

Les choses que nous disons

Gwynne's Grammar¹ est mon guide d'écriture préféré. L'auteur y préconise la précision dans l'utilisation du langage, qui est la machine à penser nécessaire pour un jugement clair et de bonnes décisions. Gwynne argumente en neuf points l'importance des mots, suggérant même : « *Si suffisamment de sociétés dans le monde s'effondrent à la suite de mauvaises décisions prises en raison de mauvaises pensées, alors oui, toute la civilisation mondiale fait face à l'effondrement, avec des conséquences pour chaque individu qui sont littéralement incalculables* ».

Le champ de la médecine est aussi une société complexe, avec des domaines spécialisés et un système unique de communication. Si Gwynne a raison en affirmant que *les mots reflètent notre processus de pensée et sans eux nous ne pouvons pas raisonner les choses, ce qui peut conduire à de mauvaises décisions*, alors la médecine (en tant que civilisation) fait face à un risque d'effondrement, simplement à cause des mots nous choisissons.

Par conséquent, les mots que nous utilisons sont importants. Ils importent pour notre prise de décision et donc le bien-être de nos patients. Les mots comptent aussi pour les nouveaux étudiants qui apprennent à utiliser le langage comme un outil dans la pratique médicale, ce qui nécessite une précision sémantique.

Ici, je souligne quatre pièges linguistiques : deux que j'ai relevés lors de rencontres avec des patients et des familles (« **La question prépondérante** » et « **Je comprends** »), et deux que j'entends en tant que médecin en service universitaire de soins intensifs, au chevet des patients (« **Historien pauvre** » et « **Banal ou normal** »), et je souligne leur impact sur la pratique clinique.

Rencontres avec les patients et les familles

La question prépondérante

« Vous n'avez pas... [insérer le symptôme préféré], n'est-ce pas ? »

Dans le service, je me suis occupé d'un homme admis, selon moi, pour douleur thoracique. Au moment où j'ai eu fini de l'évaluer, j'avais déjà passé au crible des notes électroniques, dont la plupart concluaient « douleur thoracique ». Lorsque j'ai finalement obtenu l'histoire du patient, j'ai continué à lui demander : « Vous n'avez pas... [insérer le symptôme préféré], n'est-ce pas ? » Avant que je quitte la chambre du patient, il m'a demandé :

« Et ma douleur aux orteils ? »

« Votre douleur aux orteils ? » lui ai-je répondu.

« Oui, mon pied droit me fait mal depuis quelques jours et c'est pourquoi je suis venu à l'hôpital », a-t-il répondu.

« Et votre douleur à la poitrine ? » demandai-je.

« Je n'ai pas de douleur à la poitrine en ce moment », m'a-t-il répondu.

« Ah bon ? » demandai-je avec étonnement.

Le terme « Incompétent » devait avoir été écrit sur mon visage.

« Non, quelqu'un en bas m'a demandé de décrire la douleur à la poitrine que j'ai eue il y a deux semaines, et donc je l'ai fait, mais ça c'était avant, et je ne l'ai pas ressentie depuis ».

¹ Gwynne NM. *Gwynne's Grammar: The Ultimate Introduction to Grammar and the Writing of Good English*. New York, NY : Knopf ; 2014 : 5-8.

Cette rencontre avec un patient m'a rappelé que l'entretien est comme une rue à double sens. Le patient m'évaluait tout autant que je l'évaluais ostensiblement. Par conséquent, il a perdu confiance en moi, comme moi en moi-même ce jour là.

Aujourd'hui, tandis que le personnel voit et examine un patient, plusieurs d'entre eux ont déjà pioché dans le dossier patient informatisé. Un examen en 14 points des systèmes est annoncé « banal » (voir ci-dessous). Par conséquent, le patient en est réduit à la conclusion que le médecin veut entendre. Ce style de questionnement (« Guider le témoin ») peut provoquer des erreurs cognitives telles que l'ancrage, le biais de confirmation, et le diagnostic hâtif, qui conduisent à une mauvaise décision clinique. Pire encore, les patients peuvent perdre confiance envers un clinicien non informé et approximatif. Créer la confiance du patient est la première étape dans la prise de décision partagée et repose donc sur la collecte d'informations précises avec des questions ouvertes non biaisées.

