aussi « Action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, une coutume ; la règle de conduite elle-même, convention : l'observance des règles de la versification ». Pour l'Académie française, il n'est usité qu'en matière de religion « Respect de ce que prescrit une loi, un précepte religieux ». Il en est de même pour le TLFi « Pratique habituelle d'une règle, soumission à une loi. L'observance de la règle dans les maisons religieuses ».

D'un point de vue médical, on retrouve une définition du mot « observance » dans le dictionnaire de l'Académie de médecine. Il s'agit de la « manière qu'a une personne de se conformer aux prescriptions médicales ou aux règles d'un programme thérapeutique. Le terme compliance (anglicisme) est utilisé en français dans un autre sens par les physiologistes, mais n'est pas justifié dans le sens d'observance, sauf si l'on précise observance du traitement ». Les académiciens ont tout de même rédigé une définition dans ce sens « Respect par le patient des règles d'utilisation d'un médicament qui doivent avoir été exposées clairement par le médecin afin que le patient puisse bénéficier au mieux du médicament. On insiste actuellement sur l'importance du « taux de maintien thérapeutique » qui souligne que c'est la durée thérapeutique et pas seulement l'observance du nombre de médicaments ou de la quantité prescrite qui est importante ». Dans le Garnier Delamare, on retrouve une définition d'observance thérapeutique : « respect des prescriptions médicales par les patients ».

Ces définitions sont précisées dans un rapport de l'Académie de pharmacie de 2015 (59) où elle relie chaque définition qu'elle donne. Ainsi, l'**observance** est initialement le terme utilisé pour définir l'action de pratiquer fidèlement une règle en matière religieuse et, plus littérairement, l'action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, à une coutume. Le dictionnaire de l'Académie nationale de pharmacie indique, pour l'usage en thérapeutique : « observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est

conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance ». **L'adhésion** (ou « adhérence » en anglais) correspond à l'acceptation plus ou moins exprimée du patient à la stratégie de prise en charge qui lui est proposée. **La compliance** est un terme anglo-saxon, souvent utilisé en français de façon erronée car elle s'applique au comportement de réponse à une contrainte (par exemple la déformation d'un vaisseau sanguin à la pression). Son usage implique la notion d'obéir à une « ordonnance », une injonction du médecin ou d'un autre professionnel de santé. Ce terme ne décrit que très partiellement le processus d'adhésion et de sa traduction, l'observance, il devrait être évité.

## Discussion

Cette question n'est en effet pas anodine quand on sait qu'aux États-Unis, de 20 à 30 % des prescriptions ne sont jamais retirées en pharmacies. Pour l'OMS l'inobservance moyenne dans les pays développés est de l'ordre de 50% (60). La résignation semble de mise quand on voit qu'un taux d'observance de 60% serait acceptable pour la plupart des maladies et de la prévention (61).

De ces définitions, nous pourrions presque dire qu'observance est synonyme d'obéissance. Est-ce synonyme de l'adhésion à un traitement, sans doute pas. Par exemple, un traitement m'ennuie et je le trouve inutile, je n'y adhère pas mais je le prends parce que je suis un malade obéissant. Ou bien, un patient qui ne se préoccupe pas du tout de son traitement anticoagulant par fluindione. Il n'est pas adhérent non plus, car il n'a pas compris qu'il allait faire d'autres phlébites et embolies pulmonaires s'il ne le prenait pas. Mais il est pourtant observant, car son fils lui donne tous les soirs au dîner et qu'il le prend devant lui.

La question est de savoir ce que nous voulons définir. Si nous voulons seulement savoir si le patient est ou non observant ; ou les raisons de son inobservance ; ou encore si nous cherchons à quantifier cette mal-observance ? Est-il un peu, beaucoup, passionnément, à la folie, ou pas du tout observant ? Il serait aussi intéressant de savoir si un malade « non observant » guérit moins bien qu'un malade « observant » ? Nous avons un jour pu être dérouté par un patient que l'on revoit quelques jours plus tard, qui va mieux et qui nous dit n'avoir absolument pas suivi le

traitement que nous avons prescrit. L'inobservance aurait-elle parfois certaines vertus ?

L'OMS a défini cinq dimensions regroupant des facteurs pouvant influencer l'observance. Les facteurs socio-économiques incluant le statut socio-économique du patient, la représentation ethnique ou culturelle de la maladie ou du traitement pouvant créer un conflit interne chez le patient et des contradictions entre priorités personnelles et traitement. Les facteurs liés au système de soins : relations patient /soignant, accessibilité et pertinence de l'offre de soins, remboursements. Les facteurs liés au patient : connaissances techniques de la maladie, motivation, capacité à modifier ses comportements, compréhension des instructions, perception des effets du traitement (+ ou -), crainte d'être dépendant, perception des risques ou déni de la maladie, attentes vis-à-vis du suivi. Les facteurs liés à la maladie : durée de la maladie, gravité des symptômes, invalidité, évolution des symptômes. Enfin, les facteurs liés au traitement : effets secondaires, complexité du traitement, délai d'action, commodités, durée du traitement (61). Munzenberger et Souville, ont défini plusieurs niveaux de non-observance (62). Les « prises groupées » où le patient simplifie le traitement par une prise moins fréquente (en deux fois plutôt que trois par exemple) ; les « oublis », plus ou moins fréquents peu quantifiables et les arrêts « momentanés ».

Il a été mis en perspective les notions d'observance et d'autonomie du patient dans le cadre notamment des maladies chroniques (63). Les auteurs évoquent les questions suivantes : « Comment faire pour que l'attitude adoptée par le soignant réponde aux besoins à la fois d'observance et d'autonomie de la personne malade ? Comment faire pour que cette attitude réponde aussi aux besoins de la personne qui soigne ? Peut-on imaginer une relation à symétrie variable, où alterneraient des moments de contrôle et des moments laissant plus de place à la curiosité, à la spontanéité et à l'imagination de chacun » ?

Ainsi l'observance paraît être la traduction matérielle de l'adhésion au traitement. L'adhésion aux soins serait le concept et l'observance sa mise en application. « Le terme d'adhésion thérapeutique est aujourd'hui préféré à ceux d'observance ou de compliance parce qu'il contient l'incorporation par le patient d'un impératif thérapeutique et non pas seulement une injonction verticale du médecin sur le patient. L'affirmation selon laquelle ce changement sémantique signifierait une sortie du modèle biomédical mérite cependant d'être questionnée » (64).

## **Proposition**

Souvent associés les mots observance et adhésion sous-tendent une nuance. L'observance est l'action de pratiquer fidèlement une règle, de respecter un contrat, d'obéir à une prescription... L'adhésion correspond à l'acceptation plus ou moins exprimée à la stratégie de prise en charge. L'adhésion au traitement serait du domaine de l'intention et l'observance de l'action. Dans l'idéal, l'observance est la traduction matérielle de l'adhésion aux soins. L'adhésion aux soins n'implique donc pas obligatoirement l'observance, mais elle exprime plus clairement la nécessaire négociation des propositions thérapeutiques du médecin et la prise en compte du fardeau (*workload*) qu'elles représentent pour le patient (32).

## Fiche n°26 : INERTIE THERAPEUTIQUE

### Eléments de définition

Pour l'Académie française, l'inertie est « la propriété qu'ont les corps de rester dans leur état de repos ou de mouvement, jusqu'à ce qu'une cause étrangère les en tire. Elle signifie, figurément, résistance passive, qui consiste principalement à ne pas obéir, à ne pas exécuter ce qui est commandé » ; mais aussi « se dit, figurément, du manque absolu d'activité ou d'énergie. Rester dans une complète inertie ». On retrouve aussi ce sens pour le TLFi : « Résistance passive et volontaire qui consiste principalement à s'abstenir d'agir ou à refuser toute contrainte physique ou morale. En toutes choses, il opposait aux volontés de son père une force d'inertie, et croyait avoir fait beaucoup s'il avait retardé le moment où il serait contraint d'obéir ». L'Académie de médecine définit l'inertie comme la « propriété que possède un système (mécanique, électrique, chimique, pharmacologique, physiologique, sociologique, économique, etc.) à s'opposer à toute variation ». En revanche, l'inertie n'est pas associée au mot « thérapeutique » ou « clinique ».

Le mot thérapeutique est défini de manière consensuelle et possède deux sens. Ainsi pour l'Académie de médecine il s'agit soit de la « discipline médicale qui se consacre aux moyens pouvant être utilisés pour supprimer une maladie ou corriger les lésions produites par un traumatisme et prévenir leurs séquelles » soit d'un « traitement prescrit à un malade ».

La SFMG dans la fiche 38 du Manuel théorique de médecine générale, a déjà précisé ce concept en reprenant plusieurs définitions. La première selon l'article de Phillips et al. intitulé « *Clinical Inertia* » (65) où ce concept est défini comme « l'échec de la part des médecins à entreprendre ou intensifier un traitement lorsque celui-ci est indiqué ». Junod, lui, le traduit de façon un peu caricaturale comme « un comportement médical réel [...] où on sait ce qui est utile mais on ne le fait pas, on ne sait pas si c'est utile mais on fait, et on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas » (66). Dans sa thèse, Bien la définit pour son étude comme « l'absence d'intensification du traitement médicamenteux, alors que le paramètre n'est pas contrôlé » (67).

