

Dr Philippe Humbert

AVEZ-VOUS UN BON MÉDECIN ?

**40 histoires extraordinaires
pour ne plus passer à côté
du bon diagnostic**



**Le
« Docteur House »
français
fayard**

Dr Philippe Humbert

AVEZ-VOUS UN BON MÉDECIN ?

40 histoires extraordinaires
pour ne plus passer à côté
du bon diagnostic



Docteur Philippe Humbert
avec Éric Maitrot

Avez-vous un bon médecin ?

40 histoires extraordinaires
pour ne plus passer
à côté du bon diagnostic

Fayard

DU MÊME AUTEUR

Plus de 100 questions beauté et santé de la peau, Paris, MA Éditions,
2016

*Pour Sébastien, Xavier, Maëlle
et Inès, mes enfants.
Pour Louise et Juliette, mes petites filles.
Mes vraies raisons.
À mes parents, à ma sœur, à mon frère.
À Nora, pour son soutien,
sa présence, son attention.
En mémoire de Christian.*

« Que de choses il faut ignorer pour agir. »
Paul Valéry

« C'est dans l'élaboration des diagnostics que le médecin se
rapproche le plus de l'artiste. »
Georges Duhamel, médecin, écrivain et poète (1884-1966)

Extraits du code de déontologie des médecins

Article 33

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Article 35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Article 64

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Introduction

« Le bon médecin est celui qui guérit la maladie, le grand médecin est celui qui guérit le malade. »

Ainsi s'exprimait, au début du ^{xx}^e siècle, un clinicien canadien réputé, le docteur William Osler (1849-1919).

Malgré les gigantesques progrès de la médecine, cet aphorisme reste pertinent cent ans plus tard. Si soulager les souffrances est bien le devoir premier du médecin, comme le précise le code de déontologie qui régit la profession médicale, la prise en charge d'un individu en souffrance reste fondamentale, et ce dans toutes ses composantes – physiques et psychiques, comportementales, personnelles, familiales, professionnelles, sociales, environnementales.

Étudiant en médecine, j'avais grand-soif de connaissances, et j'ai beaucoup travaillé, non seulement pour apprendre, mais aussi pour comprendre. Je voulais mettre en relation des données anatomiques, un savoir biochimique, des notions de biophysique avec des connaissances de physiologie et, plus encore, des pathologies, c'est-à-dire des symptômes, les signes manifestés par les malades.

Comme tout jeune praticien, j'avais longtemps cru que le devoir du médecin, de celui que l'on consulte parce que l'on souffre, s'arrêtait à la remise d'une ordonnance. Cette feuille de papier si précieuse, si indéchiffrable parfois, répondant parfaitement aux « indications », c'est-à-dire à la nature de la maladie, serait le Graal qui conduit au soulagement.

Mais au soulagement de qui ?

Du médecin qui pense avoir accompli parfaitement son devoir, ou bien du patient qui espère la guérison ?

Ainsi, le jeune docteur que je devenais se satisfaisait d'avoir posé un diagnostic, d'avoir rassemblé les éléments symptomatiques présentés par le

patient et, ensuite, d'y avoir apporté une réponse objective pharmacologique, en rédigeant cette fameuse ordonnance.

Mais, très vite, je me rendis compte que cela ne pouvait être suffisant. Car, en faisant les choses comme cela, si correctement sur un plan académique, pourquoi les malades revenaient-ils me voir ? Pourquoi les patients réitéraient-ils les mêmes plaintes qu'auparavant, en y ajoutant souvent de nouveaux symptômes ?

J'observais mon comportement, qui consistait, alors que j'étais poussé dans mes retranchements, à augmenter ma prescription avec de nouveaux médicaments qui ne me semblaient pas *a priori* essentiels et, parfois, même, n'avaient pas fait la preuve de leur efficacité. Je croyais une fois de plus avoir fait de mon mieux et avoir répondu aux besoins du malade.

J'ai découvert, plus tard, que, si certains malades ne revenaient pas me consulter, ce qui me confortait dans l'excellence de ma prise en charge..., c'est parce qu'ils étaient en vérité insatisfaits, et étaient tout simplement partis consulter un confrère !

Les questions se bousculaient dans ma tête, mettaient à mal mes premières convictions. Mais pourquoi un malade s'attendrait-il à plus, à autre chose, que de se voir poser un diagnostic après qu'il a librement exprimé la nature de ses troubles, et avant de recevoir le traitement approprié ?

Parce que, justement, le diagnostic était trop souvent rudimentaire : « Vous avez mal à la tête ? C'est donc une céphalée !... Vous vous grattez ? Vous avez donc un prurit qui va s'arranger avec des antihistaminiques ! » Etc.

Cette prise en charge était tout sauf de la médecine de qualité. Je l'appelle aujourd'hui « médecine de distributeur » : « Vous êtes constipé ? Prenez un laxatif ! » Or, derrière cette constipation, qui est en effet un symptôme courant, mais ô combien peu banal, il y avait chez ce patient un cancer du côlon.

Ainsi, j'ai compris l'épuisement de certains malades à revenir sans cesse exprimer les mêmes plaintes, l'énervement de certains médecins renvoyant la responsabilité de la persistance des troubles sur le malade lui-même :

« C'est dans votre tête » ou : « Vous êtes trop stressé. » Une incompréhension s'établissait alors dans le duo patient-médecin : le malade n'était pas satisfait de son médecin, le médecin ne comprenait ni le niveau d'exigence ni certaines attentes de son malade.

C'est alors que j'ai admis, petit à petit, que traiter un malade asthmatique n'était pas seulement dilater ses bronches et lui permettre une respiration normale, mais que c'était aussi prendre en compte les facteurs déclenchants qui, parfois, ne sont pas évidents à identifier. Considérons le rôle d'une allergie alimentaire. Eh oui : si l'on essaie de s'éloigner un peu de l'organe qui souffre, ici le poumon, on s'aperçoit qu'une fois sur six l'asthme vient d'une allergie alimentaire !

J'ai surtout réalisé qu'il fallait aussi rechercher une maladie plus générale dans laquelle l'asthme ne serait qu'un des éléments, et rechercher des facteurs d'aggravation ou de pérennisation, tels que des anomalies métaboliques, biologiques profondes (déficit en certaines protéines), des souffrances morales, des événements douloureux – même très anciens – ayant marqué la vie du patient, voire un état dépressif...

Plusieurs patients m'ont appris, au fil des décennies de pratique, qu'en médecine rien n'était écrit définitivement, que tous les savoirs pouvaient être battus en brèche, et qu'il y avait toujours quelque chose à faire de plus et de mieux, soit de la part du médecin, soit de la part du malade.

Si j'ai voulu que cet ouvrage, traitant de l'étroite et sincère collaboration nécessaire entre le patient et son médecin, insiste sur les bonnes pratiques de l'un comme de l'autre, c'est que j'ai souvent pu voir combien de malades perdaient des chances d'être bien soignés parce qu'ils n'avaient pas gardé et présenté aux médecins une prise de sang, celle qui avait été faite dans les semaines qui précédaient le début des symptômes, et ce même si la maladie avait débuté quinze ans plus tôt.

J'ai observé aussi que des patients avec des maladies aussi graves que des lymphomes (un cancer du système lymphatique) auraient pu subir inutilement un cycle de chimiothérapie s'il n'avait pas été mis en évidence une maladie sous-jacente infectieuse, par exemple, dont le traitement a mis la maladie en rémission. Tel fut le cas du père d'un de mes collègues, qui présentait un lymphome de Sézary. Il s'agit d'une prolifération maligne des lymphocytes qui infiltrent la peau et les ganglions. Cet homme en avait tous

les signes caractéristiques – cliniques, biologiques et histologiques, critères en vigueur à l'époque (1995). Aucun doute n'était permis : c'était forcément un lymphome malin, dont le seul traitement était la chimiothérapie. En m'adressant non plus à la maladie mais à la personne elle-même, j'apprenais heureusement que ce monsieur était chasseur, qu'il vivait entouré de chiens, qu'il avait souffert par le passé de quelques éruptions eczématiformes, et qu'il avait une très forte élévation des anticorps, suscitée par la présence d'un parasite, les immunoglobulines E. Je cherchais alors la maladie parasitaire que ce descriptif évoquait, à savoir la toxocarose. La recherche fut positive et nous conduisit à un traitement anti-infectieux, qui est alors apparu miraculeux, guérissant ce qu'il était convenu pourtant de prime abord de considérer comme une maladie maligne. Le patient échappa ainsi à une chimiothérapie éreintante et se réjouit de ce qui n'était pas un miracle, mais le simple fruit de l'application stricte des principes essentiels exposés et illustrés dans le livre que vous avez entre les mains.

Alors que nul ne peut se passer de l'avis d'un médecin au fil de sa vie, alors que la relation médecin-patient aura maintes occasions pour s'établir et se renforcer, le lecteur y apprendra, au travers de nombreuses histoires médicales vécues, qu'il y a toujours quelque chose à améliorer pour optimiser la prise en charge médicale. Mais, pour cela, le patient doit absolument *apprendre* à être un bon patient. Ainsi, il aidera son médecin à être un meilleur médecin. Lequel, pour sa part, doit *apprendre* à être *vraiment* à l'écoute de ses patients en y consacrant l'attention et le temps nécessaires. Et ce malgré les conditions d'exercice sans cesse plus difficiles du médecin généraliste.

Il doit accepter de remettre en cause ses certitudes, ses habitudes et ses connaissances, même les plus ancrées. Alors il améliorera la justesse de son diagnostic, l'efficacité de ses prescriptions, les chances de guérison et de bonne santé future de ses patients, et sera, un siècle après lui, un digne descendant du docteur Osler.

I

AVEZ-VOUS
UN BON MÉDECIN ?

Mon médecin prend son temps pour me questionner

Le bon exercice médical est basé sur deux actes fondamentaux : l'interrogatoire (qui doit être le plus investigateur possible) et l'examen clinique. Et il y a mille façons de questionner un malade.

Ce peut être à la va-vite, lorsque visiblement le médecin cherche juste à s'assurer qu'il n'y a pas d'autres symptômes que ceux que le malade lui présente. Ainsi, le médecin croit gagner du temps et, finalement, poser un diagnostic plus facilement. En fait, c'est tout le contraire, car il ne sera pas aidé par tous les autres signes, parfois très discrets, qui peuvent ouvrir des pistes diagnostiques bien plus fructueuses.

