

## Le potentiel iatrogène du discours médical

---

Une partie de l'information que les médecins confient à leur patients peut involontairement amplifier les symptômes, être source de stress somatique, un effet qui doit être compris par les médecins pour optimiser la gestion des soins aux patients. Cet effet illustre le potentiel iatrogène de l'information, par analogie au potentiel iatrogène des médicaments et des procédures.

Les symptômes somatiques et la maladie sous-jacente n'ont pas une équivalence fixe, invariable, univoque. Des symptômes peuvent survenir en l'absence de maladie démontrable, les maladies « silencieuses » surviennent sans symptômes, et il existe une variabilité interindividuelle importante dans les symptômes résultant de la même pathologie. Un facteur de cette variabilité est la pensée du patient, ses croyances, et idées. Ces cognitions peuvent amplifier les symptômes et la détresse somatique. Bien que les cognitions ne puissent pas causer des symptômes, ils peuvent les amplifier, les perpétuer et les exacerber en les rendant plus prégnants, nocifs, intrusifs, et gênants.

Plusieurs scénarios classiques illustrent le potentiel iatrogène des mots du médecin, par exemple, en instituant un nouveau traitement, en recueillant un consentement éclairé, en présentant des informations ambiguës sur les tests de laboratoire et en préparant les patients à des procédures douloureuses.

La connaissance des effets indésirables non spécifiques, diffus et ambigus d'un médicament (tels que fatigue, difficultés de concentration, nausées, vertiges, maux de tête) augmente la fréquence avec laquelle ils sont constatés et rapportés<sup>1</sup>. Que l'information soit communiquée par discussion avec le médecin ou lors de l'obtention du consentement éclairé, les patients qui apprennent les effets indésirables communs et non spécifiques des  $\beta$ -bloquants, des statines, des contraceptifs oraux contenant des œstrogènes et des agents symptômes urinaires obstructifs, rapportent plus de ces effets indésirables putatifs que les patients comparables non informés. Par exemple, dans une étude incluant 76 patients recevant un traitement  $\beta$ -bloquant pour l'hypertension, la dysfonction érectile est survenue chez 32% des 38 patients explicitement informés de cet effet défavorable et dans 13% des cas les 38 patients n'ayant pas spécifiquement été mis en garde à ce sujet<sup>2</sup>. De même, dans un essai en double aveugle sur les statines, l'incidence des effets indésirables musculaires a augmenté de 1,00% par an à 1,26% par an après que les patients (n = 9899) recevant la substance active en aient été informés<sup>3</sup>.

L'effet nocebo (le développement d'effets contraires au placebo) soutient fortement le fait que la connaissance par le patient des effets indésirables influence l'incidence signalée de ces symptômes. Ainsi, la fréquence et le profil des effets indésirables manifestés par les patients randomisés pour recevoir un placebo dans un essai contrôlé en double aveugle sont similaires à ceux qu'ils savent pouvoir survenir avec le médicament actif.

Fournir des résultats de test de signification douteuse peut également conduire à des symptômes accrus. Par exemple, dans une étude randomisée sur la lombalgie aiguë, un groupe (n = 210) a eu une imagerie de la colonne vertébrale, tandis que l'autre groupe (n = 211) ne l'a pas eue. Un plan de traitement conservateur a été mis en œuvre dans les deux groupes. Au suivi à trois mois, le premier groupe avait significativement plus de douleur, de déficit fonctionnel et de visites chez le médecin<sup>4</sup>. Les problèmes liés à l'annonce de résultats équivoques ou d'anomalies anatomiques cliniquement

---

<sup>1</sup> Barsky AJ et al. JAMA 2002 ; 287 (5) : 622-7.

<sup>2</sup> Cocco G. Cardiology 2009 ; 112 (3) : 174-7.

<sup>3</sup> Gupta A et al. Lancet 2017 ; 389 (10088) : 2473-81.