## Discussion

L'inertie clinique est un concept complexe avec une définition non consensuelle pouvant mener à des interprétations diverses. En effet, sont utilisés différents termes tels qu'inertie clinique (depuis 2001), inertie thérapeutique (depuis 2004), et inobservance, avec plus ou moins de nuances. En France, le terme inertie thérapeutique reste le plus employé. Les causes mêmes de l'inertie clinique sont variables selon les auteurs, parfois limitées à des facteurs liés au médecin, parfois élargies à l'attitude du patient ou au système de soins. Les contours sont difficiles à dessiner, les décisions du médecin étant influencées à la fois par ses normes intimes mais aussi par ce qu'il perçoit du patient et par différents facteurs liés au système de soins. Il peut également paraître contradictoire de considérer comme facteur d'inertie clinique le manque ou l'absence de recommandations alors que la définition initiale concerne la non-application des recommandations existantes même dans le cas où les résultats cliniques ou biologiques sont insuffisants.

Le concept d'inertie thérapeutique concerne surtout les maladies chroniques asymptomatiques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie. L'inertie clinique ne se conçoit pas sans un cadre constitué par les recommandations de bonne pratique dans lesquelles doivent figurer : la population cible, l'objectif thérapeutique, les modifications thérapeutiques adaptées et un délai acceptable pour effectuer ces modifications.

Dans le Manuel « Médecine, Santé et sciences humaines » du collège des enseignants des sciences humaines et sociales en médecine et santé, il est précisé que « l'inertie clinique n'est pas liée à une méconnaissance des recommandations. Les médecins disent qu'ils connaissent les recommandations, mais qu'ils ne les utilisent pas car ils les trouvent trop rigides et trop éloignées des réalités. Ils disent également qu'ils n'ont ni le temps, ni la formation pour mettre en œuvre les recommandations portant sur le régime et l'activité physique. [...] L'introduction d'un traitement par insuline représente un cas exemplaire où les deux phénomènes agissent de concert : les comportements du médecin et du patient se conjuguent pour retarder la mise en œuvre d'un traitement qui est à l'évidence nécessaire. [...] C'est ainsi que les patients et les médecins concluent souvent des contrats non exprimés pour éviter l'insuline aussi longtemps que possible. [...] La non-observance et l'inertie clinique pourraient avoir un autre point commun. Dans les deux

phénomènes, il s'agit de donner la priorité au présent en omettant de considérer l'importance de préserver l'avenir. Nous l'avons vu précédemment en ce qui concerne la non-observance du patient ; pour ce qui est de l'inertie clinique, le médecin semble donner plus de poids à la difficulté immédiate d'instituer le traitement qu'à l'intérêt lointain de son patient » (68).

Cette notion est à mettre en perspective avec l'« injonction paradoxale » de limiter la iatrogénie et la surmédicalisation par les médecins généralistes français (entre autres). Peut-on dire qu'un médecin « inerte » en matière thérapeutique est un médecin non-observant des règles du moment dans ce domaine ?

Le facteur humain joue un rôle clé dans la décision médicale qui pourrait expliquer cette inertie du médecin. Pour Phillips (65) l'inertie est une « faute » du praticien, qui ne peut donc être qu'un mauvais élève. Reach (69) pose une autre question : l'inertie clinique serait-elle être parfois une « inaction réfléchie », vertueuse, une « inaction appropriée » ? Il fait aussi un parallèle entre la non-observance pour le malade et l'inertie clinique pour le médecin qui relèvent l'un et l'autre d'un même processus, celui du raisonnement : il oppose la raison-raisonnante de la glorieuse Evidence Based Medicine (EBM) et le raisonnement du praticien à la fois cognitive de type heuristique et émotionnel. Ceci n'est pas en contradiction avec les principes de l'EBM comme le disait Phillips dans son article princeps : « Les cliniciens expérimentés sauront reconnaître qu'il y a toujours des exceptions et que l'insistance rigide concernant une application uniforme des recommandations pourrait entraîner un traitement excessif et des interventions inappropriées ». Reach poursuit : « Les fondateurs de l'EBM ont insisté : le médecin doit toujours donner la priorité à son jugement clinique. Il peut donc arriver que le médecin ait raison de ne pas appliquer la recommandation, et, dans ce cas, il vaut mieux parler d'inaction appropriée que d'inertie clinique, cette inaction étant même parfois d'ailleurs une action mûrement réfléchie de la part du médecin ».

## **Proposition**

Nous retiendrons le terme inertie thérapeutique, qui nous semble plus précis qu'inertie clinique. C'est la non-intervention du médecin, alors qu'il sait qu'il devrait le faire.

Le médecin peut avoir, ou non, conscience de cette inertie.

- on sait ce qui est utile, mais on ne le fait pas,
- on ne sait pas si c'est utile, mais on le fait,
- on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas.

Cette inertie peut être justifiée par le médecin en fonction du contexte, en mettant en avance son jugement clinique.

## Fiche n°27 : **EFFICIENCE**

### **Eléments de définition**

Le mot *efficience* apparaît au XIX<sup>e</sup> siècle. Il est emprunté de l'anglais *efficiency*, lui-même du latin *efficientia*, « faculté de produire un effet ; puissance, propriété ».

Les définitions dans les dictionnaires français sont peu nombreuses. Pour l'Académie française dans sa neuvième édition, il s'agit d'un néologisme, c'est la « capacité d'agir en produisant un effet attendu. L'efficience d'une organisation, d'un système politique, d'un réseau de communication. Rendement, effet utile d'une machine, d'un appareil. » Cependant, « pour définir la compétence ou la qualité professionnelle d'une personne, on emploiera Efficacité ». Pour le TLFi, c'est « l'aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement. Quasi-synonyme d'efficacité ou productivité. Wild a établi qu'un grand effort volontaire augmente la vitesse plutôt que l'efficacité d'une tâche. Il arrive même que l'effort diminue l'efficience ».

L'Académie de médecine ne définit pas directement l'efficience mais en fait un synonyme « d'étude coût-efficacité » (*cost efficiency study*) : « En matière de santé publique, rapport qui doit être prévu pour toute action de santé, lorsqu'elle est envisagée et lorsqu'elle se termine : le rapport s'établit entre d'une part, les sommes dépensées en personnels, en matériels, en produits de toutes sortes pour la mise en œuvre de l'action de santé pendant la période fixée, et d'autre part, le bénéfice sanitaire que la communauté visée en a retiré, dans le court et le long terme. Les rapports coût-efficacité sont difficiles à apprécier d'une manière totalement objective. Les dépenses peuvent être chiffrées en valeur monétaire, alors que la prolongation d'un certain nombre de vies, la diminution des taux de mortalité ou de morbidité, la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, le soulagement plus rapide des douleurs, etc. n'ont pas de valeur financière. »

### **Discussion**

Le premier à théoriser sur l'efficacité semble être l'économiste allemand Max Weber (70). Il a beaucoup travaillé sur l'efficacité de la bureaucratie. Ce sont donc dans les domaines de l'économie et de la gestion que la notion a été développée, par

compréhensible nécessité d'optimiser des résultats économiques. Les managers anglo-saxons se sont intéressés aux moyens mis en œuvre pour arriver à une efficacité meilleure et ont développé le terme d'*efficiency* francisé en efficience. Ces notions se sont rapidement étendues à de nombreux domaines techniques, sociaux, éducatifs et scientifiques, dont la santé.

Comme pour le mot maladie (*illness*, *dickness* et *disease*), les anglais ont trois mots qui désignent des nuances de l'efficacité : *efficacy*, *effectiveness* et *efficiency*. Bernard Grenier traduisait ses trois mots anglais dans un ouvrage sur l'introduction à l'analyse médico-économique (71) de la manière suivante. *Efficacy* (efficacité) est l'action favorable d'une action médicale appliquée à un groupe de sujets définis et sélectionnés dans des conditions idéales d'observation que l'on peut qualifier d'expérimentales. L'efficacité est exprimée par comparaison à l'effet observé en l'absence de traitement ou à l'effet d'une action dite de base qui tient lieu de référence. *Effectiveness* (effectivité) est l'action favorable d'une action médicale appliquée à une communauté dans les conditions réelles (*the real world*), compte-tenu de son acceptabilité et des possibilités de mise en œuvre, des interactions qui peuvent se produire à la faveur de situations multiples et non contrôlées. Comme l'efficacité, l'*effectiveness* est exprimée par comparaison à l'effet observé en l'absence de traitement ou à l'effet d'une action dite de base appliquée dans les mêmes conditions et qui tient lieu de référence. Le terme *effectiveness* peut être traduit également par « efficacité pratique » ou « efficacité de terrain ». *Efficiency* (efficience) est l'estimation du rapport entre les résultats favorables obtenus par une action ou un programme de santé et les investissements ou les sommes monétaires qui ont été affectés ou dépensés pour les obtenir. L'efficience est une *mesure du rendement*, de la productivité d'une politique ou d'un programme de santé ; elle est traduite par le *rapport* efficacité/coût ou mieux effectivité/coût. Efficacité et effectivité sont des différences ; l'efficience est un rapport. A la suite de ces définitions, Grenier analyse une politique de prévention du RAA avec deux stratégies A et B : traiter tous les enfants de 4 à 15 ans atteints d'une angine par pénicilline (stratégie A) ou ne traiter que ceux dont le résultat positif du test diagnostique témoigne de la présence de streptocoque beta hémolytique dans la gorge (stratégie B). Il calcule l'efficience de ces deux stratégies et en fait une représentation graphique (en abscisse le coût, en ordonnée l'efficacité). (Figure n°9). Il semblerait que dépenser 10 000 euros de

plus pour « gagner » 1.28 Rhumatisme Articulare Aigu (RAA) pour 1000 angine, ne soit pas « efficient » ...

