

Docteur François GARGOT
 Maître de Conférences Associé
 Médecin Généraliste
 20 rue Alsace Lorraine
 86000 POITIERS

LA CONSULTATION : DEMARCHE ET CHEMINEMENT VERS LA DECISION MEDICALE

Le patient consulte, il est porteur de symptômes qu'il vient présenter au médecin pour que celui-ci identifie le mal et le traite. Le contenu de la consultation permet au médecin d'assurer sa fonction de soignant. L'étude du contenu permet de repérer les mécanismes qui concourent à la démarche et au cheminement vers la décision médicale.

LA RENCONTRE DU MEDECIN AVEC SON PATIENT SE FAIT AUTOUR DU SYMPTOME

Le médecin est consulté en fonction de son aptitude à donner un sens, une signification au symptôme que lui présente le patient. Le médecin caractérise le symptôme et, par l'interrogatoire, en précise les qualités. Si le symptôme est une douleur, il en précise le lieu, le caractère, la durée, l'intensité, les circonstances de survenue, ce qui influence son cours, son irradiation...: il en assure l'étude sémiologique.

Il confronte ensuite le résultat de l'étude sémiologique à sa connaissance des "caractères distinctifs qui permettent de définir les maladies et de les classer".

Cette référence à la nosologie lui permet d'élaborer des hypothèses diagnostiques, lesquelles vont alimenter la décision médicale.

LA RENCONTRE DU MEDECIN AVEC SON PATIENT SE FAIT PAR LE CHOIX DU RECOURS

Le patient a décidé de recourir au médecin, après avoir tenté de trouver, seul ou à l'aide de son entourage, un sens, une signification à son symptôme. Il a donc choisi le recours au médecin. Il est possible d'analyser les éléments qui déterminent ce choix, ce que nous désignons sous le vocable de "déterminants".

De façon très schématique, l'individu se caractérise par ce qu'il a reçu de ses ancêtres: son génome, mais également ce qui a façonné sa personnalité: les acquis éducatifs, les particularismes ethniques, socio-culturels, qui ont accompagné son développement. C'est en somme un mélange complexe d'inné et d'acquis, ayant fait que cet individu est devenu l'homme ou la femme qu'il est.

Apparaît une première catégorie de déterminants :

les " déterminants permanents ".

Ils assurent la permanence de l'être tout au long de sa trajectoire historique. Difficilement modifiables, ils constituent le "noyau dur" de l'individu.

Ces déterminants permanents constituent par eux-mêmes une "grille de lecture" du monde et des événements qui s'y produisent. Qu'ils soient externes ou internes à l'individu, la grille de lecture permet de les identifier, de les qualifier et de leur donner un sens. Le symptôme qui est un événement particulier trouve ainsi un sens.

Les déterminants permanents possèdent un caractère individuel et un caractère collectif. Cette caractéristique collective est partagée par les membres d'une même Ethnie, d'une même communauté, d'une même société, d'un même groupe humain.

Ainsi, toute approche de l'individu malade doit passer par une étude attentive des déterminants permanents d'un patient, afin d'évaluer l'impact possible de l'acte médical; démarche diagnostique, conduite décisionnelle.

Le patient analyse également son symptôme en faisant appel à un certain nombre de déterminants contemporains du symptôme, que nous désignons sous le vocable de "déterminants circonstanciels".

Ils ont eux, pour particularité, de trouver leur origine essentiellement en dehors de l'individu.

Ce peut être la lecture d'un article de presse ou d'un livre, l'écoute d'une émission de radio ou de télévision, l'impact d'une campagne d'affiches ou d'une campagne de presse ou de télévision...

Ce peut être aussi la connaissance d'un cas "semblable" chez une personne proche ou une personnalité célèbre. Ce peut être enfin une réflexion, un avis, un conseil formulé par l'entourage familial, amical ou professionnel: tout un réseau de "consultants" que FREIDSON désigne sous le concept de "structure profane de référence".

Le patient confronte sa symptomatologie à cette autre grille de lecture. Il peut y puiser un renforcement de son opinion sur le sens à donner aux symptômes ou au contraire y trouver une raison de douter de son analyse personnelle.