Comment ? En prenant le temps nécessaire, et en interrogeant le patient avec pour objectif d'obtenir des réponses « oui, docteur » à ses questions, plutôt que des « non, docteur ». Cinquante à quatre-vingts questions : c'est, il me semble, la fourchette nécessaire pour un interrogatoire de qualité.

La façon de questionner a elle aussi son importance, avec des questions ouvertes qui n'orientent pas le malade ou qui le conduiraient à dire non. Le médecin vous interrogera notamment sur vos antécédents familiaux et personnels. Les antécédents, ce sont les maladies de vos parents, ou frères et sœurs, et les vôtres par le passé. Tout est intéressant et, même si vous ne connaissez pas les maladies de vos parents, savoir que votre père prend tel médicament peut être un élément important pour votre prise en charge actuelle. Ainsi, les antécédents médicaux sont tous les événements médicaux qui ont pu survenir dans votre famille.

Il est important de savoir si vos parents ont souffert de problèmes rhumatismaux, endocriniens, digestifs... Il m'est arrivé de constater que des malades en disaient le moins possible sur les maladies de leurs parents. Ils m'avouaient un peu plus tard, une fois que j'avais posé un diagnostic, qu'ils craignaient, en me révélant des informations familiales, que je ne fasse pas l'effort d'aller plus loin, et que je me contente de leur attribuer la maladie de leur parent !... Pourtant, la connaissance d'un terrain familial propice à certaines maladies guidera le médecin.

Prenons un exemple. Vous consultez parce que, depuis quelques mois, vos doigts deviennent blancs lorsque vous êtes exposé au froid. Ce symptôme s'appelle le syndrome de Raynaud. C'est une manifestation clinique fréquente, puisque l'on estime que près de 5 % de la population en est atteinte. Dans la majorité des cas, ce syndrome est bénin, isolé, et ne s'associe à aucune autre maladie. Cependant, il est certains cas où il peut être le témoin d'une maladie auto-immune appelée encore collagénose, un lupus érythémateux par exemple. Or il existe un certain nombre de maladies que les malades – et certains médecins – n'arrivent pas à reconnaître. Autant une angine est compréhensible de tous, autant une maladie qui, l'été, donnera une rougeur fixe du visage, et les autres saisons des douleurs articulaires, voire de l'albumine dans les urines, est difficilement assimilée. Ce sont ces maladies qui constituent les collagénoses, vieux terme qui ne veut absolument pas dire ce qu'il semble indiquer – ce qui rend l'exercice de compréhension encore plus difficile.

Il est vrai, cependant, que cette catégorie de maladies, qui comprend des dizaines de pathologies proches (on pourrait dire cousines germaines), mais portant des noms différents, a la propension à se répéter dans la même famille. Ainsi, un membre de cette famille aura eu une maladie de la glande thyroïde, alors que l'autre aura eu une maladie auto-immune de l'estomac. Seul le médecin pourra faire les rapprochements. Si vos parents ont souffert d'une maladie apparentée, comme une thyroïdite, ou encore un rhumatisme déformant, comme une polyarthrite rhumatoïde, il sera pleinement justifié de poursuivre les explorations dans votre cas. Ces explorations complémentaires infirmeront ou affirmeront une maladie sous-jacente.

La recherche d'antécédents familiaux est importante pour dépister des maladies héréditaires, dont le mode d'expression est différent d'un sujet à

l'autre. Une même maladie peut en effet induire, par exemple, chez un sujet des troubles neurologiques, et dans sa descendance des signes cutanés.

Prenons à présent l'exemple de cet enfant qui présente plusieurs taches café au lait. Ce symptôme peut paraître banal, et c'est en effet le cas dans un grand nombre de situations. Cependant, ces taches café au lait peuvent révéler une maladie héréditaire appelée maladie de Recklinghausen. Maladie génétique la plus fréquente, cette affection se présente sous la forme d'anomalies essentiellement morphologiques : de gros reins, des dizaines de taches café au lait, des petites boules de chair sur la peau, des anomalies osseuses des vertèbres. Elle ne fait pas mal, en général, elle est parfois très discrète, alors que, dans la même famille, un autre membre aura développé une forme importante. Les notions de manifestations hormonales particulières chez un ascendant, de troubles ophtalmologiques ou rhumatologiques chez un autre, peuvent permettre d'évoquer cette maladie qui, par définition, est d'expressivité variable.

Vos antécédents personnels sont aussi importants. Dans le cas du phénomène de Raynaud évoqué plus haut, les notions de fausses couches à répétition, ou encore de phlébites, ou bien de douleurs articulaires, sont de bonnes raisons de faire réaliser des analyses, qui ne sont pas justifiées s'il n'y a pas la moindre piste d'orientation.

Nous verrons dans cet ouvrage que, derrière des symptômes qui peuvent paraître anodins, se cachent des maladies qui portent un nom. Rentrer de chez son médecin en disant : « D'après lui, j'ai une grande fatigue » n'est pas en soi un diagnostic suffisant. En revanche, pouvoir prononcer le nom d'une pathologie qui est la raison de cette fatigue est important. On devrait dire alors : « Ma fatigue est due à une insuffisance de la glande surrénale », ou bien : « Mon médecin a établi un diagnostic de dépression »...

La médecine est tellement sérieuse que vous ne pouvez vous contenter d'approximation. Tel malade à qui l'on a retiré un kyste dira : « On m'a enlevé un kyste, mais ce n'était rien. » Le « ce n'était rien » n'est pas un diagnostic. Car ce *petit rien* qui peut être un kyste épidermique, un fibrome cutané, un neurinome (une tumeur nerveuse bénigne) peut devenir ou être

l'un des signes cutanés d'une maladie plus générale. Ainsi, si votre enfant auquel on a enlevé ce *petit rien* fait une crise d'épilepsie, le médecin sera très intéressé de savoir que la petite tumeur qu'on lui a retirée était un neurinome.

L'étudiant mis à l'épreuve

« À toi ! » dis-je à mon étudiant en médecine, lui indiquant qu'il fallait qu'il prît ma place derrière le bureau, et qu'il commençât l'entretien avec le malade qui venait d'entrer et de s'asseoir en face de lui. Son épouse, très discrète, ne sachant si elle était autorisée à entrer, restait dans l'entrebâillement de la porte.

« Euuuuh... Ben, bonjour monsieur ! Pourquoi venez-vous ? » dit timidement ce jeune étudiant en quatrième année, qui commence ses stages à l'hôpital. Rien n'est plus difficile que de débiter une conversation avec un malade, car on ne sait pas par où l'amorcer.

« Je viens vous voir, docteur, parce que je me gratte depuis au moins quinze mois. C'est affreux. Je n'arrive pas à me soulager. Je dois avoir quelque chose... »

Un long silence succéda à cette introduction un peu courte, pendant lequel l'étudiant en médecine se demandait dans quel chapitre de ses cours il allait retrouver ces symptômes.

« Ah, il doit s'agir du cours sur les prurits », se dit-il.

« Et ça vous gratte comment ? À quel endroit ? La nuit aussi ? »

Le malade expliqua par le menu toutes les circonstances qui lui faisaient ressentir cette sensation pénible, insomniente, et qui n'épargnaient aucune partie de sa peau. L'externe, interloqué, se tourna vers moi qui étais son professeur, alors que je faisais mine de m'intéresser à autre chose pour ne pas le gêner dans son questionnement. Il me demanda s'il fallait qu'il examine le patient.

« Mais tu as fini ton interrogatoire ? lui répondis-je sur un ton sec.

– Euh, non, en effet. Au fait, monsieur, vous n'avez pas d'antécédents particuliers ? »

Aussitôt, le malade répliqua :

« Non, docteur !

– Vous ne prenez pas de médicament ?

– Euh, non. Pas vraiment, docteur.

– Bon, maintenant, je vais pouvoir vous examiner. Montrez-moi où ça vous gratte. »

Et le malade de tendre un bras, de soulever sa chemise. Et le jeune médecin de se pencher par-dessus le bureau pour essayer de voir quelque chose. Apparemment, il n'y avait rien à voir puisque la peau était saine.

Croyant avoir réussi parfaitement son épreuve du feu, l'étudiant se tourna vers moi et me dit :

« Eh bien voilà, j'ai terminé.

– Que fais-tu, maintenant ?

– Je lui fais une ordonnance de médicament antihistaminique pour qu'il ne se gratte plus. »

Patatras ! Il fallait tout recommencer. Car ce n'était pas une consultation médicale. Tout au plus une discussion de comptoir.

« Comment, mon jeune ami, penses-tu pouvoir trouver la maladie dont souffre ce patient, sa cause, de cette façon ? Tu lui as coupé l'herbe sous le pied à chacune de tes questions, et tu t'es privé d'un nombre important d'informations. Regarde comment je fais, et tu verras que ce ne sont pas moins de cinquante ou quatre-vingts questions qui te permettront d'établir un premier diagnostic même avant l'examen clinique du malade – lequel ne peut se résumer à regarder un morceau de peau sous la manche relevée ! »

Je repris donc ma place derrière le bureau, et m'excusai auprès du patient, qui avait compris qu'il s'agissait d'un entraînement pédagogique, et qui était très heureux que l'on n'en restât pas à ce constat bien pessimiste d'un prurit, dont la cause n'était pas trouvée, et pour lequel on allait lui remettre une énième ordonnance d'un antihistaminique.

« Monsieur, qu'avez-vous eu comme maladies jusqu'à présent ? »

En posant cette question, je tournai mon regard vers l'étudiant, afin de lui montrer que ce n'est pas en disant : « Vous n'avez pas eu de maladies ? » qu'on allait connaître les antécédents médicaux du patient. Il faut faire des questions positives et ouvertes, et certainement pas négatives. C'est alors que le patient cita un certain nombre de maladies qu'il s'était bien gardé de

donner préalablement, puisque, visiblement, on ne cherchait pas à savoir précisément de quoi il avait souffert par le passé.

Arriva le moment des médicaments.

« Que prenez-vous comme médicaments ? »

C'est à ce moment que sa femme sortit une ordonnance, qu'elle avait pliée en huit pour la glisser dans la pochette plastique contenant la carte Vitale donnée par le pharmacien. On pouvait y lire la prescription de plusieurs médicaments contre l'hypertension artérielle, pathologie qui n'avait pas été signalée à l'étudiant, et un autre traitant les troubles cardio-vasculaires de la famille des « IEC ».

De la même façon, je questionnai sur les antécédents familiaux, en faisant préciser au patient toutes les maladies dont il aurait eu connaissance concernant sa mère, son père, ses frères et sœurs, et peut-être d'autres membres de la famille.