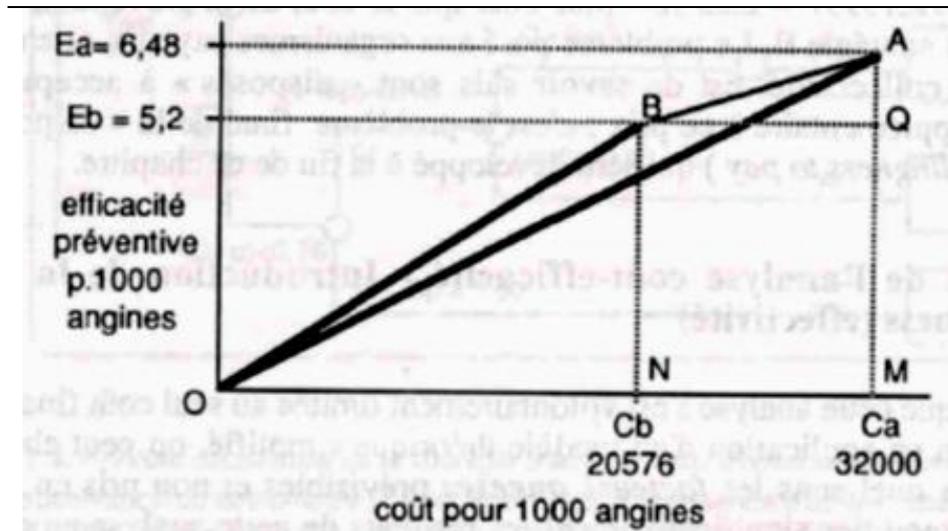


Figure n°9 : Représentation graphique de l'efficacité des stratégies A et B

L'efficacité est donc l'atteinte des résultats qu'on a fixés à son action alors que l'efficience est l'optimisation des moyens en vue d'obtenir des résultats. Rapportée aux soins, l'efficacité est le résultat théorique de la démarche clinique et/ou thérapeutique hors contexte de soins. L'efficience est le résultat réel de la démarche clinique et/ou thérapeutique dans le contexte de vie (psychologique, social, économique, organisationnel, anthropologique personnel du médecin etc.). Il est intéressant de noter que lorsque nous cherchons des sources sur « efficience médicale », nous avons dans nos résultats de recherche de nombreux articles sur « qualité de vie », confirmant leurs liens étroits.

L'efficience est un composant important de la mesure de la performance. C'est l'optimisation de la consommation des ressources utilisées – intrants, dans la production d'un résultat - extrant (72). Elle se mesure à partir de rapports entre les résultats obtenus et les ressources utilisées. En conformité avec le triangle de Gilbert qui modélise la gestion de la performance (Figure n°10), il faut la distinguer de l'efficacité, qui vise à vérifier si les résultats obtenus sont en ligne avec les objectifs fixés, et de la pertinence, qui vise à procurer les moyens suffisants pour atteindre les objectifs fixés.

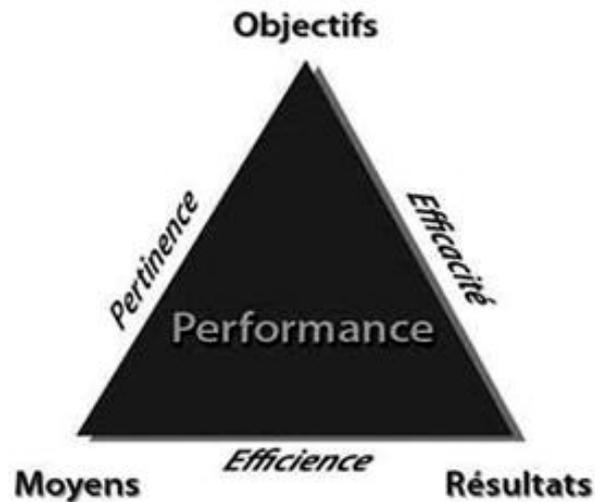


Figure n°10 : Triangle de gestion de la performance de Gilbert

Alors de quoi voulons-nous parler ? A quelle action s'affecterait ce terme ? La démarche clinique, la démarche thérapeutique... ? Le mot efficacité semble plus intéressant pour la démarche diagnostique. Il s'agirait du rapport entre les moyens mis en œuvre et le résultat obtenu. Ai-je systématiquement besoin d'un Electromyogramme (EMG) pour "poser" le diagnostic de syndrome du canal carpien ? De l'efficacité de la démarche diagnostique généraliste à celle de l'urgentiste... ? Il resterait à savoir si les « meilleures conditions » sont celles qui coûtent le moins cher ou celles qui perturbent le moins la qualité de vie du malade et/ou celle du médecin...

### **Proposition**

L'efficacité, c'est utiliser les moyens nécessaires et suffisants pour atteindre l'objectif (diagnostic, traitement, qualité de vie du patient...). C'est une bonne adaptation des moyens mis en œuvre pour obtenir le résultat.

## Fiche n°28 : **QUALITE DE VIE**

### **Eléments de définition**

Le mot « qualité » est défini par le Larousse comme « ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne : Préférer la qualité à la quantité » *ou* « chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend : Cette voiture a de nombreuses qualités ». Le TLFi définit la « qualité de la vie : formule (souvent à caractère de propagande) qui exprime l'aspiration (surtout des populations urbaines) à une société dans laquelle la course à la production et à la consommation maximale feraient place à la recherche d'une vie plus détendue grâce à un meilleur aménagement des conditions et des temps de travail et de loisir, à l'élimination des nuisances, etc. ». Il y eut en France un ministère de la qualité de la vie entre 1976 et 1981. Il exerçait les attributions traditionnellement dévolues au ministre de l'Environnement, au ministre de la Jeunesse et des Sports et au ministre du Tourisme. Il fut remplacé par le ministère du temps libre de 1981 à 1984. Le temps libre serait-il synonyme de qualité de vie ?

D'un point de vue médical, l'OMS en 1993 définit la qualité de vie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement ». L'Académie de médecine lui attribue deux définitions. La première « en psychiatrie : évaluation du bien-être, de l'insertion sociale et de l'autonomie d'une personne. Pour ce problème encore peu étudié en psychiatrie, différentes épreuves permettent de mieux prendre en compte la parole du patient dans un cadre non nosographique. Même comparée à celle de groupes sociaux défavorisés et malgré son amélioration majoritaire par les programmes de réadaptation, la qualité de vie est décrite par les patients comme plus médiocre que par les sujets normaux. Avec l'ergothérapie, tout semble cependant se passer comme si ceux qui avaient de bonnes aptitudes initiales acquéraient une meilleure qualité de vie. [...] La qualité de vie doit constituer un critère d'évaluation d'une prise en soins psychiatriques aussi significatif que les autres ». La seconde « en

biostatistique : la qualité de vie appliquée à la santé (*Health Related Quality of Life*) ne prend pas en compte toutes les dimensions de la qualité de vie, mais seulement celles qui peuvent être modifiées par la maladie ou par son traitement. Elle est estimée par des scores généraux ou plus ou moins spécifiques d'une maladie ou d'un ensemble de maladies ».

## **Discussion**

Nous pourrions commencer par cette citation d'Oscar Wilde : « Il ne faut pas chercher à rajouter des années à sa vie, mais plutôt essayer de rajouter de la vie à ses années ». Quelle qualité de vie voulons-nous définir ? Celle de l'OMS ? Celle définie par « L'index de la qualité de vie Henley & Partners », publié tous les ans, est considéré comme assez fiable pour être repris dans le monde entier. Il classe 161 nationalités en fonction de plusieurs critères : la force de l'économie (en gros, la croissance), la santé, l'éducation, le niveau de vie (le Produit Intérieur Brut, PIB), la liberté de circulation et le niveau de paix et de stabilité. Chaque pays reçoit au final une note comprise entre 0 et 100 %. » Ou bien la qualité de vie en relation avec l'état de santé d'un patient ? Il y aurait alors autant d'estimations de la qualité de vie qu'il existe de maladies ou d'infirmités ?

Quels objectifs attendons-nous de cette définition ? Décrire un état morbide et ses conséquences sur la qualité de vie ; évaluer une stratégie d'action pour faire un bilan avant et après l'application d'un traitement ; en faire une exploitation décisionnelle ; évaluer une politique de santé ?

Que voulons-nous décrire ? Les capacités fonctionnelles ; les capacités fonctionnelles assurant l'autonomie ; les capacités fonctionnelles assurant au moins l'autonomie domestique ; les capacités fonctionnelles assurant les activités professionnelles ; la présence et l'intensité de la douleur ; l'état des fonctions sensorielles ; les possibilités d'interaction sociale ; l'image de soi et les capacités affectives ; la perception de volonté et d'énergie ; la qualité de la sexualité ; etc.

Dans un monde parfait, sans doute voudrions-nous avoir une sorte de « score » global de la qualité de vie d'un malade de 0 à 100. Ce serait tellement pratique ! La valeur de ce « score » sera sans doute applicable à un malade ayant telle maladie, mais ne sera pas applicable à un autre atteint pourtant de la même maladie. Définir

des critères de qualité de vie, générique, est utile dans des travaux de recherche, mais pour le patient, il s'agit surtout d'un ressenti personnel.

Quant à définir un « score par maladie » (serait-ce notre fantasme ?) applicable à une population entière, il s'agit là probablement d'une tâche impossible. Prenons l'exemple de ce blessé amputé des quatre membres à la suite d'un accident, pour lequel une « incapacité fonctionnelle » de 75% avait été attribuée. Il a pourtant par la suite traversé la manche à la nage et réalisé bien d'autres exploits sportifs qui lui ont peut-être donné une qualité de vie supérieure à celle qu'il avait avant l'accident ?