Tous ces déterminants circonstanciels laissent une empreinte dans l'esprit du patient. Ce dernier, à ce stade de sa réflexion, peut être considéré comme "sous influence", écartelé entre des "vérités" parfois contradictoires. Parmi ces déterminants circonstanciels, certains apparaissent comme plus déterminants que d'autres.

Les médias et en particulier les médias audio-visuels et singulièrement la télévision véhiculent un discours dominant à la "vérité" reconnue!! Puisque c'est écrit ou montré en présence de professionnels qui font autorité...

Quant aux structures profanes de référence, FREIDSON a constaté qu'elles étaient d'autant plus influentes qu'elles étaient éloignées de l'entourage proche du patient.

La recension de l'ensemble des déterminants va initier la démarche de recours au "réfèrent formel" (FREIDSON) qu'est le médecin. La résultante de ces déterminants va influencer sur le choix du "réfèrent formel", sur la façon de présenter le ou les symptômes, et va "polluer" le discours du patient face au médecin qu'il a finalement choisi.

Le praticien va devoir évaluer la valeur de ces déterminants dans la relation à la symptomatologie, ce qui lui permettra de mieux cerner le problème de son patient. Le contact du patient avec le médecin se termine par une substitution de "trace" partielle ou complète dans l'esprit du patient. Le médecin devient à son tour un déterminant circonstanciel et va alors placer le patient sous influence. Le réfèrent formel se substitue le plus souvent au réfèrent profane, l'empreinte laissée modifie durablement l'expression du symptôme par le patient.

LA RENCONTRE AVEC SON PATIENT SE FAIT SOUS LES AUSPICES DE LA CONFIANCE ET DE LA COMMUNICATION

Le médecin peut être choisi au hasard, mais le plus souvent il est choisi, bien évidemment en fonction de sa bonne réputation, mais également en raison d'une certaine correspondance entre les personnalités du patient et du praticien.

En effet, le médecin en tant qu'individu est structuré de la même façon que son patient. Il a lui aussi ses propres déterminants permanents qui peuvent le rapprocher ou l'éloigner de la personnalité de son patient. Il est donc de ce fait plus ou moins réceptif à la façon dont son patient lui présente ses symptômes.

Le médecin a aussi ses propres déterminants circonstanciels. Selon que le passé proche lui a ou non posé des problèmes préoccupants, son écoute peut en être modifiée: excès d'optimisme, excès de pessimisme, manque de rigueur ou précautions excessives. Toute l'attitude professionnelle du médecin doit tendre à maîtriser l'influence de ses déterminants circonstanciels et à contrôler l'influence de ses déterminants permanents.

A la fin de la consultation, le médecin devient lui-même un déterminant circonstanciel qui reste le plus souvent une empreinte majeure pour le patient. Il est de la responsabilité du médecin d'assurer une qualité professionnelle à cette empreinte, de telle sorte qu'elle acquière un niveau de qualité supérieure par rapport aux empreintes laissées par les référents profanes. Tout manquement à cette règle dévaloriserait l'intervention du référent formel qu'est le médecin.

A côté d'une analyse sémiologique sans faille, le médecin doit développer à propos de chaque patient une analyse pertinente des déterminants permanents et circonstanciels. Il doit pour ce faire s'être constitué une grille de lecture performante qui lui permette d'appréhender dans l'espace d'une consultation ou d'une série de consultations un panel de déterminants significatifs qui définisse assez précisément son patient.

QUEL OUTIL POUR UNE APPROCHE ANTHROPO-SOCIO-PSYCHOLOGIQUE ?

Nous avons vu que pour un patient confronté à ses symptômes, la décision de consulter un référent formel est fortement déterminée par des facteurs endogènes et exogènes qui constituent la substance des "déterminants permanents et circonstanciels" que nous avons décrits plus haut.

L'expression des symptômes en eux-mêmes n'est pas, le plus souvent, aléatoire. A côté des causes identifiées par l'approche anatomo-clinique, il en existe d'autres qui relèvent d'une approche anthropo-socio-psychologique. Pour une approche anatomo-clinique, le médecin possède un outil: la sémiologie et un cadre de références: la nosologie. Mais quel outil pour une approche socio-psychologique?