Il n'était toujours pas temps de l'examiner, car il fallait l'interroger organe par organe, pour rechercher des pathologies associées ou des maladies d'organe qui pourraient être la cause des démangeaisons. Selon ma technique éprouvée, je passai en revue le patient de la tête aux pieds, commençant par le cuir chevelu, puis questionnant sur d'éventuels antécédents de méningite ou d'accident vasculaire cérébral dans la famille. Je descendis ainsi, depuis les yeux (« Avez-vous eu des douleurs dans les yeux, des inflammations oculaires ? »), en passant par la glande thyroïde, les poumons, le tube digestif et le creux épigastrique, cet endroit situé au-dessus du nombril (les médecins disent l'« ombilic »)... Sans oublier les articulations et les symptômes neurologiques périphériques.

Tout cela m'avait déjà permis de noter quelques mots-clés. Il y avait cet IEC d'une part, médicament qui a révolutionné la prise en charge des maladies cardio-vasculaires, mais qui induit certaines pathologies cutanées, notamment des démangeaisons et des réactions pulmonaires. Il y avait aussi cette toux que le patient n'aurait pas pensé à signaler à un dermatologue. Il y avait encore cette brûlure du creux épigastrique que le patient traitait par un médicament antireflux après chaque repas.

Voici les éléments dont nous disposons avant de commencer l'examen clinique. Bien entendu, ce dernier ne peut se faire par-dessus un bureau en

soulevant tel ou tel vêtement. Même si l'étudiant l'ignorait, le prurit peut être le mode de révélation d'une maladie des ganglions, encore appelée lymphome. Certains parlent de cancer des ganglions, une maladie maligne qui se développe à partir de certaines catégories de globules blancs. Il est clair que ce n'est pas en regardant seulement la peau que l'on en fera le diagnostic. Il faut donc toujours examiner un patient déshabillé, en slip et torse nu. C'est ainsi que l'homme s'allongea sur la table d'examen.

À ce moment-là les pommettes de l'étudiant se mirent à rougir, car, bien qu'il eût assisté à plus d'une dizaine de consultations de la sorte, il n'avait pas mis en pratique ce qu'il avait vu, ce qu'il aurait dû apprendre. Il n'avait pas saisi toute l'importance des questions, l'ordre avec lequel elles étaient posées, et la façon dont elles étaient énoncées. Il pensait que les questions étaient de pure forme. « Pour faire bien devant les étudiants. » Comme si, en médecine, il fallait aller vite, directement au but, c'est-à-dire à l'endroit des symptômes visibles.

J'attendis que le malade fût déshabillé et allongé en sous-vêtement, en occupant mon temps à relever quelques notes sur un carnet, des coups de téléphone à passer plus tard.

Et je commençai l'examen clinique par les pieds, où je découvris l'existence d'une mycose interorteils, bien banale, certes, mais dont la découverte à ce stade m'a évité de devoir faire déchausser le malade au moment où il quitterait la salle de consultation en me disant : « Au fait, docteur, j'ai quelque chose entre les orteils, j'ai oublié de vous le signaler. » Et puis, marteau à réflexe en main, je poursuivis par les réflexes ostéo-tendineux, puis la palpation des aires ganglionnaires et de l'abdomen. Bref, l'examen clinique le plus soigneux possible, qui se terminerait lorsque j'aurai atteint le cuir chevelu.

« Maintenant, rhabillez-vous, monsieur. Nous allons poursuivre l'interrogatoire, et je tirerai ensuite les conclusions. »

Une fois le malade de nouveau assis en face de moi, je lui demandai : « Comment dormez-vous ? Vous réveillez-vous fatigué le matin ? Qu'avez-vous eu comme coups durs dans votre vie ? »

Ces quelques questions peuvent très vite m'orienter vers l'existence d'un événement douloureux de la vie – deuil, divorce... – qui peut induire un état dépressif majorant l'intensité des symptômes ressentis. Dans le cas

présent, il n'en était rien, et nous devions nous en tenir aux données récupérées peu avant.

Bien que le malade n'eût pas fait de voyages exotiques, il ne fallait pas méconnaître une parasitose systémique, notamment celle qui est fréquente dans nos régions, la toxocarose, qui est la cause de près de 30 % des prurits chroniques. Une prise de sang dans ce sens était prescrite et, quoi qu'il en soit, un traitement antiparasitaire serait ordonné. Mais il fallait être plus précis dans nos conclusions.

Le rôle de cet IEC, classe pharmacologique inductrice de prurit, qui peut se développer d'ailleurs plusieurs années après le début de la prise, devait être souligné, car c'est en effet un des médicaments inducteurs de démangeaisons les plus fréquemment en cause. De plus, ce médicament peut donner de la toux. Les deux symptômes étaient réunis chez ce patient.

« Oui mais, docteur, je prends ça depuis au moins trois ans ! Et mes démangeaisons ne sont apparues qu'il y a un an...

– En effet. J'ai bien noté tout cela. Mais les symptômes de prurit peuvent apparaître plusieurs mois, voire plusieurs années, après le début d'un tel traitement. »

Il me fallait maintenant compléter le bilan biologique, afin de rechercher d'autres causes, notamment un dysfonctionnement rénal, hépatique, voire une hypercalcémie. (Lorsque le taux de calcium s'élève dans le sang, on parle d'hypercalcémie.) Elle peut être due à de nombreuses causes. Par le passé, on parlait du « syndrome des buveurs de lait » ; aujourd'hui, on pense plus à certaines variétés de cancers, qui donnent des atteintes des os et entraînent donc la libération de calcium dans le sang. On ne peut pas non plus écarter des dysfonctionnements de la glande parathyroïde (qui est toute petite, se cache derrière la glande thyroïde et commande la régulation du calcium). Mais je voulais surtout, dans un premier temps, voir avec son médecin traitant si l'on ne pouvait pas arrêter l'IEC, ne serait-ce que deux mois, et observer ce qu'il advenait des démangeaisons.

Une fois le malade parti, je m'entretins avec mon étudiant. Je lui dis : « Tu vois, les choses sont radicalement différentes dès lors que tu prends le malade en charge de cette façon, et que tu vas à la quête de tout élément, le plus futile soit-il. Même si tu ne connais pas les liens qui unissent une maladie ganglionnaire et un prurit, le fait de faire l'examen clinique

complet avec la palpation des aires ganglionnaires t'aura fait dépister éventuellement un lymphome. »

Malheureusement, l'observation de la pratique médicale montre qu'il arrive que le médecin se lance très vite à la quête des symptômes pour en tirer immédiatement une réponse sous forme d'une prescription à visée symptomatique. Or, il y a bien une cause à tout, et celle-ci doit être trouvée dans au moins 80 % des cas. Et lorsqu'elle n'est pas dépistée, elle peut être suspectée, et même faire l'objet d'un traitement en l'absence d'éléments, en se basant sur des probabilités, des fréquences, des circonstances.

Mon médecin prend le temps de m'écouter

S'il doit, nous venons de le voir, poser des questions nombreuses et pertinentes, un bon médecin doit aussi savoir vous écouter.

Vous êtes là, devant lui, pour lui expliquer ce qui ne va pas. Oh, il peut s'agir de manifestations apparemment bénignes pour vous, et vous pensez peut-être qu'elles sont sans intérêt pour lui. Mais, parfois, vos plaintes vous semblent à prendre avec beaucoup de sérieux, et vous voulez donner le maximum de renseignements, allant jusqu'à décrire ce que vous faisiez lorsque les symptômes sont apparus. « Docteur, c'est arrivé pendant que je faisais mes courses dans la grande surface qui se trouve dans le quartier de ma belle-mère. Oui, j'étais allée lui rendre visite parce c'était son anniversaire. Je devais faire les courses avant de la voir, et, pour finir, je ne les ai faites qu'à 17 heures... »

Beaucoup d'informations sont ici inutiles. Votre médecin n'a que faire de savoir si vous avez fait vos courses dans tel ou tel quartier et pour quelles raisons vous vous y trouviez. Il aura en revanche besoin de bon nombre d'autres renseignements que vous ne penserez pas à lui donner. C'est pourquoi votre docteur, une fois que vous avez exposé de façon très générale le motif de votre consultation, conduira l'interrogatoire (c'est un terme un peu barbare, mais c'est la formulation usuelle), celui-ci permettant de reconstituer l'anamnèse, c'est-à-dire l'*histoire* de votre maladie.

Il ne faudra pas craindre de s'étendre sur des renseignements personnels et familiaux vous concernant. Il est en effet important qu'il sache dans quel contexte familial et professionnel vous vivez. Il veut connaître le nombre de vos enfants, et si vous n'avez pas eu de difficultés au cours de vos grossesses.

Puis il va reconstituer votre passé médical. Il préférera vous écouter plutôt que lire une note que vous aurez rédigée et sur laquelle ne figureront que les informations qui vous semblent importantes. C'est pourquoi il vous permettra, par l'entremise de questions bien choisies, de développer les points qu'il cherche à éclaircir. Certes, il vous demandera au moins une fois votre carnet de santé, mais cela ne remplace pas les échanges, car tout n'y est pas inscrit. Ce carnet est un document précieux, il faut le conserver toute sa vie. C'est un petit fascicule sur lequel les médecins que vous consultiez dans votre enfance ont noté les informations qu'ils pensaient importantes. Souvent, par manque de temps, ils ont résumé votre histoire médicale en un ou deux mots – par exemple « crise d'asthme ». Et s'il ne s'agissait pas d'une crise d'asthme, mais d'un œdème pulmonaire ? Va-t-on ainsi vous qualifier d'« asthmatique » toute votre vie, alors qu'il s'agissait d'une laryngite aiguë ? C'est pourquoi il vaut mieux que vous racontiez avec vos mots ce que vous avez eu, dès lors que vous êtes en mesure de vous en souvenir.

N'utilisez pas de raccourcis ou de périphrases. Si quinze jours plus tôt vous avez eu la diarrhée, ne dites pas que vous avez eu un « embarras digestif ». Ce terme ne signifie rien pour le médecin. Il comprendra mieux si vous lui dites carrément que vous avez eu la « chiasse ».

Souvenez-vous du nom des médicaments que vous prenez. Il est toujours étonnant de voir que les patients connaissent la marque de leur voiture ou de leur réfrigérateur, mais qu'ils sont incapables de donner avec précision, sans estropier la prononciation, le nom des médicaments qu'ils prennent tous les jours. Certes, il faut faire un certain effort pour mémoriser des noms pas toujours faciles à retenir. Mais il suffit de prononcer le nom du cachet chaque fois qu'on le prend pour ne plus l'oublier au bout d'une semaine.