Il semble que de très nombreux auteurs ont élaboré des méthodes et des échelles d'évaluation adaptées à une affection ou à une situation particulière. Toutes ces échelles résultent soit d'une approche holistique (globale) soit d'une méthode analytique des composantes de la qualité de vie les plus « pertinentes » en fonction de l'usage recherché et de l'usage qu'on compte faire de la mesure. En voici quelques exemples (73) : La méthode des profils pour une maladie donnée avec un score pour plusieurs paramètres, très subjective, qui ne peut être faite que par le malade lui-même (exception faite des très jeunes enfants, des déments et des patients comateux...). L'approche analytique reposant sur la valeur accordée à diverses composantes jugées déterminantes et représentatives de la qualité de vie : indicateurs biomédicaux, indicateurs de comportement, indicateurs subjectifs, dits « perceptuels » (par exemple, qualité de vie des patients soumis à un traitement antihypertenseur). L'échelle analogique (*rating scale*, RS) : 0 pour la pire des situations, 100 pour la meilleure. Méthode simple, mais imprécise et infidèle. Les résultats sont difficilement comparables d'une situation à une autre. La Méthode du jeu de hasard standardisé (*Standard Gamble*, SG), basée sur le marchandage de la probabilité, entre la probabilité d'un bénéfice maximal et celle du risque maximal d'un traitement. Au malade de choisir selon la probabilité du succès ou de l'échec du traitement qui lui est proposé. Enfin le marchandage du temps et concept de QUALY (*Quality-Adjusted Life Year* ou année de vie pondérée par la qualité) : la valeur du produit de la qualité d'un état clinique par sa durée est (serait ?) équivalente à un égal produit d'une qualité moindre par une durée plus grande. Une durée de deux années dans un état de santé dont l'index de qualité serait 0.5 est équivalente à une année en parfaite santé dont la qualité est par définition égale à 1. On peut ainsi estimer qu'une intervention de pontage coronarien peut offrir pendant

six années, trois années de qualité 0.9, puis deux années de qualité 0.7, enfin une année de qualité 0.4, soit l'équivalent de quatre années et demie en parfaite santé !

Dans le cadre qui nous intéresse, c'est-à-dire la prise en charge d'un patient, il faut être pragmatique. Il y a peut-être deux groupes de critères pour évaluer la qualité de vie. D'une part des signes objectifs : évolution des signes cliniques, importance d'un handicap fonctionnel, cicatrices, amélioration de signes biologiques ou paracliniques, etc. D'autre part des signes subjectifs surtout, qui viennent de la connaissance du malade à travers ce qu'il dit et/ou ce que l'on comprend. Pour les connaître on peut suggérer les champs à explorer à savoir le vécu et les représentations de la maladie, du traitement, de la santé. On peut ainsi s'interroger sur les objectifs et aspirations du patient, le contexte de vie familial, amical, professionnel, l'état psychologique, les ressources sociales, financières, la capacité d'adaptation, de compréhension, le vécu de la douleur, du handicap, etc.

La notion de qualité de vie, en tant que critère d'évaluation des interventions médicales, gagnerait à être remplacée par une notion plus proche de la réalité des évaluations, telle que celle de « santé perceptuelle » ou de « santé subjective » décrite par Leplège et Hunt (74). Les mesures de qualité de vie : questionnaires standardisés développés selon des méthodes psychométriques (75) distinguent deux types d'utilisation. Une utilisation descriptive : information sur les conséquences des interventions de santé du point de vue des patients ; mesure de la qualité de vie des populations ; analyse et anticipation de la demande de services et de soins et une utilisation normative : aide aux décisions relatives au choix d'un traitement pour un sujet donné ; évaluation des thérapeutiques ou des technologies nouvelles ; allocation des ressources, rationalisation des dépenses... Soit auto-administré ou bien administré par un enquêteur. Lorsque l'on obtient un seul score on parle d'index. Lorsqu'on utilise plusieurs questionnaires indépendants que l'on a sélectionnés pour couvrir l'ensemble des problèmes à évaluer, on parle de batteries de scores. On distingue les instruments de mesures génériques, qui peuvent être administrés à des sujets ayant des problèmes de santé très variés, voire à des sujets en bonne santé de la population générale, et les instruments de mesure spécifiques à certaines affections (hépatite, cancer...) (76).

Pour finir, n'oublions pas que la qualité de vie du patient suppose que le médecin lui demande ses souhaits et ses priorités pour adapter la prise en charge en fonction de ces éléments.

## **Proposition**

La définition de l'OMS de 1993 semble bien caractériser ce que nous voulons définir : la qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

## Fiche n°29 : **EFFET DOMINO**

### **Eléments de définition**

L'effet est défini par le TLFi comme « ce qui est produit par une cause physique ou morale. Synonyme de conséquence, résultat, suite ». Pour l'Académie française c'est la « conséquence d'un acte, d'un phénomène. L'effet bénéfique d'un traitement médical. Les effets secondaires d'un médicament ».

L'effet domino est défini par le Larousse comme une « réaction en chaîne entraînant une suite de catastrophes (pays passant dans le camp ennemi, faillites bancaires, etc.). Cette expression est due à une théorie géopolitique américaine des années 1950 ». Il s'agit d'une idée répandue pendant « la guerre froide » selon laquelle le basculement idéologique d'un pays en faveur du communisme serait suivi du même changement dans les pays voisins. Elle fut invoquée par l'administration américaine pour justifier son intervention dans le monde.

Il n'y a pas encore de définition médicale consensuelle, son apparition est assez récente.

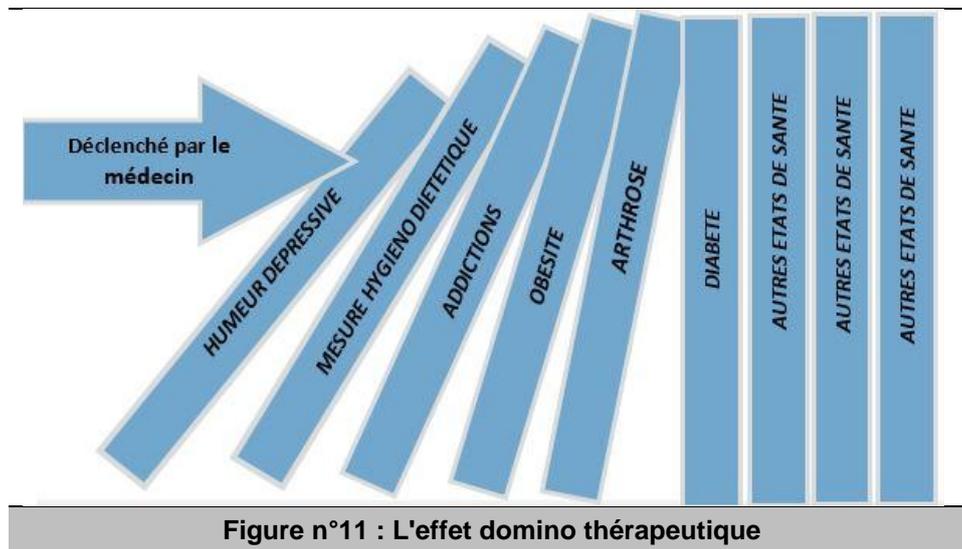
### **Discussion**

Contrairement à la définition du Larousse, son utilisation en médecine a pour but d'obtenir une réaction en chaîne positive pour le patient. L'effet domino est utilisé dans le cadre de la multimorbidité. Il s'agit de repérer au sein des différents éléments de santé d'un patient, sur lequel agir pour obtenir une amélioration en cascade sur le plus grand nombre d'autres éléments de santé. Cet effet peut être plus ou moins important, sa portée dépend des liens entre les éléments de santé. Il ne doit pas être le fruit du hasard mais bel et bien préparé et déclenché par le médecin (Figure n°11). Il n'est bien sûr pas question de négliger les autres problèmes de santé du patient, mais le but est de choisir l'élément de santé sur lequel il est le plus pertinent d'agir (77).

Par exemple, « Traiter une dépression (premier domino) permet d'espérer un changement de motivation concernant les mesures hygiéno-diététiques d'un diabète (deuxième domino), entrainera une diminution de la consommation d'alcool (troisième domino) puis de l'obésité (le quatrième domino) et laisse espérer une

diminution importante des gonalgies (cinquième domino) et une reprise d'activité physique » (78).

Cet effet permet d'envisager un axe principal d'intervention à un moment ou l'autre de l'évolution de l'état du patient.



## Proposition

L'effet domino est une réaction en chaîne qui n'est pas le fait du hasard. Il est préparé et déclenché par le médecin, sa portée dépend des liens entre les différents éléments de santé.

# **DISCUSSION**

## DISCUSSION

Ce travail inhabituel dans notre domaine a permis de préciser pour celui qui, de l'étudiant au médecin installé depuis 30 ans, en passant par le confrère hospitalier, s'il se posait la question, du sens des mots qu'il utilise au quotidien.

Les mots sont le principal vecteur du dialogue avec nos patients. Nous prenons vite conscience, dès le début de nos études, de la complexité du langage médical. Lors de nos premiers cours, nous découvrons de nombreux nouveaux mots, notamment en anatomie et sémiologie. Puis lors de nos premières visites, malgré notre apprentissage progressif, nous sommes de prime abord confrontés à la tournure absconse du vocabulaire professoral. Enfin, qu'en est-il de la première fois où, après une supposée brillante explication, le patient nous dit : « Je n'ai rien compris, pouvez-vous recommencer ? ».