Je comprends

Un homme d'âge moyen s'est présenté avec des douleurs abdominales et sa femme expliquait, en détail, comment il (et elle) s'est senti(e) quand il s'est effondré à la maison. Je lui ai rappelé que j'étais pressé, parce que je devais conduire un autre patient en radiologie. Tandis qu'elle parlait, j'ai hoché la tête avec insistance et tapoté mon pied (probablement inconsciemment) pour leur indiquer que je devais me dépêcher.

J'ai sans doute répété « je comprends » plusieurs fois, tandis qu'elle exprimait de l'inquiétude au sujet de la maladie de son mari.

« Non, vous ne comprenez pas ! », me répondit-elle. « Avez-vous déjà vu s'effondrer devant vous quelqu'un que vous aimez ? »

Elle avait raison. Je n'avais certainement pas « compris ». Comment aurais-je pu ? La femme du patient avait perdu la foi dans ma capacité à faire simplement une pause et l'écouter.

Quand j'étais interne, j'ai dû annoncer une mauvaise nouvelle à la famille d'un jeune patient, qui avait fait un arrêt cardiaque, et qui présentait de graves lésions cérébrales anoxiques. Les membres de la famille ont exprimé leur choc, leur incrédulité et finalement leur chagrin. Pendant cette rencontre, j'ai eu plus de temps pour réellement écouter. Malgré tout ce temps, la phrase « je comprends » est négligemment sortie de ma bouche.

Mon insouciance a été considérée avec mépris. Le chagrin de la famille a viré à la colère, et la rencontre a pris fin rapidement.

Dans les deux cas, l'affirmation hâtive que « *j'ai compris* » leurs sentiments dans cette situation émotionnellement chargée avait eu l'effet inverse de ce que j'avais espéré.

Chaque individu a une prédisposition unique aux émotions ou aux expériences conscientes. Il n'y a pas de manière stéréotypée de vraiment comprendre la perte, le désespoir, le chagrin, la souffrance, la désapprobation, la colère, la tristesse, la peur, l'appréhension, ou les combinaisons infinies d'expériences d'une autre personne. Nous pouvons plutôt prendre le temps d'imaginer à quoi cela ressemble, par exemple, de souffrir. « *Je comprends votre [insérer l'émotion ici]* » devrait probablement être remplacé par « *Je peux essayer d'imaginer votre [insérer l'émotion ici]* ». Faire une pause pour imaginer nous donne l'occasion de renforcer notre intelligence émotionnelle, une condition préalable à la mise en confiance des patients et des familles, en particulier lorsqu'ils sont confrontés à la prise de décisions difficiles.

Pauvre historien

Pendant la visite en soins intensifs, j'entends souvent, « *Le patient est un historien pauvre* ». J'ai commencé à réfléchir à l'impact de ce terme, après l'avoir un jour entendu utiliser pour décrire plusieurs patients consécutifs au cours de la visite du matin. D'abord, pour les patients étiquetés « pauvres historiens », j'ai fait moins d'efforts pour recueillir leur histoire clinique, que pour les patients qui n'étaient pas étiquetés « pauvres historiens ». En fait, j'avais « réduit » le patient. Ensuite, le terme « historien pauvre » a été tapé tout au long du dossier informatisé, de quoi influencer le prochain clinicien qui lirait. Enfin, j'ai identifié l'imprécision sémantique. Le terme « historien » a été mal utilisé.

Un historien, par définition, est quelqu'un qui raconte l'histoire². Mon équipe et moi-même utilisons ce terme pour désigner les patients qui étaient incapables de fournir une histoire précise. En réalité, c'était moi, le pauvre historien.