Plus que quiconque, votre médecin doit avoir une grande écoute et une grande attention à toutes vos préoccupations. Il doit savoir vous inciter à parler de choses que vous voudriez garder secrètes. Il sait mieux que personne que la douleur morale est parfois aussi insupportable que la douleur physique. Or, s'il paraît évident de faire part à son médecin de tout ce qui est douloureusement ressenti sur un plan physique (douleurs dentaires, articulaires, etc.), il semble que parler de sa tristesse, de son manque d'entrain, de ses coups de cafard – bref, de tout ce qui fait que l'on

est mal dans sa peau – ne soit pas une évidence pour tous les patients. Pourtant, avant d’être bien dans son corps, il faut être bien dans sa tête. On sait en outre aujourd’hui qu’un certain nombre de maladies organiques se développent plus volontiers au décours de stress ou d’événements douloureux de la vie, ou tout au long d’états dépressifs avoués ou inavoués.

Une terrible détresse

C’était un soir de garde au service d’aide médicale d’urgence de l’hôpital. Soirée peu différente des autres, si ce n’est qu’elle était un peu plus calme.

Fatigué par une longue journée qui avait commencé à 7 heures le matin, je décidai d’aller me reposer dans la chambre qui m’était réservée – un bureau transformé en chambre de garde, car le directeur chargé des travaux et des plans, lors de la construction de l’hôpital, avait installé les chambres de garde à l’autre bout du bâtiment, pour être rationnel ! Il n’imaginait pas que le médecin se devait d’être au plus proche de l’accueil des urgences, et c’est pourquoi les quelques bureaux de ce secteur furent reconvertis en chambres. Ainsi, il n’y a pas de lavabo dans cette pièce, ce qui oblige le médecin de garde, pour aller faire sa toilette le matin, à déambuler dans le couloir en slip pour rejoindre les toilettes communes...

Il était 22 heures. Je déposai ma blouse sur le dossier de la chaise et m’allongeai sur le lit pour ce que je pensais être un bref sommeil. Je pus en fait me reposer plus que d’habitude et m’endormis profondément. À 2 h 30, le téléphone sonna, me tirant brutalement de mes rêves. C’était l’infirmière de l’accueil qui m’annonçait une entrée. Il fallait que je vienne examiner le patient, mais sans urgence, me déclara-t-elle. J’enfilai cependant rapidement mes chaussures, que j’avais pris le soin d’enlever avant de m’allonger tout habillé sur le lit. Je passai machinalement ma blouse (surtout pour cacher les plis de ma chemise froissée). Et, en sortant de la chambre, je tâchai d’aplatir mes cheveux que je soupçonnais d’être en pagaille. Ma barbe de la nuit donnait un air peu apprêté au jeune médecin que j’étais alors, mais peu importe, je n’avais pas le temps de me raser : cette entrée était peut-être une urgence.

Me dirigeant vers le box dans lequel on avait installé le patient, j’esquissai un bref sourire à l’infirmière qui finissait de remplir son état

civil. Il s'agissait d'un monsieur d'une soixantaine d'années, accompagné d'un jeune homme qui était vraisemblablement son fils. Je priai ces deux personnes de s'asseoir sur les tabourets du box. Le monsieur plus âgé paraissait abattu, son visage était triste, peu expressif, son regard lointain. « Mon père, dit le fils, a une rage de dents intenable. Il voudrait que vous le soulagiez. » Ce motif était-il suffisant pour entrer en urgence à l'hôpital à 2 heures du matin ? Peu importe. La demande était ainsi formulée, et il fallait tenter d'y apporter une réponse. Je savais que je pourrais résoudre ce problème en quelques minutes, en précisant la nature dentaire de la douleur et en prodiguant un antalgique qui aurait permis à ce patient d'attendre le lendemain matin que son chirurgien-dentiste voulût bien le recevoir.

Or, j'étais convaincu que cette demande cachait en fait un autre problème, bien plus important. Je décidai donc d'aborder pour commencer le problème de la douleur dentaire, afin de l'authentifier, d'éliminer d'autres causes possibles, puis de faire préparer par l'infirmière le médicament destiné à soulager cette rage de dents. Cela accompli, je fis ce que doit faire tout médecin, c'est-à-dire un interrogatoire sur l'état de santé personnel et familial du patient, ce que l'on appelle ses « antécédents », et ensuite un examen clinique général.

« Êtes-vous marié, monsieur ? »

Le fils répondit à sa place : « Oui, mais ma mère l'a quitté il y a quelques jours. Mon père a en effet la fâcheuse habitude de boire plus que de raison et, malgré sa bonne volonté, il n'a pu arrêter. Ma mère n'a plus supporté... »

C'était bien là le motif essentiel de cette visite impromptue dans un service de garde à l'hôpital. Ce patient était effondré, désespéré de voir partir son épouse. Il savait que c'était de sa faute et se le reprochait. Cela avait-il majoré l'intensité de la douleur dentaire ? Cet état dépressif avait-il favorisé le développement d'une infection dentaire responsable de cet abcès si douloureux ? Quelle était la douleur la plus pénible : la douleur physique ou la douleur morale ?

Plus d'une heure durant, la conversation s'est singulièrement établie, entre ce malade abattu et moi, jeune médecin sans grande expérience, les yeux encore gonflés du sommeil dont je venais de m'extirper. Le reste de la nuit fut court et, à 8 heures, il fallut reprendre mon service au sein de mon département médical. À cette époque, il n'y avait pas de repos de sécurité.

C'était habituel, pour un interne, d'enchaîner une journée de travail, puis une garde de nuit et une autre journée.

Alors que je finissais la visite des malades dans le service de médecine où j'étais affecté, la secrétaire m'appela pour me passer un message. Je devais me rendre au plus vite au service médical d'urgence que j'avais quitté quelques heures plus tôt. Pour quelle raison le chef de ce service me faisait-il appeler ? Aurais-je fait une erreur diagnostique ? Me serais-je trompé dans la prescription d'un médicament à un malade pendant ma garde ? Inquiet, fébrile, je profitai de la pause de midi pour me rendre sur le lieu de ma garde de la nuit passée. Arrivé essoufflé auprès de la secrétaire du chef de service du Samu, celle-ci m'indiqua qu'un paquet m'attendait. Celui-ci, sans aucun doute, contenait une bouteille. Je m'empressai de l'ouvrir. À l'intérieur, une bouteille de champagne, avec une petite carte, sur laquelle était écrit d'une main tremblante : « Merci, docteur, pour toute l'attention que vous m'avez portée au cours de la nuit. Souvenez-vous, je suis ce monsieur qui souffrait d'une rage de dents. Vous avez su m'écouter, et je tenais à vous en remercier bien sincèrement. » Je voulus faire de même avec ce sympathique monsieur et, le soir, sans tarder, je sortis de sa boîte une carte de visite personnelle et exprimai en quelques mots ma profonde gratitude.

Et deux années passèrent. Le souvenir de cet homme avait disparu peu à peu de mon esprit. Mais un matin, alors que j'étais encore plongé dans un sommeil que j'espérais réparateur, le téléphone me réveilla brusquement. Il était à peine 5 heures.

« Allô ?

– Allô, docteur, c'est monsieur Demangel – Marc Demangel, vous vous souvenez de moi !? »

Je reconnaissais cette voix, le tremblement, l'hésitation. Ils me transportaient plus de deux ans en arrière. Je me remémorai cette nuit de garde particulière et ce patient qui avait eu la gentillesse de me faire remettre une bouteille de champagne.

« Mais oui ! Vous êtes ce monsieur qui souffrait d'une rage de dents.

– Oui, c'est bien cela. Je voulais vous dire que mon désespoir est tel que j'ai pris la décision de mettre fin à mes jours. Vous êtes la seule personne

que je préviens. Adieu ! »

Puis, plus un son, hormis ce « tuut, tuut » inquiétant témoin de l'arrêt de la communication téléphonique.

Comment avait-il pu avoir mon numéro de téléphone, alors que j'étais sur liste rouge ? Rapidement, il me revint à l'esprit que j'avais envoyé une carte de visite en remerciement, et il y figurait bien sûr mon numéro. C'était donc cela : il avait gardé ma carte et m'appelait au moment de son plus grand désespoir.

Il fallait faire quelque chose, et le faire vite. Dans la précipitation je n'avais pas retenu son nom, qu'il m'avait pourtant répété deux fois, probablement volontairement. Comment retrouver son adresse afin d'envoyer au plus vite un médecin à son domicile ? Il n'y avait qu'une solution : se ruer au service médical d'urgence et chercher son dossier. Mais quelle était la période ? C'était il y a plus d'un an, certainement moins de deux ans... Ou était-ce plus ancien que cela ?

Je m'habillai rapidement et arrivai à l'hôpital en moins de quinze minutes. Je croyais que tous les dossiers étaient accessibles, or ils étaient enfermés dans des armoires. Je demandai aussitôt qu'on me les ouvrît. Mais personne ne savait où était la clé. Il n'y avait pas encore de secrétaire à cette heure, et les personnels soignants n'avaient aucune raison de savoir où se trouvait cette fichue clé. J'appelai alors la secrétaire, dont le numéro était affiché sur le panneau face à son bureau. Je tombai sur une femme compréhensive qui s'apprêtait à sortir de chez elle pour venir travailler. Elle hâta le pas et arriva dans un délai record. Il fallut cependant une heure et demie de recherches acharnées pour trouver la fiche d'observation de cette fameuse nuit, où il était rapporté la venue d'un patient pour une rage de dents. En quelques minutes, le médecin de famille du patient, dont on avait pu retrouver le nom et l'adresse, fut prévenu. Et, peu après, nous apprenions qu'il était arrivé à temps, et que le malade avait été sauvé d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

J'ai su quelques années plus tard que ce monsieur avait arrêté de boire, qu'il avait renoué contact avec ses amis et ses enfants, qu'il avait bon moral. Il avait analysé positivement sa séparation et admis que sa femme était une manipulatrice. Elle avait fait de cet homme brillant, fier de lui, aimé de ses enfants et de ses amis, une « loque humaine », comme le disait

Coluche. Il avait perdu toute estime de soi et toute confiance en lui. Heureusement, alors qu'il était trop amoureux pour se décider à la quitter, c'est finalement elle qui était partie. Remis sur pied, cet homme avait hélas fait une forte décompensation, déclenché une cirrhose hépatique, avant de souffrir d'une complication grave, un cancer du foie, contre lequel il continue à se battre.

Ce témoignage souligne le fait qu'un médecin ne doit pas se contenter de répondre à une demande, mais doit rechercher ce que cette demande sous-tend. Il faut pour cela beaucoup d'attention, de l'expérience peut-être, et, en tout cas, l'amour de son prochain.