Pour nos patients, les dictionnaires grands publics de vulgarisation médicale sont peu nombreux. On retrouve en bonne place Le Larousse médical, qui reprend un certain nombre de maladies et de descriptions anatomiques. Il est en revanche désormais de plus en plus facile d'avoir accès au vocabulaire médical depuis l'avènement d'Internet, et nous sommes parfois surpris par les mots qu'emploient nos patients.

Le projet qui a initié ce travail est issu de la Société Française de Médecine Générale, qui s'organisait pour écrire des ouvrages spécifiques à cette discipline, nouvellement universitaire. Les médecins réunis une semaine en mars 2017, se sont rapidement aperçus qu'il était nécessaire de préciser les mots utilisés et de pouvoir partager leur sens exact, dans une tentative de langage commun. Un groupe complémentaire, avait donc été créé à cet effet.

La reprise et la finalisation de ce travail a permis la réalisation de 29 fiches.

### **1. A propos des fiches**

Nous n'avons pas développé l'ensemble des 31 mots soumis au groupe « Etymologie – Philologie ». Il ne nous a pas semblé nécessaire de faire une fiche à propos de la définition « vulnérabilité versus fragilité » puisque ces deux mots sont clarifiés dans les fiches 19 et 20. La définition d'« Axe principal d'intervention » n'a pas été développée car étant plus du domaine du concept que des mots. Ce concept

est cité dans la fiche sur « l'effet domino ». La définition « facteur de risque » a été séparée en deux fiches. Une première intitulée « risque », la seconde nommée « facteur de risque ». Cela a réduit le nombre de fiche de 31 à 29. Par ailleurs, après avoir réalisé l'ensemble des fiches, certains titres ont évolué. Ainsi, le mot « Polymorbidité » nous paraissant incorrect est devenu « Multimorbidité ». Le mot « chronicité » a été associé au mot « chronique ». La fiche « Épisode de Rupture - Épisode de changement » est devenue « Épisode de changement », le terme rupture nous semblant inadapté. La fiche « Séance-Contact » est devenue « Consultation-Séance-Contact ».

## **2. Les limites et les biais du travail**

Les mots sélectionnés sont issus de propositions des trois groupes de travail de la SFMG. Ceux-ci représentent 14 médecins, membres titulaires de la SFMG. Ils n'adressaient au groupe « étymologie – philologie » que les mots qui leur posaient problème ou dont ils voulaient une précision.

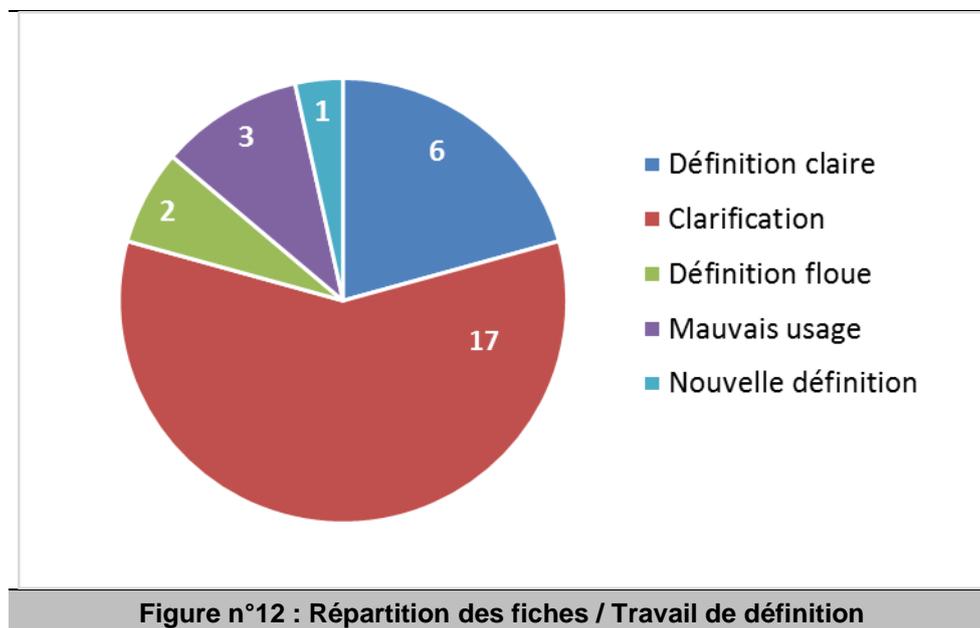
Le nombre de fiches est assez réduit, limité à 29. Bien entendu, notre langage ne se limite pas à ces 29 mots. Le choix était imposé par l'exercice et donc partiel. Il s'agissait seulement de rendre compte des mots ayant posés problème lors de la rédaction de 3 ouvrages de médecine générale. A noter qu'il est fort possible qu'à la lecture de ces livres, nous découvrons aujourd'hui la nécessité de préciser la définition d'un certain nombre d'autres mots ou expressions.

Certains mots sont liés à des concepts parfois nouveaux ou récents, comme « épisode de soin, épisode de maladie » ou « effet domino ». Ils ont été par ailleurs discutés dans un certain « entre soi » puisque tous les médecins étaient de « culture » SFMG. Il aurait été intéressant d'avoir eu le temps de proposer les synthèses à d'autres confrères ou à des linguistes.

Nous avons, en débutant notre travail contacté un linguiste mais cela a été compliqué en raison des contraintes de temps et du contexte sanitaire actuel. Nous avons en effet rencontré le Professeur Philippe Caron, linguiste à la faculté de Poitiers, qui nous a aimablement éclairé et apporté son expertise sur diverses réflexions. Mais nous n'avons pas réalisé un vrai travail de collaboration. C'est une lacune de notre travail.

### 3. Intérêt du travail

Nous avons réalisé au total 29 fiches. 6 avaient déjà une définition claire et nous n'avons pas eu besoin de faire de nouvelles propositions. 17 avaient simplement besoin d'une clarification, de préciser les diverses nuances ou interprétations possibles, afin de s'accorder sur une définition. Pour 3 fiches, nous avons constaté un mauvais usage du mot. Nous avons décidé pour 2 d'entre elles qu'il ne fallait plus utiliser le mot dans ce sens (Fiche N°2 PATHOLOGIE et fiche N°7 POLYPATHOLOGIE) et pour l'autre (Fiche N°23 EPISODE DE CHANGEMENT) nous avons fait une nouvelle proposition (EVENEMENT BIOGRAPHIQUE). Malgré notre travail, 2 mots ont toujours une définition discutable. C'est le cas de la fiche n°5 : TROUBLE et 21 : HABITUS. Il conviendra de s'accorder sur le sens qu'il conviendrait d'adopter au plus proche de la pratique effective. Enfin, nous avons proposé une nouvelle définition pour un mot qui n'en avait pas dans l'usage médical. Il s'agit de la fiche n°29 : EFFET DOMINO. Il est apparu en 2017 (78) et a été repris par la SFMG dans son manuel « La multimorbidité, une nouvelle conception du soin » (77). (Figure n°12).



Sur ces 29 fiches, nous avons pu apporter des précisions pour 23 fiches. Seules 6 des fiches avaient finalement une définition aussi précise avant qu'après notre travail. Cela s'explique par l'absence d'ouvrage de référence faisant la synthèse des

définitions déjà existantes. Chacun propose sa définition sans replacer le mot dans son contexte et sans en expliquer l'usage souhaité.

Finalement ce travail, même limité, permet d'entrevoir les mésusages fréquents que nous faisons de mots qui nous paraissent pourtant la plupart du temps banals et dont le sens « coulerait de source ».

#### **4. Appauvrissement progressif du langage**

« A la fin, nous rendrons littéralement impossible le crime par la pensée, car il n'y aura plus de mots pour l'exprimer (...). La révolution sera complète, quand le langage sera parfait. » Cette citation de George Orwell dans son fameux ouvrage « 1984 » illustre l'impact que pourrait avoir un appauvrissement du langage. Plus récemment Jean-Paul Fitoussi, économiste et ancien président de l'Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE) disait : « il y a un processus qui s'enclenche dans une société qui conduit à l'appauvrissement de la langue et donc à l'appauvrissement de la pensée. La pensée unique vient de l'appauvrissement de la langue ». Cela permet aussi d'édulcorer certains mots. Par exemple, à propos de l'autorisation de tuer un certain nombre d'oiseaux jugés nuisibles on parle de « prélèvement ». Il n'y a plus de chasse ou de mort. Alain Bentolila, linguiste français précisait à propos de cet appauvrissement que « 10% des enfants qui entrent au cours préparatoire disposent de moins de 500 mots, au lieu de 1 200 en moyenne pour les autres. Cela a deux conséquences. La première est que leur pouvoir sur le monde s'en trouve limité. La seconde, c'est que cela les enferme dans un ghetto et favorise un communautarisme croissant » (79).

##### 4.1 Le langage médical ne fait pas exception

Il a toujours été en perpétuelle évolution. Sournia nous dit que « le vocabulaire médical comporte un fond permanent, qui se retrouve de siècle en siècle et un ensemble éphémère aux rythmes de changements variables, certains termes durant longtemps, d'autres un demi-siècle seulement (...) Les adjectifs que l'on attribuait au pouls ne sont plus en usage depuis que l'on se borne à le compter. Le vocabulaire de l'imagerie médicale lui se complète chaque jour » (80).