Plus tard, quand j'ai ignoré le terme et que j'ai commencé à faire attention, j'ai conclu qu'une encéphalopathie, une démence, une dépression, une frustration, une anxiété, une colère, étaient des raisons pour lesquelles les patients n'avaient pas raconté leur histoire. En fait, il y a toujours une raison pour laquelle le patient ne sait pas ou ne peut pas fournir une anamnèse. J'ai appris que l'incapacité d'un patient à fournir un historique ne devrait pas limiter ma capacité à en obtenir un correctement.

Conclusions inhabituelles ou normales

De nombreux centres médicaux universitaires sont des environnements hautement spécialisés, très techniques et soumis à des contraintes de temps de travail. Cette augmentation dans la technologie a créé une juxtaposition discordante. D'une part, la technologie a accéléré la communication et facilité l'établissement de diagnostics grâce à des moyens moins invasifs et un meilleur système de soins aux patients. D'un autre côté, cette augmentation des technologies médicales a créé davantage d'incertitude.

Une médecine protocolée couplée à un dossier de santé électronique peut conduire à une prescription non discriminante des examens. En outre, la réduction du temps de travail a augmenté les transmissions de patients. En conséquence, il n'est pas rare de constater qu'une remarque notée à l'admission en garde est lue à haute voix, mot à mot, à la visite du matin, avec moins d'insistance sur l'examen clinique, et davantage sur les données de laboratoire et d'imagerie.

Des résultats de laboratoire et d'imagerie décrits comme « normaux » ou « banals », hors contexte de l'histoire et de l'examen clinique, créent un effet de primauté irrationnel, en vertu duquel une information donnée plus tôt dans la présentation peut être perçue comme plus importante. En effet, la verbalisation prématurée et fréquente de « normal » peut ouvrir la voie à une fermeture prématurée. Une procalcitonine sérique « normale » fait obstacle à un diagnostic clinique de septicémie. Une radiographie thoracique « banale » défie le diagnostic clinique de pneumonie. Un échocardiogramme « normal » réfute un diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque.

L'arbitrage et l'interprétation des avantages et inconvénients des données issues de la technologie (dans le contexte de la probabilité pré-test et de leurs sensibilité et spécificité pour la condition en

² Tiemstra J. *Acad Med* 2009 ; 84 (6) : 723.

question) sont nécessaires pour préserver le raisonnement clinique ; sinon, la technologie, malgré ses triomphes, ne servira qu'à enliser l'acuité clinique³.

Je n'ai décrit que quatre pièges linguistiques, qui ont eu un impact sur ma pratique clinique : des questions directives ont perturbé l'anamnèse et diminué de la confiance du patient ; dire négligemment « Je comprends » créé de la distance entre moi-même et la famille d'un patient ; l'étiquetage des patients comme « historiens pauvres » a éclipsé par inadvertance mon discernement quant aux raisons pour lesquelles mon patient ne pouvait pas fournir un historique ; enfin, l'utilisation hors contexte des termes « banal » ou « normal » peut avoir un effet irrationnel. Il existe certainement beaucoup d'autres pièges linguistiques qui peuvent conduire à de mauvaises prises de décisions.

Si les cliniciens doivent penser correctement et appliquer utilement nos pensées, les mots doivent être utilisés avec précision. L'utilisation des mots reflète la clarté (ou l'obscurité) de notre pensée et de notre prise de décision, qu'elle soit simple ou complexe, et a finalement un impact sur la santé des personnes qui sont touchées par notre prise de décision. Il est essentiel de « Penser à la façon dont nous pensons », en commençant par les mots que nous choisissons dans les soins cliniques au quotidien. Cela pourrait nous aider à ré-étalonner notre vocabulaire pour davantage de précision sémantique. Sinon, si Gwynne a raison, nous risquons de diminuer l'efficacité de nos décisions, simplement comme conséquence des choses que nous disons.

³ Mukherjee S. *The Laws of Medicine*. New York, NY : Simon & Schuster ; 2015.