Le patient doit aussi savoir tout dire ou presque à son médecin, dire ce qu'il ressent, ce qui le tracasse, ce qu'il pense comme pouvant être à l'origine de ses maux. Il ouvre ainsi la possibilité d'une discussion, d'un échange, qui permettra alors de mieux voir dans quel contexte survient le symptôme qui était le motif de la consultation initiale.

Mon médecin m'examine de la tête aux pieds

L'examen clinique d'un patient ne consiste pas seulement à regarder l'endroit duquel il se plaint, mais bien à examiner le corps en entier au sens médical du terme, qui sous-entend :

- l'inspection, c'est-à-dire l'examen avec les yeux, en regardant les éléments statiques et les organes en mouvement (respiration, marche...),
- la palpation, examen avec les mains qui touchent, tâtent, compriment, effleurent, évaluent la chaleur ou la froideur,
- la percussion, qui consiste à faire produire un bruit par une partie du corps dès lors que celle-ci est percutée, par l'extrémité des doigts, ou par le plat de la main, ou de voir réagir ces parties du corps sous l'effet du marteau à réflexe,
- et enfin l'auscultation, qui est la partie qui met en jeu l'ouïe du médecin, qui de façon médiate entend les bruits du cœur, ceux de la respiration, mais aussi ceux du transit intestinal, au moyen du stéthoscope ou de façon immédiate en collant directement son oreille sur la poitrine par exemple (à l'ancienne).

Un bon examen clinique doit toujours se terminer par l'exploration des orifices herniaires, ceux qui peuvent laisser passer un élément interne avec un risque de le voir comprimé. Ainsi l'hernie inguinale, près de l'aîne, où peut tenter de s'introduire du dedans en dehors une anse intestinale. Les touchers pelviens, eux, à l'aide de l'index, visent à explorer la paroi interne de l'anus et d'une partie du rectum mais aussi les éléments environnants comme les reliefs osseux, la face antérieure du sacrum. Cet examen désigne

aussi le toucher vaginal qui explore l'utérus, et notamment le col, les annexes, c'est-à-dire ovaires et trompes, et leur mobilité. Pour ce faire, le malade doit être déshabillé complètement, ou ne garder que ses sous-vêtements, en sachant que l'examen des parties cachées pourrait être lui aussi systématique. Ce sont d'ailleurs les conditions requises par la Caisse d'assurance-maladie pour accepter la cotation « C » du médecin, qui sous-entend qu'il a pratiqué à la fois l'interrogatoire et l'examen clinique complet. Il est vrai que faire tout cela dans le cadre de la lettre est une gageure, un défi que seule l'immense générosité des médecins motive.

Bien entendu, l'examen clinique ne peut se faire par-dessus un bureau en soulevant tel ou tel vêtement. Il faut donc le plus souvent examiner un patient déshabillé, en slip et torse nu, et l'inviter en particulier à s'allonger sur une table d'examen, bien que dans certains cas l'examen doive se faire en position debout.

Il n'est pas rare de devoir rappeler au patient de retirer ses chaussettes, car, curieusement, celui-ci enlève souvent tous ses vêtements sauf le slip, mais garde les chaussettes... Or l'examen des pieds peut apporter des informations extrêmement importantes, quel que soit le motif de consultation.

Un jour, un étudiant assistant à ma consultation s'était intrigué de me voir examiner la plante du pied de mon patient.

« Mais pourquoi donc regardez-vous la plante du pied ?

– Cher ami, imaginez que ce malade, deux mois plus tard, développe une tumeur hépatique en relation avec un mélanome du pied. On lui dira : “Mais monsieur, vous n'aviez pas remarqué cette tumeur pigmentée préalablement ? Vous n'aviez pas vu de médecin ces derniers temps ?” Et le malade aurait répondu : “Mais si, j'ai vu le professeur Untel il y a deux mois, il n'a rien vu.” En effet, si le professeur Untel ne regarde pas partout, il est clair qu'il pourra passer à côté d'un signe important. »

L'examen clinique n'est pas dépendant des symptômes d'un patient, mais doit être systématique. Il s'attardera plus ou moins sur certains éléments, mais il doit passer en revue l'ensemble du corps humain, en essayant de repérer de-ci de-là quelques anomalies. Ainsi en regardant un malade déshabillé pourra-t-on observer des varices pouvant témoigner de phlébites passées inaperçues, des déformations des articulations du genou, des cicatrices anormales...

L'examen doit également conduire les mains du médecin dans les zones ganglionnaires, au niveau des creux inguinaux, mais aussi au niveau des aisselles, pour chercher soigneusement la présence de ganglions. La palpation abdominale peut se compléter d'une auscultation, c'est-à-dire de l'examen au moyen du stéthoscope appuyé sur le ventre à la recherche de bruits anormaux, sans oublier d'examiner les nerfs périphériques avec le marteau à réflexe, et de faire un examen cardiovasculaire, certes rapide, mais efficace.

La prise de la tension artérielle est un acte symbolique auquel les malades tiennent beaucoup. Parfois, on découvre une hypotension artérielle. Le malade aura tendance à mettre tous ses troubles sur le compte de « ce manque de tension », alors que l'hypotension artérielle est le plus souvent sans conséquence. Certes, il est important de dépister une hypertension artérielle, ne serait-ce que dans un but de prévention à l'égard du système cardiovasculaire, mais on excusera aisément un médecin de ne pas la prendre si vous consultez pour une constipation, ou une arthralgie, c'est-à-dire une douleur articulaire.

Mélodie, un an de démangeaisons, trois ans de traitement

C'était le lendemain de Noël. Mélodie s'en souvenait bien, car elle avait passé de très agréables moments et s'apprêtait à reprendre ses révisions : pour elle, l'objectif prioritaire était de terminer sa licence en mai, de s'inscrire en septembre en maîtrise, pour envisager son mariage en juillet de l'année suivante et, éventuellement ensuite, une inscription en doctorat. Mais ce mardi matin ne fut pas comme les autres. Elle passa une nuit affreuse à se réveiller, à transpirer, au point de mouiller ses draps et de se gratter jusqu'au sang. C'était le début de semaines, de mois de calvaire, pendant lesquels les démangeaisons ne cédaient pas d'un pouce.

Elle consulta tout d'abord son médecin de famille. C'était un jeune docteur qui avait succédé au médecin qui l'avait suivie pendant toute son enfance. Dubitatif devant ces symptômes auxquels il était confronté pour la première fois, il pensa immédiatement à soulager cette jeune femme en lui prescrivant des antihistaminiques. « Vous verrez, ça va passer », lui dit-il.

Comme si de bonnes paroles pouvaient suffire à faire disparaître un problème dont la cause lui était inconnue.

Trois semaines plus tard, voyant les examens approcher et toujours pas d'amélioration de son état, elle consulta de nouveau ce même médecin, qui chercha à savoir quel était le niveau de stress qu'elle pouvait avoir, quelle était l'intensité de ses soucis par rapport à ses projets – licence, maîtrise, mariage... Il changea d'antihistaminiques. Enseigne-t-on aux étudiants en médecine que tel antihistaminique peut être supérieur en efficacité à un autre ? En bloquant les récepteurs à l'histamine par une molécule similaire, obtient-on des résultats différents ? Ainsi, il est logique de se dire : « Puisqu'un antihistaminique n'est pas efficace, ce prurit ne relèverait-il pas d'autre chose que d'une libération d'histamine ? »

Mélodie alla consulter une fois de plus, bien déterminée à ce que son médecin lui apporte enfin un soulagement. Cette consultation ne donna pas satisfaction à la jeune femme. Elle vit bien que son médecin maintenait le même traitement. Il ajouta cependant une molécule destinée à améliorer le sommeil. Il lui remit ainsi un anxiolytique, pensant que son prurit pouvait être l'expression d'une profonde anxiété. Il lui semblait normal que, du jour au lendemain, une jeune femme pleine d'enthousiasme et de projets devînt anxieuse à un point tel qu'elle pût développer pendant son inconscience, son sommeil, une transpiration abondante et un grattage incoercible.

Surpris de revoir la patiente au quatrième mois, il décida de l'adresser à un allergologue. Il pensait en effet que seul un médecin ayant des compétences supplémentaires pourrait l'aider à prendre en charge cette malade. Il est vrai qu'en médecine, mais aussi certainement dans bon nombre d'autres professions, plus vous avez de connaissances, mieux vous saurez gérer une situation difficile. Malheureusement, certaines personnes sont incapables d'imaginer que d'autres puissent avoir la solution là où ils ne l'ont pas. En médecine, la hiérarchisation de la prise en charge d'un malade permet à un médecin de s'appuyer sur les compétences d'un confrère spécialisé, qui, lui, saura parfois faire appel à une expertise encore plus approfondie en adressant le malade à un centre hospitalier.

En écoutant Mélodie m'énoncer son anamnèse, c'est-à-dire son histoire médicale, je repensai à mon cours sur les démangeaisons où, de façon qui pouvait sembler péremptoire, j'avertissais toujours l'auditoire que le prurit sans lésions cutanées, sans boutons, sans urticaire, sans eczéma, n'est

jamais allergique, sauf parfois à un médicament. Le travail de l'allergologue, ce médecin compétent pour établir un diagnostic d'allergie, consiste à vérifier des hypothèses de causes allergiques en réalisant des tests. Or les démangeaisons sans signes cutanés comme de l'eczéma ou de l'urticaire ne sont pas d'origine allergique !

Ce qui devait se passer arriva. La consultation chez l'allergologue se conclut ainsi : « Il n'y a pas de cause allergique à votre démangeaison. Cependant, vous allez faire cette prise de sang. »

Ces résultats ne furent ni commentés ni exploités. Le médecin attendait probablement peu de chose d'une analyse qu'il avait faite avec une certaine routine. Et, pourtant, l'analyse comportait une anomalie significative... qui passa alors inaperçue.