Le langage « SMS » a favorisé l'utilisation d'acronymes de plus en plus nombreux. Ces acronymes se substituent de plus en plus aux mots et chacun finit par les interpréter à sa manière : « AVC sur TC, secondaire à un AVP » ; parfois empruntés

à l'anglais. Le même acronyme n'ayant pas toujours le même sens. Ainsi l'IR noté dans les antécédents sera pour le pneumologue une insuffisance respiratoire alors qu'elle sera pour le néphrologue une insuffisance rénale. Si l'on en juge par le contenu des courriers médicaux et autres comptes-rendus, l'appauvrissement du langage toucherait aussi les médecins. Outre l'absence quasi généralisée de conclusion ou de synthèse, les courriers de 2021 voient progressivement disparaître le principe même de phrase, au sens de « verbe, sujet, complément » (Tableau n°8).

#### **Tableau n°8 : Trois exemples de courriers médicaux en fonction des dates**

##### **Lettre de 8 avril 1990**

Mon Cher Ami,

Je viens d'examiner avec intérêt le jeune X, âgé de 14 ans, dont la maman se questionne à propos d'un retard statural tout à fait modéré. Il faut dire qu'il s'agit d'un phénomène ancien, ainsi que permet de le vérifier la courbe qui a été très régulièrement suivie. L'enfant n'a jamais été malade, il a toujours été plutôt petit ; d'ailleurs son papa mesure 1m62 et sa maman 1m52.

En considérant la courbe de croissance, on peut certifier que le retard statural a toujours été modéré et qu'il y a même une amélioration, puisque la taille, qui se trouvait habituellement dans le canal compris entre -2 et -3 déviations standard, se corrige progressivement pour être maintenant proche de -1 déviation standard, sous l'influence du début de la puberté, très certainement.

D'ailleurs la maman signale fort justement que son garçon a pris près de 10cm depuis un an, ce qui permet pratiquement d'exclure tout phénomène pathologique.

A l'examen, l'état général est très bon ; effectivement ce garçon a une morphologie un peu trapue, d'origine familiale. La taille est de 151.5cm, soit - 1 déviation standard par rapport à la moyenne et le poids est de 42kg. La puberté est en très bonne voie, le développement testiculaire est extrêmement bien amorcé, la pilosité est au stade III. Le reste de l'examen est tout à fait négatif.

Le seul examen qui pourrait être fait est d'ordre radiologique : cliché du coude gauche et du poignet gauche pour établir l'âge osseux, ce qui permettra une certaine idée pronostique.

Au point de vue thérapeutique, il n'y a aucune indication pour une hormonothérapie de quelque genre que ce soit, comme tu t'en doutes, mais tu pourrais essayer le traitement symptomatique par Ornitaïne, 3 à 4 ampoules par jour en traitement prolongé, puisque l'Ornithine a une action positive sur la sécrétion endogène d'hormones de Croissance. Ceci mérite d'être essayé compte-tenu de l'innocuité du traitement.

Je serais heureux de revoir ce garçon dans 6 mois, si tu le veux bien.

Très amicalement.

---

##### **Lettre du 22 février 2010**

Cher confrère,

Votre patient, M. C, né le 09/07/1937 a suivi la semaine d'éducation spécifique « INSULINOTHERAPIE FONCTIONNELLE » du 07/02/2011 au 11/02/2011.

Les objectifs glycémiques ont été rappelés : 0,7 à 1,20 g/l, à jeun et 4 heures après le repas.

Au cours de cette semaine ont été évalués :

- L'insuline basale au moyen d'un jeune glucidique,
- La quantité d'insuline rapide à injecter au cours des repas par estimation du contenu glucidique et lipidique,
- L'adaptation de cette dose de d'insuline rapide en fonction de la glycémie préprandiale,
- La conduite à tenir en cas d'hypo et d'hyperglycémies (avec ou sans cétose).

Ainsi la stratégie de correction des hyperglycémies (« insuline pour soigner ») et les quantités de glucides en fonction de la profondeur de l'hypoglycémie ont été revues.

Les besoins en insuline déterminés au cours du séjour sont suivants :

- Pour l'insuline basale (« insuline pour vivre ») : LANTUS 20 u soir
  - Pour les repas (« insuline pour manger ») : HUMALOG - 2 U pour 10 g de glucides au petit déjeuner, 1 U pour 10 g de glucides au déjeuner, 1,5 U pour 10 g de glucides au dîner.
-

---

- Pour la correction des hyperglycémies (« insulines pour soigner ») : 1U/0,40 g/l au-dessus 1,20 g/l.

Différents documents ont été remis au patient concernant les informations diffusées pendant la semaine.

Concernant les résultats biologiques : HbA1c (%) : 7,8, Créatinine (μmol/l) : 88, EAL (g/l) : CT 1,79 ; LDL 0,82 ; HDL 0,78 ; Tg 0,96

Une consultation médicale a été prévue le 09/03/2011 avec le Dr P

Nous resterons à votre disposition pour toute autre renseignement complémentaire.

Bien Confraternellement.

---

### **Lettre du 19 février 2020**

Chers Confrères,

J'ai vu en consultation le 17/02/2021 Mme P\*\*, né(e) le 13/12/1976, pour Réévaluation de fessalgie.

Le compte rendu de la consultation est :

Sous AINS, ne décrit pas de douleur

Elle prend uniquement le traitement par Kétoprofène le soir.

Le bilan biologique ne retrouve pas d'inflammation

Le HLA B27 est négatif

Absence de critères pour évoquer une SPA.

Essai des AINS au long cours avec sevrage progressif

Bien Confraternellement.

---

En paraphrasant Bentolila, on peut ainsi craindre l'incidence que cela pourrait avoir sur le crédit et le pouvoir qu'auront les médecins sur leur monde !

## **5. Les mots ont un sens**

Un sens pas toujours identique pour l'émetteur et le récepteur. Un vocabulaire « vulgaire » existait avant que les médecins s'expriment en français, entre eux, par l'oral et par l'imprimé, c'est-à-dire avant le XVIème siècle. Après la Renaissance ce vocabulaire populaire s'est enrichi de termes savants, pour devenir le seul instrument de communication entre professionnels (80). A force d'évolution, nous avons fini par avoir un langage commun entre médecins dit langage vernaculaire. Mais même dans ce langage vernaculaire certains mots ne sont pas du tout de notre spécialité. On parle ainsi de grippe aviaire au lieu de grippe H1N1. Nous utilisons parfois plus facilement le langage commun que notre langage professionnel, spécialisé. Ainsi hormis les gastro-entérologues, nous utilisons bien plus fréquemment le terme de bruits des intestins ou hydro-aérique que le terme de borborygmes. « L'ignorance des patients vis-à-vis des termes spécialisés et techniques les incite à creuser dans leur vocabulaire général afin de trouver des substituts. Par exemple, on utilise bleu pour évoquer hématome et ecchymose. L'ignorance de ces derniers fait qu'on a cherché un terme dans la langue générale qui est « bleu », couleur provoquée justement par les ecchymoses et les hématomes sur la peau » (81).

## **6. Le poids des mots**

Certains mots peuvent avoir un impact important pour le patient qui l'entend. Si lors d'une consultation est prononcé le mot « cancer », la plupart des informations émises après l'usage de ce mot ne seront pas retenues par le patient qui restera focalisé sur le terme de cancer. Il n'est pas rare de demander au patient ce qu'il a retenu de la consultation avec un confrère précédent. Il est souvent surprenant de constater qu'il retient plus aisément quelques mots épars et moins les explications qui les accompagnaient.

Le mot tumeur par exemple, n'a pas le même sens pour le patient et le médecin. Pour le premier, tumeur est synonyme de cancer et fait poindre l'idée de mort. Pour le médecin, une tumeur peut être maligne ou bénigne. Il sait qu'en fonction du contexte, du type de tumeur, celle-ci n'aura pas du tout le même impact sur la santé du patient. Ainsi, le stress induit par un diagnostic de lipome ne sera pas le même si le médecin dit « tumeur du tissu conjonctif » ou bien « boule de graisse sous la peau ».

En fonction de son utilisation, de l'adaptation de son langage, les mots n'auront donc pas le même poids. Ceux-ci peuvent jouer un rôle négatif dans la relation médecin-patient. Sans doute sous-estimons-nous l'impact de nos mots dans le flot de nos paroles.

## **7. Doit-on tenir compte des mésusages habituels des mots ?**

Nous nous sommes posés plusieurs fois la question. L'exemple le plus marquant est celui de la pathologie. Son usage courant, à savoir synonyme de maladie est un non-sens total vis-à-vis de l'étymologie de ce mot. Nous ne pouvions laisser passer ce non-sens et avons préféré ne pas retenir cette définition. Mais arriverons-nous à changer nos erreurs de langage ?

La question n'est pas l'apanage de la médecine. Prenons l'exemple du mot « numérique ». Selon Michel Volle, économiste, « Celui-ci s'impose, dans le langage courant, pour désigner par métonymie tout ce qui touche à l'informatique. Son étymologie évoque en effet le codage en 0 et 1 qu'exige le traitement informatique des textes, images, sons, programmes et autres documents (...) On peut à bon droit estimer qu'il aurait mieux valu retenir un terme plus exact, par exemple « informatisation » dont l'étymologie est saine en effet, éveille aujourd'hui des

connotations péjoratives ou comme on dit « ringardes » ; tandis que malgré son étymologie déplorable « numérique » connote « jeune ».