<sup>4</sup> Kendrick D et al. BMJ 2001 ; 322 (7283) : 400-5.

insignifiantes (« incidentalomes ») sont susceptibles de prendre de l'importance à mesure que le nombre et la résolution des tests de diagnostic s'accélèrent.

La douleur est particulièrement sensible aux croyances, aux pensées, et aux attentes des patients. Le langage spécifique utilisé pour décrire et préparer les patients à des procédures douloureuses peut modifier l'expérience de la douleur. Par exemple, dans une étude randomisée<sup>5</sup> de femmes recevant une anesthésie péridurale ou une anesthésie rachidienne (n=140) pour l'accouchement, celles à qui l'on a dit lors de l'anesthésie locale « *cela ressemble à une piqûre d'abeille : c'est la première partie de la procédure* » ont rapporté significativement plus de douleur que celles à qui l'on a dit « *l'anesthésie locale engourdit la zone et vous serez confortable pendant la procédure* ». L'importance des cognitions dans l'expérience de la douleur est tout à fait d'actualité, compte tenu de la crise actuelle dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse par les opiacés.

### **Le mécanisme de l'amplification viscéro-somatique.**

L'amplification viscéro-somatique a été proposée comme explication de cet effet de l'information sur la perception des symptômes<sup>6</sup>. L'information transmise par le médecin ne provoque pas de symptôme somatique mais amplifie plutôt les symptômes, qu'ils soient dûs à la condition médicale sous-jacente, à la constitution du patient (p. ex., ectopie, hypotension orthostatique), à des dysfonctionnements bénins (enrouement, ballonnements, crampes), à des manifestations transitoires et limitées (éruptions cutanées, infections des voies respiratoires supérieures), à des événements de vie stressants, un manque d'exercice ou de sommeil, ou des écarts diététiques.

Une information médicale peut initier un cycle autoperpétuant et autovalidant d'amplification de symptômes. Apprendre qu'un symptôme peut être plus remarquable ou médicalement significatif, l'amplifie. Réattribuer le symptôme à une cause plus sérieuse et plus inquiétante amène le patient à le surveiller et à l'envisager de plus près, et cette attention accentuée amplifie le symptôme, le rendant plus intense et intrusif, plus inquiétant et affligeant<sup>6, 7</sup>. La mésattribution amorce également une recherche de symptômes supplémentaires pour corroborer l'idée que quelque chose ne va pas, ce qui entraîne une prise de conscience accrue des autres symptômes diffus, transitoires ou ambigus qui étaient auparavant ignorés, minimisés ou considérés comme insignifiants. L'apparente émergence de ces « nouveaux » symptômes (avec le rejet des observations qui ne confirment pas la cause suspectée) est considérée comme autre preuve de gravité. Le cycle d'amplification est également alimenté par l'anxiété croissante : l'inquiétude et la préoccupation croissantes vis-à-vis de la signification médicale du symptôme, et son aggravation apparente, le rendent plus menaçant.

### **Modulation de l'amplification des symptômes et minimisation de la détresse excessive**

Une attention particulière portée à l'information et à la façon dont elle est transmise peut limiter l'amplification involontaire de symptômes excessifs, disproportionnés, et indûment gênants. L'étape thérapeutique initiale est une exploration des idées du patient sur les symptômes : « *Quelle est la cause présumée des symptômes et leur signification putative, quelle évolution future est attendue, quel est le plus inquiétant et troublant d'entre eux ?* ». Les réponses à ces questions peuvent conduire à une discussion plus réaliste et rassurante des patients quant à leurs préoccupations spécifiques. Expliquer le processus d'amplification viscéro-somatique peut s'avérer bénéfique. Comprendre que l'interprétation des informations médicales peut exacerber et perpétuer des symptômes ; expliquer les processus de mésattribution, l'attention sélective, l'examen corporel, et l'anxiété secondaire ; tout cela peut avoir un effet palliatif en proposant aux patients des explications plus rassurantes.