Il faut un outil qui soit capable de recueillir l'information, de l'exploiter ou de la traiter et de s'en servir de référence dans la prise de décision médicale. L'approche anatomo-clinique utilise un outil qui correspond à cette définition. Le recueil de l'information est assuré par l'interrogatoire, l'examen clinique, et les examens complémentaires.

L'exploitation ou le traitement de l'information sont assurés par la confrontation à un cadre nosologique bien défini. Peut-on trouver un outil aussi performant dans une approche anthropo-socio-psychologique?

Nous remarquons qu'un certain nombre d'expressions symptomatiques surviennent à des moments "privilégiés" de la vie d'un individu. Ces moments sont le plus souvent chargés pour lui de significations péjoratives: il s'agit de situations de ruptures, de surmenage, de contraintes et plus généralement de stress qui, en plus des conséquences psychologiques plus ou moins bien exprimées par le patient, entraînent des conséquences particulières qui s'expriment au niveau de son corps. Certaines manifestations digestives, cardio-vasculaires, musculaires, cutanées, pour ne citer que les plus fréquentes, relèvent d'un mécanisme de conversion somatique.

Tous ces déterminants, qu'ils soient permanents ou circonstanciels, constituent le "contexte" dans lequel survient la symptomatologie.

Une bonne compréhension du problème rapporté par le patient à son médecin passe par une analyse fine de son contexte.

L'ANALYSE CONTEXTUELLE

Elle ne se confond pas avec l'anamnèse qui se définit comme l'ensemble des "renseignements que fournit le malade lui-même ou son entourage sur le début de sa maladie jusqu'au moment où il se trouve soumis à l'observation du médecin" (GARNIER-DELAMARE)

Examinons les OUTILS de l'analyse contextuelle:

Dans ce domaine, l'enquête qui peut se mener sous forme d'interrogatoire classique comparable à celui utilisé lors de

l'approche anatomo-clinique, a ses limites, en raison en particulier de la réticence du patient à aborder un domaine intime du fait d'une certaine pudeur. Le patient est habitué à surmonter sa pudeur lorsqu'il s'agit de laisser le médecin accéder à son intimité corporelle (dans le cadre par exemple d'examen proctologiques, d'examen gynécologiques). Mais sa pudeur reste encore très présente lorsqu'il s'agit de permettre au médecin d'accéder à son intimité existentielle. Cette approche médicale n'est pas encore perçue comme faisant partie du rituel habituel de la relation médecin-malade. L'enquête doit alors utiliser d'autres outils. Nous allons en examiner quelques uns:

- L'interprétation au premier degré:

Les éléments apportés par le patient au niveau du discours verbal, de sa gestuelle, de ses mimiques, de son métalangage, permettent à une écoute attentive de discerner d'avantage de choses que l'expression sémantique seule n'en laisse apparaître.

Le praticien peut alors hasarder une interprétation, dans le but de susciter chez son patient une réaction et l'amener à confier un surplus de détails sur sa situation contextuelle. En effet, ou bien l'interprétation présentée par le médecin est pertinente, et le patient apprécie la finesse de l'analyse puis mis en confiance, verbalise d'avantage ses problèmes, ou bien l'interprétation présentée par le médecin est inadéquate et le patient dénie cette interprétation et argumente, ce qui revient aussi à verbaliser ses problèmes (c'est le but recherché).

- La "modélisation":

Le praticien présente son interprétation en faisant référence à un cas semblable pris dans son expérience vécue. Ce cas présenté au patient comme "cas vécu" peut parfaitement être construit au moment de la consultation.

S'il s'agit d'un cas construit, il doit être constitué de tous les éléments que le praticien a repérés et qui sont considérés être ceux non avoués par le patient.

Pour ce dernier, la référence à un cas semblable au sien le met en confiance: "il n'est pas seul dans son cas", "d'autres vivent le même type de problèmes que lui", "le praticien a une compétence puisqu'il a déjà eu à traiter un problème similaire". Là encore, le patient est encouragé à verbaliser son contexte.