Quelle exigence doit s'imposer un professionnel de santé dans l'utilisation des mots ? Il est important d'avoir un langage commun. Nous n'utilisons pas les mêmes mots lorsque nous rédigeons un courrier pour un confrère. Ainsi, le patient utilisera le terme de « souffle au cœur », qui sera noté souffle cardiaque sur notre observation et sera noté souffle éjectionnel systolique prédominant au foyer aortique sur le courrier pour le cardiologue, lui signifiant ainsi que nous pensons à un rétrécissement aortique. Cette précision de langage, lorsqu'elle est bien utilisée apporte un complément d'information.

A l'inverse le médecin pourra parfois l'utiliser pour masquer une absence de connaissance ou en présence du patient pour « tourner autour du pot » et éviter d'utiliser des termes comme cancer en utilisant toutes les paraphrases possibles.

## **8. La communication au cœur de notre pratique**

Celle-ci est de plus en plus importante à l'heure des réunions de concertation, des maisons de santé pluridisciplinaire et autre nécessité de synthèse. Elle est parfois imposée par les autorités de santé où il est nécessaire d'avoir un logiciel commun, un temps de réunion pour pouvoir bénéficier des rémunérations dans le cadre des Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)... Elle a été grandement facilitée par l'informatisation, les téléphones portables. Il est désormais fréquent de s'échanger des photos de plaies entre médecin et infirmier, de se transmettre les résultats d'INR (International Normalized Ratio) par SMS... La notion d'écrit, d'archivage, de traçabilité prend par conséquent une place croissante. Et la question du contenu, du langage, des mots choisis reprend alors toute son importance. Les mots lus à distance, dans le dossier du patient, dans un compte-rendu de réunion, hors la présence de l'émetteur sont aussi interprétés, sans possible explicitation immédiate. Les progrès dans les médias de communication facilitent certes, partage et concertation, et la question du langage et de la définition commune des mots restent d'actualité.

# CONCLUSION

Il faut encourager les efforts contre  
la désuétude des mots dignes d'être conservés.

Emile Littré

## CONCLUSION

Les mots pour dire, les mots pour écrire et communiquer, voilà la réalité à laquelle s'est confrontée la Société Française de Médecine Générale. En effet, lors d'un travail d'écriture de trois ouvrages de médecine, une quinzaine de confrères, répartis en trois groupes ont rapidement constaté qu'il n'était pas toujours aisé de se mettre d'accord sur le sens d'un mot. Ils ont découvert que certains mots n'avaient pas de définition claire ou qu'ils étaient employés à contre sens. Un quatrième groupe a donc été constitué, avec cinq confrères, qui devait à partir des mots envoyés par les trois groupes d'auteurs, faire des recherches et proposer des propositions argumentées.

Notre travail a consisté à reprendre les synthèses et propositions de ce groupe, dit « Etymologie – Philologie », afin de vérifier si la trentaine de mots étudiés avaient une définition opérante et sinon, s'il était possible de faire des propositions de clarification.

Pour cela, nous avons réalisé une étude de la littérature, essentiellement ciblée sur les différents dictionnaires « grand public » et médicaux. Le nombre de mots était limité puisque répondant à la commande stricte des groupes d'écriture. Ils ne concernaient pas des troubles ou des maladies, mais le vocabulaire général médical nécessaire à la description de la démarche médicale, diagnostique et décisionnelle. L'objectif était de faire une fiche par mot, avec une synthèse étymologique, une discussion et une proposition de définition.

Ainsi, 29 fiches ont été rédigées<sup>3</sup>. Il a pu être apporté des précisions pour 23 d'entre elles. Seulement 6 fiches avaient une définition déjà précise.

La question des définitions des mots et de leur sens pourrait paraître accessoire, à l'ère du « texto » et du tout communicant. Pourtant, la communication, cet aller-retour entre un émetteur et un récepteur, les linguistes disent destinataire et destinataire, repose principalement sur la qualité du message, du signal. En effet, sans y porter d'attention, le mot dit et écrit, nos mots, prennent malgré tout sens pour

---

<sup>3</sup> La liste des fiches est consultable page 20

celui qui les reçoit. Le linguiste Saussure (83) l'a conceptualisé en évoquant le premier les notions de signifié et de signifiant. Lacan a repris par la suite ses travaux en soulignant que pour lui le signifiant prime sur le signifié (84). Comment les médecins, pour qui la relation médecin-patient est si cruciale, pourraient-ils s'accommoder de mots mal définis, de mésusages ou de contre-sens ?

L'appauvrissement du langage dès la période scolaire est régulièrement évoqué. Les professionnels de santé n'y échappent hélas pas, malgré leurs années d'études. La lente évolution du contenu des courriers qu'ils écrivent en est une illustration.

Cependant, est-ce possible d'y remédier, d'oser espérer retrouver le bon sens des mots ? Il en va peut-être du crédit que l'on nous portera. Selon Cicourel, la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants (85).

A l'heure où la communication, au cœur de notre pratique, est de plus en plus importante, la question du langage et de la définition commune des mots est sans doute à ne pas négliger.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jovic L. Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle. Recherche en soins infirmiers. 2006 ; 703 : 68-71.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, et al. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. Barcelone : WONCA Europe ; 2002 : 1-52
3. De Pouvourville G. Rapport remis aux ministres de la Santé et de la Recherche : Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France. Mai 2006.
4. Leeuwenhorst group. The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice. Netherlands, 1974.
5. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. GMSanté Editeur. 2015 ; 207 pages
6. Caron P. (dir.), Les Remarqueurs sur la langue française du XVIème siècle à nos jours, Presses Universitaires de Rennes, collection "La Licorne" n° 70, 2004.
7. Yaguello M. Alice au pays du langage, Paris : Éditions du Seuil, 1981 : 224 pages
8. Guiraud P. L'étymologie, Paris, PUF, 1964 : 128 pages
9. Servais E. Défense de la philologie. La Lettre et l'Esprit, Bruxelles, 1965 : 209 pages
10. Bagros P. Histoire des sciences médicales. Tome XLVI-n°4, 2021 : p347-355
11. Boissault P, Ferru P, Kandel O, Szidon P, Thomas Desessarts Y, Very G. L'instant et la durée, des antécédents à l'épisode de soin. GMSanté édition. 2020 : 192 pages
12. Lacan J, Écrits, Paris, Le Seuil, 1966 : p. 450
13. Cicourel AV. Le raisonnement médical : une approche sociocognitive. Paris : Seuil, 2002 : 234 p. (Chapitre: Introduction, p. 30)
14. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF, 2006 : 168 pages
15. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté Editeur. 2019 : p13-15

16. Cathébras P. Qu'est-ce qu'une maladie ? La Revue de Médecine Interne. 1997 ; 18 (10) : 809-813.
17. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. PAYOT 1998 : p227- 253
18. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : Presses Universitaires de France ; 1966 : 290 pages
19. Rolland R. Jean-Christophe. Albin Michel Ed. 1911 : p.1326
20. France A. La vie complète de Jeanne d'Arc, tome.1, 1908 : p.34
21. Sermet C. Qui sont les malades et de quoi souffrent-ils ? Description de la morbidité déclarée et évolution 1980-1991. Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 : actes du colloque. 1994 : p. 69-77.
22. Jammal A, Allard R, Loslier G. Dictionnaire d'épidémiologie, Edisem / Maloine ; 1988
23. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté Editeur. 2019 : 195 pages
24. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972
25. American Psychiatric Association, DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013.
26. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. GMSanté édition. 2020 : 95 pages.
- 27 HAS. Prendre en charge d'une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- 28 Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. GMSanté Editeur. 2015 : p172-175.
- 29 Sermet C. La polypathologie des personnes âgées. Paris : CREDES, 1994 : 22 pages
- 30 Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M. Médecine générale. Abrégé " Connaissances et pratique ". Elsevier Masson. 2<sup>e</sup> édition. 2015 : 454 pages
31. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? Public Health Reviews. 2010 ; 32: 451-74.
32. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. GMSanté édition. 2020 : p26-32

33. HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015 : 36 pages.
34. Clerc P, Lebreton J, Mousques J, Hebbrecht G, de Pourvouville G. Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription. Pratiques et Organisation des Soins volume 39- n°1 / janvier mars 2008.
35. Hebbrecht G, Duhot D, Clerc P. Quelles classes médicamenteuses et leurs associations sont utilisées par les médecins généralistes pour la prise en charge de l'asthme ?
36. Bataille P. Le cancer n'est pas une maladie chronique. Revue du praticien médecine générale. Tome 31. N°974. Janvier 2017.
37. Aubry P. Fièvres récurrentes. In Epidémiologie des maladies parasitaires. Tome 4. Affections provoquées ou transmises par des arthropodes. Editions Médicales Nationales. C. Ripert coordonnateur, 2007 : p 239-252
38. OMS. Guide pédagogique pour la sécurité des patients. Module 11 - Améliorer la sécurité des médicaments. Organisation mondiale de la Santé 2012 : p 241-254
39. MACSF. Rapport 2018 sur le risque des professionnels de santé. Octobre 2019. 56 pages
40. Duhot D. Kandel O. Boinault P. Hebbrecht G. Arnould M. L'observatoire de la Médecine Générale, un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France. PrimaryCare 2009 ; 9 (n°2) : 41-5.
41. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté Editeur. 2019 : p92-137
42. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté Editeur. 2019 : p106-111
43. Chouilly J, Ferru P, Jouteau D, Kandel O. Pour un retour au raisonnement clinique, ou comment apprivoiser l'incertitude diagnostique. GMSanté Editeur. 2019 : p128-129
44. Bortz WM. The physics of frailty, J Am Geriatr Soc, 1993 Sep ; 41 (9) :1004-8.
45. Dramé M, Jovenin N, Ankri J, Somme D and all. La fragilité du sujet âgé : actualité – perspectives. Gérontologie et Société - n° 109 - juin 2004. p. 31-45.
46. Fried L.P, Tangen C.M, Walston J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56. p. 146-156.

47. OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Organisation mondiale de la Santé 2016 : 279 pages.
48. Jaccoud S.F. Nouveau dictionnaire de médecine de chirurgie, pratiques. Tome 17. Paris : J.B. Baillière, 1873
49. Loretto A. Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures. Dans Sciences sociales et santé 2019 : (Vol. 37), p.37-62.
50. Gelly M, Pitti L. Quand la santé décuple les inégalités. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. Rev. Agone 58. N°58. 2016.
51. Katon W, Kleinman A. Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care, In Eisenberg, Leon and Kleinman (Eds), The relevance of social science for medicine, D. Reidel Publishing Co, 1981.
52. Falcoff H. « Le dossier orienté problème existe, je l'ai rencontré » in L'informatisation du cabinet médical du futur (Eds. Venot A, Falcoff H), Informatique et Santé, Springer-Verlag, Paris, n°11 : p. 149-157, 1999.
53. Chevallier F. Estimation des durées de suivi des pathologies aiguës, en médecine générale, à l'aide des données de l'Observatoire de la Médecine Générale. Thèse de médecine. Paris. 2016
54. Jamouille M, Roland M. CISP Classification Internationale des Soins Primaires. Editions Alexandre Lacassagne. Lyon. 1992, p.23.
55. Kasl, S V. How can epidemiology contribute to the planning of health services Research ? Med. Care, 1985, 23, 598-666.
56. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brûlé JF. La CISP – 2. Care Edition, ABSL, B-1410 Waterloo – Belgique. 2000.
57. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res. 1967. 11 (2): 213–8.
58. Duhamel G. Revue des Deux Mondes (1829-1971) Huitième période, Vol. 21, No. 2 (15 mai 1934), p. 277-2.
59. Astier A. et al. Observance des traitements médicamenteux en France. Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de pharmacie le 15 décembre 2015, 65 pages.
60. Lerner B.H. From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non compliance. Social Science and Medicine 1997; 45 (9): 1423-31.
61. Sabaté E. Improving adherence rates: guidances for countries. In Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO, 2003, 211 pages

62. Munzenberger N, Souville M. Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et de l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH, Paris, ANRS, 1996.
63. Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. "Actualité et dossier en santé publique". Vol. 66, 2009 ; p21-23.
64. Mouillie JM, Bonah C, Haxaire C, Penchaud A-L, Visier L. Médecine, santé et sciences humaines. Chapitre 39 : Non-observance et inertie clinique. Collection médecine et sciences humaines - Les Belles Lettres. 2011 : 720 pages
65. Phillips LS, Branch WT, Cook CB et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001 ; 135 : 825-834.
66. Junod AF. Décision médicale ou la quête de l'explicite. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 pages.
67. Bien B. Les déterminants de l'inertie thérapeutique dans le traitement ambulatoire des facteurs de risque cardiovasculaire. Thèse de médecine. Paris. 2015.
68. Mouillie JM, Bonah C, Haxaire C, Penchaud A-L, Visier L. Médecine, santé et sciences humaines. Chapitre 39 : Non-observance et inertie clinique. Collection médecine et sciences humaines - Les Belles Lettres. 2011 : p287-289
69. Reach G. L'inertie clinique, un conflit entre deux logiques. PSN, vol. 10, n° 2/2012.
70. Chanlat JF. L'action publique, l'éthique du bien commun, l'efficacité et l'efficience : un regard croisé. Lausanne. Presse Universitaire Romande, 2003.
71. Grenier B. Evaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique. 2° Edition Masson. 1999 : p.245
72. Pigé B and All. Management et contrôle de gestion, Cours, applications et corrigés. Nathan, 2008 : p. 9
73. Grenier B. Evaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique. 2° Edition Masson. 1999 : p.208-228
74. Leplège A. et S. Hunt, The problem of quality of life in medicine, Journal of the American Medical Association (JAMA), 1997 ; 1 (278) 47-50.
75. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie – méthodes et applications. Editions ESTEM, 2001 : 333 pages
76. Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : quels outils de mesure ? 27es journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005.

77. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comte C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. GMSanté édition. 2020 : p54-55
78. Grimaldi A, Caillé A, Pierru D, Tabureau D. Les maladies chroniques vers la 3ème médecine. Paris. Éditions Odile Jacob, 2017: chapitre 2.
79. Bentolila A. De l'illettrisme en général et de l'école en particulier, Plon 1996 : 226 pages
80. Sournia, J.-C. (1994). Les phases évolutives du vocabulaire médical français. *Meta*, 39 (4), 1996 : p.692–700.
81. Karim Chebouti. Le vocabulaire médical du point de vue des trois fonctions primaires. Linguistique. Paris. 2014.
83. De Saussure F, Cours de linguistique générale, Paris, Payot, 1972 : p.97-101.
84. J.Lacan, Écrits, Paris, Le Seuil, 1966 : 924 pages
85. Cicourel AV. Le raisonnement médical : une approche sociocognitive. Paris : Seuil, 2002 : 234 pages

## RESUME

**Introduction :** Il n'est pas toujours aisé de se mettre d'accord sur le sens des mots, y compris médicaux. Partant de ce constat, la Société Française de Médecine Générale a créé, dans le prolongement d'ateliers d'écriture de trois ouvrages, un groupe de réflexion dédié à l'étymologie et la philologie. Il était composé de cinq confrères qui recevaient des mots posant problème et devaient leur soumettre une note argumentée sur chacun d'eux.

Notre travail a consisté à reprendre les synthèses et propositions de ce groupe, afin de vérifier si la trentaine de mots étudiés avaient une définition opérante et s'il était possible de faire des propositions de clarification.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude de la littérature, essentiellement ciblée sur les dictionnaires « grand public » et médicaux. Le nombre de mots était limité puisque répondant à la commande stricte des groupes d'écriture.

Pour chacun des mots, nous avons fait une fiche. Chacune contenant une synthèse des définitions déjà existantes, une discussion sur le sens de ceux-ci, avant de proposer une définition.

**Résultats :** Au final, 29 fiches ont été rédigées. Il a pu être apporté des précisions pour 23 d'entre elles. Seulement 6 fiches avaient une définition déjà précise.

**Discussion :** La question des définitions des mots et de leur sens pourrait paraître accessoire, à l'ère du « texto » et du tout communicant. Pourtant, la communication repose principalement sur la qualité du message. A l'heure où la communication, au cœur de notre pratique, est de plus en plus importante, la question du langage et de la définition commune des mots est sans doute à ne pas négliger.

**Mots-clés :** Médecine Générale, langage, définition, mots, lexique, étymologie

## SUMMARY

**Introduction :** It could still be difficult to agree on the meaning of words, even for medical terms. Based on this observation, the French Society of General Practice has extended its work done during the writing of three books, by creating a working group dedicated to etymology and philology. It was composed of five fellows who had to submit an explanatory document for each problematic word they had been submitted with.

The present study has been focusing on the proposed argumentation and propositions of this group in order to confirm that the thirty odd studied words have an operational definition and if it was possible to make any proposition for clarification.

**Method:** A bibliography study has been carried on, mostly focusing on the “general public” and medical dictionaries. The number of words was limited as it followed the strict request to the writing groups.

For each word, a specific record was created, including preexisting definitions, a discussion of their meaning, and last a proposal for a definition.

**Results:** 29 records have been redacted, among which 23 have brought a more precise definition, leaving only 6 with a precise enough definition.

**Discussion:** The topic regarding the meaning of word could seem secondary in the “text message” and instantaneous communication era. However communication relies mainly on the quality of the message. Nowadays, communication is essential to our practice and becomes more and more important. Surely, the language and the common definition of words must not be neglected.

**Keywords:** General Practice, language, meaning, word, lexicon, etymology

# SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## RESUME

**Introduction :** Il n'est pas toujours aisé de se mettre d'accord sur le sens des mots, y compris médicaux. Partant de ce constat, la Société Française de Médecine Générale a créé, dans le prolongement d'ateliers d'écriture de trois ouvrages, un groupe de réflexion dédié à l'étymologie et la philologie. Il était composé de cinq confrères qui recevaient des mots posant problème et devaient leur soumettre une note argumentée sur chacun d'eux.

Notre travail a consisté à reprendre les synthèses et propositions de ce groupe, afin de vérifier si la trentaine de mots étudiés avaient une définition opérante et s'il était possible de faire des propositions de clarification.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude de la littérature, essentiellement ciblée sur les dictionnaires « grand public » et médicaux. Le nombre de mots était limité puisque répondant à la commande stricte des groupes d'écriture.

Pour chacun des mots, nous avons fait une fiche. Chacune contenant une synthèse des définitions déjà existantes, une discussion sur le sens de ceux-ci, avant de proposer une définition.

**Résultats :** Au final, 29 fiches ont été rédigées. Il a pu être apporté des précisions pour 23 d'entre elles. Seulement 6 fiches avaient une définition déjà précise.

**Discussion :** La question des définitions des mots et de leur sens pourrait paraître accessoire, à l'ère du « texto » et du tout communiquant. Pourtant, la communication repose principalement sur la qualité du message. A l'heure où la communication, au cœur de notre pratique, est de plus en plus importante, la question du langage et de la définition commune des mots est sans doute à ne pas négliger.

**Mots-clés :** Médecine Générale, langage, définition, mots, lexique, étymologie