Les mois se succédèrent et, en août, Mélodie décida de consulter un dermatologue. Il regarda la peau, de face, puis tangentiellement, avec une loupe, s'arrêtant dans des endroits particuliers, notamment entre les doigts, recherchant un sillon avec une petite vésicule, signe caractéristique de la gale. Imaginait-il qu'une scabiose (c'est-à-dire la gale) pouvait évoluer depuis de si nombreux mois sans avoir jamais contaminé son fiancé ? Seule la peau fut donc examinée, alors qu'elle était normale, et que tourne dans ma tête cet aphorisme que je ne cesse de marteler à mes étudiants : « Tout prurit *sine materia* (sans lésion cutanée) de plus de trois semaines doit faire rechercher une cause sous-jacente qui peut être grave. »

Mélodie consulta un second dermatologue. Il procéda de la même façon, comme si ces deux spécialistes n'avaient jamais été confrontés pendant leurs études, leur internat, à la prise en charge d'un malade souffrant de prurit. Il est vrai que, si leur formation se base sur le compagnonnage, encore eût-il fallu que lorsque ces médecins, alors jeunes internes, étaient amenés à s'occuper d'un malade consultant pour une démangeaison, ils aient jugé utile d'appeler le médecin senior afin qu'il consacre le temps nécessaire à l'interrogatoire et à l'examen clinique complet de cette personne.

Désespérée, Mélodie décida de s'adresser à l'hôpital, sur les conseils de sa pharmacienne. Celle-ci savait que si, dans un nombre fréquent de cas, un prurit temporaire peut céder spontanément avec ou sans l'aide de crèmes antiprurigineuses, en revanche, une symptomatologie, aussi bénigne qu'elle

puisse paraître mais persistante, peut cacher quelque chose de vraiment préoccupant.

C'est ainsi que, le 2 janvier de l'année suivante, bien que ce fût le jour de mon anniversaire et le lendemain d'un week-end de fête, j'avais décidé de travailler. Je reçus Mélodie à 11 heures. C'était la dixième malade de la matinée. Je vis entrer dans mon cabinet une jeune fille au regard vide, la tête baissée, désespérée, persuadée qu'une fois de plus personne ne pourrait faire cesser ses démangeaisons intolérables. Elle était aussi contrariée par les examens universitaires qui approchaient et se posait énormément de questions quant au succès de sa maîtrise. Et, si elle avait le courage de se projeter plus loin, elle pressentait devoir annuler son mariage, car elle ne voulait pas imposer à son futur époux des nuits de grattage sans sommeil.

Les vingt minutes de questionnement, d'échange avec la patiente, et l'observation d'ores et déjà de la prise de sang oubliée – ou plutôt non commentée – me confortèrent dans l'hypothèse de l'existence d'une maladie grave dont il fallait poser le diagnostic avec certitude et, dans le pire des cas, dans les quarante-huit heures. Il n'était en effet pas tolérable que l'on ne sût pas précisément quelle était la cause de ce prurit dans un délai rapide.

Et, pour ce faire, les questions qui se succédaient les unes aux autres, pas toutes pertinentes, d'ailleurs, m'aiderent à être rapidement convaincu du diagnostic. De plus, la lecture des anomalies de l'hémogramme, avec notamment une élévation des globules blancs éosinophiles et une baisse du taux des polynucléaires neutrophiles, suffit à me faire retenir le diagnostic qui se confirma par l'examen clinique.

À peine Mélodie avait-elle enlevé son chemisier que, comme je m'y attendais, les ganglions qui signaient le diagnostic de la maladie de Hodgkin apparaissaient visiblement sur la face latérale du cou et sur le creux sus-claviculaire homolatéral. Alors même que tout médecin doit chercher une maladie de Hodgkin chez une personne qui souffre de prurit, notamment lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune, comment se fait-il que plus de dix consultations et quatre médecins consultés ne l'aient pas trouvée ? Les anomalies biologiques, même prises isolément, sont fortement évocatrices d'une maladie ganglionnaire.

Interloqué, et surtout désolé pour cette jeune femme, je ne pus m'empêcher de lui demander comment il était possible que son médecin

n'ait pas vu ces deux gros ganglions. « Mais docteur, me dit-elle, il n'a pas pu les voir, car il ne m'a jamais déshabillée, ou tout du moins, je n'ai pas voulu qu'il le fasse... »

Ainsi, le médecin qui l'avait prise en charge pour un prurit ne l'avait pas déshabillée une seule fois en raison de son refus. Il est dommage que cette jeune femme n'ait pas eu besoin d'un soin esthétique, n'ait pas vu un sophrologue, n'ait pas eu besoin de massages de kinésithérapie, car tous ces praticiens qui déshabillent et examinent ainsi les patients se seraient aperçus de ces volumineux ganglions.

Il est non seulement du devoir du médecin d'examiner *complètement* un malade à chaque consultation, mais je rappelle que c'est aussi une obligation dès lors qu'il inscrit le fameux « C » sur une feuille de remboursement de maladie. Certes, il est peu valorisé, il n'est pas à la hauteur de la charge de travail et des responsabilités, mais il n'est que trop cher payé dès lors qu'un examen clinique n'a pas été réalisé, au moins une fois au cours de ces nombreuses visites.

Hélas, ce que Mélodie pressentait arriva. Elle fut immédiatement prise en charge en hématologie. L'étendue de sa maladie nécessitait une radiothérapie, car les ganglions avaient envahi le médiastin, c'est-à-dire la partie du thorax entre les deux poumons, mais aussi la rate et les ganglions abdominaux. Le traitement consista aussi en une chimiothérapie, qui fit qu'elle ne put poursuivre ses études et n'obtint pas sa maîtrise. Elle dut mettre fin à sa scolarité dès lors qu'elle resta quinze jours en hospitalisation pour les différents examens, qui n'avaient pas d'autre but que de savoir la nature exacte de la maladie maligne (c'est-à-dire du lymphome) et de connaître parfaitement son extension. En effet, une localisation cérébrale, par exemple, entraînera un traitement spécifique, un choix de molécules particulier, parmi celles qui passent la barrière hémato-méningée. Puis ce furent des allers-retours, nombreux, au laboratoire pour la prise de sang initiale, qui contrôle préalablement à toute chimiothérapie le nombre des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes, avant chaque perfusion de traitement.

Du mois de janvier au mois de septembre, chaque semaine, elle se rendait à l'hôpital. On peut imaginer le parcours terrifiant que doit vivre une jeune femme porteuse d'une maladie de Hodgkin évoluant depuis au moins un an,

dont la progression n'a pas été entravée durant ces trois cent soixante-cinq jours pendant lesquels elle consultait et consultait. Et, un malheur n'arrivant jamais seul, son fiancé perdit patience et décida de rompre son engagement.

Aujourd'hui, Mélodie ne croit plus en la médecine, cette médecine qui l'a fait échouer à ses examens, qui l'a privée de celui qu'elle pensait être l'homme de sa vie, cette médecine qui fait qu'aujourd'hui elle vit encore chez ses parents, qu'elle se rend chaque jour au supermarché du coin pour s'occuper du rayon poissonnerie, cette médecine en laquelle elle a cru, mettant tous ses espoirs dans son jeune médecin généraliste, puis dans les spécialistes qu'elle a rencontrés.

Là encore, la belle médecine française telle qu'elle peut être enviée partout dans le monde n'est pas cette médecine du temps diagnostique, n'est pas cette médecine de l'analyse fine sémiologique (l'analyse des symptômes), de la recherche d'explications face à des anomalies biologiques.

Un seul examen clinique, patiente déshabillée, fait un an plus tôt, dès les premiers symptômes, aurait permis au médecin de révéler ces ganglions que Mélodie avait en différents territoires. C'eût été pour ce docteur en herbe la plus belle des récompenses pour ses longues études médicales. Quoi de plus beau que de dépister tôt une maladie potentiellement grave ? Il aurait ainsi adressé lui-même la patiente à l'hématologue, en étant fier de son diagnostic. Il aurait été salué par le spécialiste pour la qualité de sa pratique, car avant tout, ce qui fait la valeur d'un médecin, c'est sa capacité à écouter et à examiner.

Faute d'avoir fait ce qu'on lui a appris, ce qu'on lui a rabâché, à savoir examiner, examiner, toujours examiner, il a été au contraire confronté aux échecs successifs de ses traitements.

Cette idée que devant un prurit sans lésions cutanées il faut chercher à tout prix un lymphome est aujourd'hui bien partagée dans le corps dermatologique. Ainsi, l'histoire qui est arrivée à un de mes confrères – ou plutôt, devrais-je dire, à sa pauvre consœur – n'arriverait plus. Ce professeur de médecine croise dans un couloir une professeur de biochimie, qui cherche un avis dermatologique.

« Excuse-moi de te déranger, dit-elle à ce collègue apparemment très occupé, ou du moins qui en donnait l'impression.

– Bonjour Agnès, que puis-je faire pour toi ? dit-il sur un ton professoral, visiblement irrité qu'on le consulte sans avoir pris rendez-vous.

– Je voudrais ton avis et te demander de me donner quelque chose. Cela fait plus d'un mois que je me gratte nuit et jour. J'ai d'ailleurs des stries de grattage sur les bras et les cuisses, si tu veux voir...

– Non, ce n'est pas la peine. Tu n'as pas d'éruption, n'est-ce pas ?

– Non, pas le moindre bouton, juste la peau qui me démange sans cesse !

– Tu dois avoir la peau sèche », dit-il en tendant le bras vers une vitrine dans laquelle se trouvaient plusieurs flacons de laits hydratants à titre d'échantillons, qu'il donnait parfois à ses malades.

Rassurée, la jeune biochimiste le remercie et repart aussi vite qu'elle est venue.

Un mois plus tard, notre professeur de dermatologie est appelé pour donner un avis dans le service d'hématologie. Il se rend sur place accompagné d'un interne. Et là, surprise, il croise sa consœur, en chemise de malade, avec une perfusion à chaque bras.

« Que t'arrive-t-il, Agnès ? demande-t-il avec un ton un peu inquiet

– Je suis ici pour soigner un lymphome. Tu sais, je t'avais vu pour mes démangeaisons. J'ai appliqué le lait hydratant que tu m'as donné régulièrement. Mais puisque mes démangeaisons persistaient, mon médecin m'a fait une prise de sang, et là, on a décelé une anomalie qui a conduit à la radiographie pulmonaire.

– Et alors ?

– Alors ? Il s'agissait d'un lymphome, j'avais de gros ganglions, sous les bras aussi d'ailleurs, et une grosse rate. »

L'histoire voudrait qu'il a alors le toupet de lui demander :

« Et ta peau sèche, ça va mieux ? »

Elle n'a pas le courage de lui dire qu'elle n'a jamais eu la peau sèche, que d'ailleurs il ne l'a même pas examinée. Elle lui en voulait de ne pas lui avoir prêté plus d'attention, de ne lui avoir été d'aucun secours. Car si le

lymphome se révèle par des démangeaisons, c'est bien au dermatologue de rechercher les ganglions.

L'histoire, bien triste, s'arrête là. À parier que la prochaine fois, devant un symptôme tel que le prurit, notre grand maître prendra le temps d'examiner vraiment son patient...