- L'appropriation impersonnelle:

Le médecin signifie au patient qu'il a identifié ce que celui-ci ressent, tout en se gardant de partager le ressenti. Il ne dit pas par exemple: "Je suis comme vous, j'ai déjà vécu une expérience semblable dans mon intimité", ce qui aurait comme défaut de trop personnaliser la référence et par là-même de perdre aux yeux du patient l'indispensable objectivité qui garantit la qualité de sa relation avec le médecin. Il s'agit d'éviter l'anecdote pour rester dans l'approche scientifique. Il suffit au médecin de remplacer le pronom personnel défini "je", par le pronom personnel indéfini "on". La formulation devient: "Souvent on a l'impression qu'il se passe ceci ou cela et qu'on ressent...."

En effet, dans une approche organique du patient, il n'est pas demandé au médecin de faire état de son expérience de malade pour que sa compétence soit reconnue, sinon il faudrait que le médecin soit passé par tous les états pathologiques présentés par ses patients pour pouvoir prétendre les prendre en charge. Il est probable que son expérience particulière de la maladie limiterait ses capacités d'analyse. Il perdrait l'objectivité qui permet au mieux une analyse pertinente de la situation.

A QUOI SERT L'APPROCHE CONTEXTUELLE ?

- A trier ce qui dans une symptomatologie relève d'une cause purement organique de ce qui relève d'une autre cause.

Tout médecin fait quotidiennement de l'analyse contextuelle, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, sans le savoir. Mais pour être performante, l'analyse contextuelle ne doit pas laisser "la part trop belle" à l'improvisation, car celle-ci n'est pas toujours pertinente. Dans la pratique, l'analyse contextuelle se doit d'être objective, il est donc nécessaire d'en codifier l'usage.

- A repérer les références anthropologiques, culturelles et sociales du patient.

Dans un certain nombre de cas, on a besoin de ces références pour les offrir comme cadre restructurant au patient qui, momentanément, ne semble plus être capable de s'y référer, et ainsi avoir valeur de thérapie.

L'analyse contextuelle permet de mieux comprendre le cadre dans lequel s'exprime la symptomatologie du patient, elle permet d'adapter au mieux le discours du médecin et d'éclairer la décision médicale.

- A repérer les "déterminants permanents et circonstanciels" liés à l'ethnie, à la culture, à l'origine socio-économique du patient.

Le médecin peut ainsi examiner les difficultés actuelles du patient au regard de ses référents et pointer les anachronismes, les atypies et les incohérences qui se font jour et qui concourent à l'expérience vécue par le patient.

Le patient lui-même paraît le mieux placé pour connaître et évaluer son propre contexte, mais le symptôme peut masquer les données contextuelles et apparaître au premier plan.

Sa signification somatique devient exclusive aux yeux du patient, et ce dernier n'a pas naturellement tendance à reconnaître l'origine contextuelle du symptôme. Le rôle du médecin est d'accompagner le patient dans son repérage afin de favoriser la prise de conscience et de se poser les questions suivantes:

Quels sont les éléments contextuels qui ont permis l'émergence du symptôme?

Quelle action sur le contexte permettrait de modifier ou de neutraliser le symptôme?

LE FONDEMENT THEORIQUE D'UNE THERAPIE, repose sur le constat que le groupe culturel de référence du patient possède une tradition dans laquelle ce dernier doit pouvoir trouver la réponse au problème posé. (les travaux d'ethno-anthropologie psychiatriques menés par Tobie NATHAN illustrent bien ce type d'approche).

Par voie de conséquence, toute déculturation ou acculturation, tout isolement, toute déchirure du tissu socio-culturel fragilise le patient en particulier lorsqu'il doit affronter une situation imprévue, inaccoutumée.

La pratique nous amène à faire un autre constat : pour le patient, le fait d'objectiver le contexte lui permet de prendre ses distances et de traiter le problème en faisant référence à ses propres structures et à ses propres valeurs culturelles.