<sup>5</sup> Varelmann D et al. *Anesth Analg* 2010 ; 110 (3) : 868-70.

<sup>6</sup> Brown RJ. *Psychol Bull* 2004 ; 130 (5) : 793-812.

<sup>7</sup> Pennebaker JW et al. *J Pers* 1983 ; 51 : 468-96.

L'assurance que les symptômes, quoique gênants, ne sont pas graves médicalement, les rend moins intrusifs et plus tolérables. L'effet nocebo fournit une illustration vivante, utile et non-péjorative du pouvoir des croyances à amplifier les symptômes. Cette discussion aide également en soulignant et encourageant la gestion adaptative des patients pour augmenter la tolérance à l'inconfort. Il peut être utile d'identifier à l'avance les patients à risque de développer des effets indésirables non spécifiques ou disproportionnés à des médicaments, de sorte que le processus d'amplification puisse leur être expliqué à l'avance. Cela peut être fait avec la Perceived Sensitivity to Medicines Scale<sup>8</sup>, qui est un questionnaire d'auto-évaluation à 5 items validée et fiable.

En plus d'explorer les idées du patient et d'expliquer le processus d'amplification, les médecins doivent choisir leurs mots soigneusement. Par exemple, en discutant des procédures potentiellement douloureuses, les médecins peuvent souligner ce qui sera fait pour atténuer la douleur (comme de simples techniques de relaxation), utiliser un langage neutre pour décrire l'expérience, et donner au patient autant de choix et de contrôle sur l'analgésie qu'il est médicalement possible de faire. Également, le langage est important pour décrire les effets indésirables non spécifiques, par exemple, en se concentrant sur la proportion de patients qui ne présentent pas d'effets indésirables, plutôt que sur ceux qui les décrivent, et associer les informations sur les bénéfiques avec celles sur les effets indésirables. Lors de l'obtention du consentement éclairé, les médecins doivent absolument fournir une information complète et sincère, et éviter d'encourager une relation patient-médecin «paternaliste». Mais le bon équilibre entre une information complète et sincère d'une part, et le potentiel iatrogène de certaines informations d'autre part, est problématique. La notion de « consentement éclairé contextualisé » a été proposé pour équilibrer ces impératifs<sup>9</sup>. Lors de la prescription d'un médicament, tous les effets indésirables graves et médicalement significatifs doivent bien sûr être décrits, et le patient est chargé de signaler tous les effets indésirables ; cependant, si le patient est d'accord, les symptômes bénins et non spécifiques ne sont pas énumérés à l'avance, car on lui a expliqué que le faire les rend plus probables.

Des symptômes anormalement pénibles peuvent causer des difficultés dans la relation patient-médecin, parce que les symptômes peuvent être pour le patient une manière moins explicite d'exprimer des doutes ou des préoccupations, qu'ils ressentent mais sont peu ou pas capables d'exprimer ouvertement. Les symptômes peuvent alors devenir une communication muette et non verbale d'anxiété vis-à-vis de la douleur, de doutes envers les médicaments, de préoccupations quant aux résultats d'un test diagnostique, aux soins ou à l'expertise du médecin<sup>1</sup>.

### **Conclusions**

L'information est un paramètre important de la variabilité de la relation entre la maladie et les symptômes.

Des effets secondaires non spécifiques dus aux médicaments, une douleur imprévue lors d'une procédure, et des symptômes exacerbés par l'annonce de résultats de tests de signification médicale peu claire, peuvent être conçus comme partageant des mécanismes pathogènes similaires, et répondant à des stratégies similaires de gestion médicale.

---

<sup>8</sup> Horne R et al. Br J Health Psychol 2013 ; 18 (1) : 18-30.

<sup>9</sup> Wells RE et al. Am J Bioeth 2012 ; 12 (3) : 22-9.