Mon médecin ne se contente pas de regarder là où ça « fait mal »

Le corps humain est ainsi fait que l'endroit où se manifeste le problème médical, ou une douleur, n'est pas forcément l'endroit où se trouve la maladie. Vous connaissez les douleurs du membre fantôme, c'est-à-dire des douleurs souvent insupportables que ressentent des patients à l'extrémité de la main alors qu'ils ont été amputés du bras.

Chacun sait qu'une douleur de l'épaule gauche peut refléter l'existence d'un infarctus du myocarde alors que l'épaule n'a rien. Tout cela résulte de l'anatomie, qui fait qu'une maladie de la moelle épinière ou du cerveau peut donner des douleurs à l'extrémité d'un pied. De même, une éruption cutanée peut révéler un cancer du pancréas, sans qu'il y ait visiblement de relation évidente. C'est bien l'objet des études médicales que d'apprendre au futur médecin tout ce que l'observation des malades et des maladies depuis des centaines d'années a permis d'établir avec certitude, ou parfois de façon présomptive.

Ce chapitre des études médicales s'appelle la sémiologie – littéralement l'« étude des signes ». C'est une des parties les plus importantes pour un futur médecin. Des plaies cutanées du périnée peuvent révéler une maladie de l'intestin, un bouton violacé sur le visage peut être le signe d'une maladie des poumons ou du médiastin¹...

Il est donc normal, pour ne pas dire obligatoire, que votre médecin ne se contente pas de vous examiner là où est apparu le problème. Il ne doit pas – et cela serait d'ailleurs impossible – réciter dans sa tête toutes les causes du symptôme que vous présentez, mais, juste en vous examinant, il sera à

même de trouver d'autres anomalies qui, comme les pièces d'un puzzle, s'ajouteront aux autres signes pour construire le diagnostic. Quand on pense qu'une douleur de la bouche peut être l'expression d'une douleur morale, on se dit que le médecin qui n'examinerait que la cavité buccale ferait étrangement son métier. On apprend ainsi à l'étudiant que la cause d'un calcul urinaire responsable d'une colique néphrétique doit être recherchée parfois au niveau du cou, sous la forme d'une tumeur de la glande parathyroïde.

**« Docteur, faites quelque chose :
j'ai la peau qui me brûle ! »**

C'est par ce cri de détresse que commença la consultation de madame Mariaux, grand-mère de 83 ans qui, immédiatement, me fit penser à ma propre grand-mère. Toutes les grands-mères ont-elles le même visage ? Est-elle la réincarnation ou la sœur jumelle inconnue de ma chère mamie disparue il y maintenant trente ans ? Comment ne pas être sensible à une demande aussi pressante lorsque la description de cette brûlure démontre qu'elle est insoutenable, qu'elle survient le matin pour ne disparaître – parfois – que lors de l'endormissement ?

Les yeux de madame Mariaux sont fixes, directs dans mon regard. Elle pose ses deux mains sur ses joues légèrement rosées pour me montrer, tout en appuyant : « C'est intenable, docteur, j'ai déjà tout fait... Vous pouvez quelque chose pour moi ? »

Elle avait tout fait ? C'était l'aveu que ce qui devait être fait ne l'avait pas été, car, si tel avait été le cas, il est vraisemblable que la cause aurait été trouvée, et la malade soulagée. Et puis, on ne fait jamais tout...

Il ne faut jamais dire à son médecin : « On a déjà tout fait ! » ou : « J'ai eu tous les traitements ! », car, alors, qu'attend-on de lui ? Qu'il fasse un miracle ? Non, il faut lui rapporter avec précision ce qui a été fait, et lui laisser le soin d'avancer, d'aller plus loin, d'investiguer plus avant par les bonnes questions, le bon examen clinique et, si besoin, les bons examens complémentaires. On peut chercher l'origine de la panne d'un écran d'ordinateur directement en regardant celui-ci, en faisant des prélèvements de la poussière qui s'y trouve, mais si on ne regarde pas le disque dur qui est à distance, ou si on ne vérifie pas tout simplement que la prise est bien

branchée, le fait d'avoir *tout fait* autour de cet écran n'apportera pas la solution.

« Qu'avez-vous donc fait ? lui demandai-je avec un sourire en coin, comme pour la taquiner.

– Eh bien, j'ai déjà appliqué des crèmes anti-rougeurs, des crèmes pour peau sensible... Ça m'a coûté une fortune ! »

Il est vrai que les produits cosmétiques destinés à des peaux subnormales incluent des principes actifs qui ont un certain prix. Globalement, ces produits conseillés par le médecin, le plus souvent par le dermatologue, ont un impact non négligeable sur le portefeuille des familles. Or je suis convaincu qu'un produit cosmétique ne peut pas répondre à des symptômes d'ordre pathologique, tout simplement parce qu'il est dans leur définition de ne s'adresser qu'à des peaux physiologiquement normales. Pour moi, il s'agit donc de prescriptions superfétatoires. En médecine, tout ce qui est inutile finit par être nocif. En effet, à la souffrance insupportable liée aux symptômes, on ajoute une souffrance supplémentaire que l'on impose à la malade, à savoir la délivrance d'une ordonnance, pour ne pas dire l'ordre d'acheter des produits cosmétiques coûteux.

Un produit cosmétique pour « peaux sensibles » a fait l'objet d'études sur des peaux qui sont relativement normales, mais avec une sensation de tiraillements, de picotements, en dehors de tout état pathologique. Étrangement, le médecin va transposer ce qu'il a retenu sur cette crème pour peaux sensibles à des situations pathologiques parfois aiguës, alors qu'il y a entre les deux situations un fossé énorme. Cela est vrai dans beaucoup de domaines de la dermatologie, qu'il s'agisse de la prise en charge de l'acné ou de la dermatite atopique...

« Et puis, on m'a même fait du laser, que j'ai payé très cher la séance », dit-elle en m'interrompant dans mes réflexions.

Je pensai alors : « Mais comment peut-on faire du laser à une personne de 83 ans, laser dont le seul effet sera de faire disparaître la rougeur du visage dont elle ne se plaint nullement sur le plan esthétique, alors qu'il ne supprimera en aucun cas les symptômes subjectifs de brûlure ? »

Là encore, il s'agit d'un dévoiement, d'une proposition thérapeutique inadaptée, inappropriée, car, derrière la souffrance neurosensorielle décrite

par la patiente, le médecin précédent n'a vu qu'une rougeur qu'il lui a semblé utile de voir disparaître.

Je discutai longuement avec cette sympathique grand-mère, et de nombreux souvenirs de mon enfance me revinrent chaque fois qu'elle utilisait une expression que j'avais entendue jadis. Au fur et à mesure de cette discussion, je comprenais peu à peu les raisons de cette sensation cuisante du visage. Ce n'était plus un problème dermatologique, ce n'était plus la peau qui était la cause. Cette femme était une victime. Mais victime de quoi ?

Il est clair que des symptômes de brûlures, de picotements, parfois même des sensations de petites morsures, comme si des animaux mordillaient la peau, sont l'expression d'une maladie neurologique. Ainsi, je pouvais mettre un terme médical derrière cette perception douloureuse cutanée : il s'agissait dorénavant de dysesthésies, qui m'ouvraient ainsi un nouveau champ d'exploration étiologique, de nouvelles possibilités de déterminer la cause.

Car, quelles sont les causes de telles sensations d'ordre neurologique ? À cet âge-là, il est licite d'évoquer la possibilité d'une carence en vitamine B12, qui est une des carences les plus fréquentes chez les personnes âgées (révélée chez environ 20 à 30 % de la population de plus de 70 ans). La carence en vitamine B12 donne des dysesthésies, des hypoesthésies, c'est-à-dire des sensations de fourmillements sur tout le corps, pouvant aller parfois, même, jusqu'à la perte de la sensibilité cutanée. Encore un signe qu'il est aisé de rechercher : une impression de marcher sur du carton, sur des cailloux..., quand ce n'est pas le fameux signe de Lhermitte, qui fait que, lorsque l'on baisse la tête, on a une sensation de décharges électriques dans les membres inférieurs.

Tel n'était pas le cas. Mais je ne passerais pas à côté d'une possible carence, car, d'une part, madame Mariaux était âgée, d'autre part, elle avait des cheveux très blancs, un signe souvent observé dans la maladie de Biermer, qui est une cause de carence vitaminique en B12.

Il pouvait s'agir également de l'expression d'une souffrance morale, d'un syndrome dépressif. Mais, chez une personne âgée, il est difficile de savoir ce qui doit relever d'un traitement particulier (avec les possibles effets secondaires rarement bien acceptés) et ce qui est normal dans la perception et le ressenti douloureux de la vie qui touche à sa fin. Avec cette nostalgie

que l'on doit distinguer de la tristesse, avec cette fatalité qui ne doit pas être prise pour des idées noires, avec cette incapacité à se projeter dans l'avenir qui est tout à fait normale à cet âge. Avec également le sentiment de dévalorisation. Comment ne le serait-on pas lorsqu'on a été une femme active, et que l'on se retrouve seule dans sa cuisine à regarder la télévision, principale activité de la journée ?

J'avais exclu de mon analyse la possibilité d'un syndrome dépressif. En revanche, j'étais véritablement frappé par ce regard fixe, figé : qu'avait-il de particulier ? Certes, les yeux ne bougeaient pas dans n'importe quelle direction, mais, surtout... Surtout, depuis quelques minutes, je n'avais pas vu le moindre clignement des yeux. De même, son visage était peu, voire pas expressif. Une question amusante, une réflexion plaisante ou touchante n'induisaient chez madame Mariaux aucune réaction musculaire du visage. J'avais là des symptômes suffisants pour envisager cette fameuse maladie neurologique responsable de ses brûlures cutanées. De surcroît, la canitie dont elle était porteuse, c'est-à-dire ses cheveux blancs, est non seulement un marqueur de certaines maladies auto-immunes ou de certaines carences, mais s'observe plus volontiers dans une population de malades atteints de cette maladie, cette pathologie des noyaux gris centraux, terme utilisé pour désigner le lieu de la fabrication de la dopamine dans le cerveau.

Il me fallait encore chercher un signe par l'examen clinique, pour poser le diagnostic et proposer un traitement. Ce signe ne pouvait pas s'observer au niveau du visage, car, en médecine, il en est comme dans votre maison : le papier peint décollé du fait d'une infiltration d'eau dans le mur ne doit pas faire rechercher sa cause à son niveau, ni même au niveau du mur, mais bien au-delà, notamment sous la toiture, là où une tuile a pu être déplacée.