L'usage d'une psychothérapie implique le respect de certaines règles au premier rang desquelles deux recommandations:

- Le médecin doit aider son patient à se réapproprier ses propres référents, mais en aucun cas il ne doit lui imposer les siens, alors que la tentation est forte pour lui d'être "le" Référent.

- Le médecin ne doit pas porter de jugement ni avoir un discours moralisateur, ni même un discours normatif qui utiliserait d'autres normes que celles issues de l'analyse des référents culturels du patient.

LA RELATION MEDECIN-MALADE PASSE AUSSI PAR UNE REFLEXION SUR LE LANGAGE.

La communication passe par le langage, la gestuelle, la mimique, le regard, le toucher, etc..., tout ce qui est habituellement désigné comme méta-langage, mais aussi le langage parlé auquel on peut reconnaître plusieurs niveaux de complexité décroissante:

- Le niveau du langage médical, usité entre médecins, mais bien souvent emprunté par le patient qui ne l'utilise pas forcément de façon adéquate.

- le niveau du langage élaboré des milieux dits éduqués.

- Le niveau du langage courant.

- Le niveau du langage "modifié" par une particularité sémantique (patois, dialectes, langues étrangères).

- Le niveau du langage "contraint" par un handicap physique et/ou intellectuel (sourd, sourd-muet, handicapé psychomoteur, tous les individus face auxquels la relation pour s'établir a besoin de la présence d'une tierce-personne, mais pour lesquels les autres niveaux de langage conservent une signification..., mais aussi nourrissons et jeunes enfant).

Au cours de la consultation, le médecin peut utiliser tous les niveaux de langage, successivement, alternativement ou de façon concomitante, tant en ce qui concerne le recueil des informations que dans l'exposé de la décision médicale.

CONCLUSIONS

Au cours de la consultation, les données recueillies par l'analyse du contexte, celles recueillies par la recherche des motivations et des déterminants étayent la décision médicale au même titre que celles recueillies par l'analyse clinique.

L'importance accordée à l'une ou à l'autre de ces démarches est variable. La démarche médicale en général se doit de privilégier par principe l'analyse anatomoclinique. Privilégier ne veut pas dire en faire un usage exclusif. La démarche médicale, en médecine générale en particulier, se doit de réserver à l'approche contextuelle une place importante, suffisante pour permettre au praticien de fournir à son patient une réponse adaptée et parfois de lui éviter des démarches paracliniques multiples et coûteuses. La mise en pratique de ce type d'approche est très "chronophage" et ne se conçoit que dans le cadre d'une consultation longue.

Quant à l'approche thérapeutique de l'analyse contextuelle, elle lui permet de redonner au patient l'usage de son cadre culturel et de lui réapproprier ses racines, de lui fournir un cadre structurant qui lui soit propre.

La psychothérapie structurante ainsi définie, peut être utilisée chez tous les patients. Elle ne prétend pas résoudre l'ensemble des problèmes du patient, face à son environnement.

En cas d'échec, il est toujours possible de lui proposer d'autres modes de psychothérapie: relation d'aide Rogerienne, thérapies comportementales, thérapies cognitives, thérapies analytiques, thérapies systémiques, etc...

Ainsi, avant toute prise de décision, le médecin doit-il s'attacher à répondre aux cinq questions suivantes:

- Pourquoi le patient consulte-t-il maintenant?
- Pourquoi consulte-t-il ce médecin-là?
- Quelle est la nature de sa demande?
- Existe-t-il une explication anatomoclinique?
- Existe-t-il une explication contextuelle?

BIBLIOGRAPHIE

AIACH P. CEBE D.

"Expression des symptômes et conduites de maladies". INSERM. Editions DOIN

FREIDSON E.

"Client control and medical practice". Am.J.Social 1990, 66 : 3374-3381.

FREIDSON E.

"La profession médicale". PAYOT, PARIS 1984.

NATHAN Tobie.

"La folie des autres. Traité d'ethnopsychologie clinique". Ed DUNOD-BORDAS Paris 1986

NATHAN Tobie.

"Le sperme du diable". PUF 1988.