Aussi mon examen se porta-t-il directement au niveau de ses membres supérieurs, et je lui demandai de serrer très fort un stylo dans une de ses mains pendant que je lui faisais faire des mouvements de flexion-extension de l'autre main : je révélai ainsi le fameux signe de la roue dentée, puisque la décontraction musculaire induite par ces mouvements se faisait de façon saccadée.

J'avais ainsi tous les éléments de mon diagnostic : la maladie de Parkinson. En effet, dans cette maladie, il existe des dysesthésies qui, même si elles sont insignifiantes à côté des formes majeures de la maladie –

tremblements fins survenant pendant le repos, augmentés par les émotions, ou handicap majeur avec troubles de la marche – se doivent d’être connues. Combien de véritables maladies de Parkinson non diagnostiquées avant qu’apparaissent les signes majeurs de la maladie !

Il n’est pas facile de faire accepter un tel diagnostic lorsque l’on consulte pour une sensation de brûlure de la peau. C’est pourquoi je m’exprimai en périphrases, sans jamais prononcer le nom de la maladie, et remis à madame Mariaux le traitement par L-Dopa, administré aux patients malades de Parkinson. Je ne manquai pas, bien sûr, de rédiger une lettre au médecin traitant, pour lui expliquer ma démarche et l’intérêt de cette ordonnance.

Un mois plus tard, afin de m’assurer de la justesse de mon diagnostic et de l’efficacité de ma proposition thérapeutique, je reçus à nouveau à ma consultation la patiente qui, enfin, avait le sourire. Son visage était devenu expressif, ses paupières battaient, et ses sensations de cuisson avaient disparu. Son sourire illumina toute ma journée.

« Merci, docteur, vous m’avez sauvée », me dit-elle.

J’étais véritablement ravi et, compte tenu de son bon état de santé, je lui déclarai qu’il n’était plus nécessaire que l’on se revoie, mais que j’étais disponible en cas de nouveaux problèmes. À ce moment-là, son visage s’assombrit, une chape de tristesse sembla s’abattre sur elle, et ses yeux s’embuèrent de larmes.

« Mais je veux que vous continuiez à me suivre. Car, vous savez, je n’ai pas que ça, j’ai bien d’autres problèmes... »

Madame Mariaux avait trouvé en moi une écoute et la personne qui cherchait l’origine de ses problèmes, et elle ne voulait pas me perdre ou me voir disparaître. J’acceptai donc de lui donner rendez-vous deux à trois mois plus tard.

Un tel diagnostic n’est pas si aisé à faire, pensai-je alors que j’envisageais déjà de présenter cette observation à mes collègues à l’occasion de réunions professionnelles. Les photographies que j’avais prises initialement, avec ce visage figé, les yeux comme exorbités, les mains posées sur les joues témoignant de la souffrance cutanée, allaient, j’en étais sûr, convaincre l’auditoire, surtout en projetant ensuite les photographies prises un mois plus tard de cette même patiente, souriante et

reconnaissante. Je n'imaginais pas alors que, deux mois après, ma patiente allait demander à être revue en urgence, en raison d'une rechute.

Elle se présenta de nouveau à ma consultation, avec le même visage que la première fois. « Mes brûlures sur les joues sont revenues, docteur. Comme avant. Peut-être même encore plus fortes. » J'étais interloqué : comment pouvait-il y avoir un échappement thérapeutique ? C'était inconcevable...

« Avez-vous continué votre traitement ? Ne l'avez-vous pas arrêté ?

– Oui, d'ailleurs, regardez mon ordonnance. »

Elle me tendit son ordonnance, le renouvellement fait par son docteur, sur laquelle une dizaine de médicaments étaient mentionnés, mais je ne vis pas le nom de la molécule que j'avais prescrite, et qui aurait dû être renouvelée comme je l'avais indiqué à son médecin dans ma lettre.

« Et le Sinemet, pourquoi ne le prenez-vous pas ?

– Ah, ce médicament ?!... Mon docteur me l'a arrêté parce qu'il m'a dit que c'était pour la maladie de Parkinson, et que je n'avais pas de maladie de Parkinson. »

J'étais absolument stupéfait. La colère montait en moi. Je ne pouvais imaginer qu'un médecin traitant ne connût de la maladie de Parkinson que sa forme classique, avec ses tremblements, son handicap majeur et son incapacité à se mouvoir... Ignorait-il donc les signes subjectifs cutanés de la maladie de Parkinson ? Cela pouvait être compréhensible, mais, pensai-je, pourquoi n'avait-il pas suivi mes recommandations ? D'autant que, depuis plus de trois ans que duraient les symptômes, j'étais le seul à les avoir fait disparaître. Il n'avait très certainement pas lu les deux lettres que je lui avais adressées, le compte rendu initial et celui de la consultation un mois plus tard.

Avec ténacité et constance, et aussi une certaine diplomatie, je dus donc insister dans une troisième lettre pour expliquer à mon confrère distrait l'origine des troubles de madame Mariaux. Afin de m'assurer qu'il lirait cette lettre, je la lui fis remettre par la malade elle-même, en mains propres.

Je revois dorénavant madame Mariaux régulièrement, tous les quatre mois. Je renouvelle moi-même cette prescription, puisque son ordonnance peut être valable pour six mois. Elle est toujours souriante, elle m'est

toujours reconnaissante, mais elle justifie sa demande de la prochaine consultation, avec un petit sourire en coin, un petit clignement d'œil.

« Docteur, vous savez, je ne vais pas si bien, il faut absolument que vous me revoyiez... »

J'ai bien compris que cette patiente voulait coûte que coûte que je la revoie et, pour cela, bien entendu, il fallait qu'elle n'allât pas bien ! Pourquoi reverrais-je une patiente qui n'avait pas problèmes ? Ainsi, même si elle était guérie de ses symptômes, je devais lui redonner rendez-vous. Ce que je fis avec plaisir. Nous étions complices dorénavant et, pour tromper ma secrétaire, elle réitérait ce petit clin d'œil en répétant comme pour s'en convaincre : « On se revoit quand, docteur ? Car je ne suis pas encore guérie ! »

Mon médecin échange suffisamment avec ses confrères

Lorsqu'un malade décide de sa propre initiative de consulter un autre médecin que son médecin traitant ou celui qu'il a déjà consulté, ou un spécialiste, il demande fréquemment à ce dernier de ne pas en faire état auprès des précédents. Comme si son médecin pouvait lui en vouloir d'avoir demandé un avis complémentaire.

Que cet avis soit inutile ou indispensable, c'est sans importance : il était rendu nécessaire par l'inquiétude, par l'impatience, par la curiosité, par l'angoisse du malade. Ce qui importe, c'est que cet avis confirme le diagnostic, ou l'infirme, et oriente alors vers une nouvelle voie. Le mieux-être du malade devrait être un sujet de satisfaction pour tout médecin, même si « son » malade lui a fait une « infidélité ».

De plus, si votre médecin s'est trompé dans son approche, l'avis du spécialiste lui sera utile d'un point de vue pédagogique. Si vous, malade, n'en voulez pas à votre médecin de s'être trompé, comment pourrait-il, lui, vous en vouloir d'avoir trouvé solution à votre problème ? À moins que votre médecin ne soit trop imbu de lui-même, ne se préoccupe moins de la santé de ses patients que de son amour-propre ? Exigez au contraire que tout médecin consulté tienne informé votre propre docteur de ses conclusions. Tous les avis sont bons, et souvent nécessaires dans des cas difficiles.

Il ne faut cependant pas demander des avis à tort et à travers. Sachez qu'il est peu vraisemblable qu'un médecin soit meilleur qu'un autre au sein de la même spécialité. Si, devant des troubles respiratoires, votre médecin

traitant reste perplexe, il vaut mieux consulter un pneumologue qu'un ou plusieurs autres généralistes. Il y a en effet une hiérarchisation à respecter. Le concessionnaire d'une grande marque automobile sera plus à même de mettre en évidence le problème de votre voiture de cette même marque que l'énième concessionnaire multimarques – ce qui n'enlève rien aux capacités de ce professionnel, plus à même de régler d'autres problèmes moins spécifiques et parfois plus difficiles.

En médecine, le spécialiste d'organe est là pour apporter un savoir que le médecin généraliste ne peut avoir dans des domaines très pointus de la spécialité. Cela est bien normal. Quant aux médecins hospitaliers, ils sont plus aguerris face à des problèmes complexes, et disposent de plus de moyens que le spécialiste en cabinet. Il faut bien savoir, cependant, qu'il ne sert à rien de consulter d'emblée un hyper-spécialiste de vos problèmes. C'est à votre médecin de faire la part des choses, et de savoir s'il est utile que vous consultiez tel ou tel confrère plus spécialisé. Pour des problèmes banals et de faible gravité, il ne faut pas encombrer les consultations des médecins spécialistes, qui doivent agir en référent. Pensez-vous que le directeur de votre agence bancaire saura mieux encaisser votre chèque que le conseiller à l'accueil ? Non. En revanche, il sera là pour vous informer sur des placements difficiles ou des emprunts particuliers. Ainsi, si le médecin spécialiste passe son temps à prendre en charge des maladies courantes et si bien prises en charge par le médecin généraliste, il n'aura plus ni le temps ni l'esprit libre pour se consacrer à des dossiers plus spécifiques.

Le mode de raisonnement du spécialiste est différent de celui du généraliste. Ce dernier envisagera plus volontiers d'emblée des maladies courantes, alors que le spécialiste considérera que, s'il vous voit, c'est que les maladies de première ligne ont déjà été évoquées, et il passera alors à un autre registre, celui des maladies plus rares ou plus graves.

Et mon urticaire docteur ?

Cette femme de 42 ans a des antécédents. Un cancer du sein lui a été diagnostiqué cinq ans plus tôt. Elle souffre aujourd'hui d'une urticaire depuis neuf mois. Elle a consulté quinze médecins qui, à tour de rôle, lui

ont prescrit tel ou tel antihistaminique et, très souvent, de l'hydroxyzine, un médicament sédatif censé lutter contre les allergies et les démangeaisons. Aucun de ces médecins n'a mis en évidence une cause à cette urticaire.

Mais se sont-ils vraiment donné les moyens de la trouver ?

En désespoir de cause, son médecin traitant l'adresse au réputé secteur d'allergologie d'un service de dermatologie. Là, consultation classique : interrogatoire. Rien de spécial – hormis le cancer du sein – n'est noté. Biologie, NF plaquettes normales ; vitesse de sédimentation et créatinine normales, gamma-GT phosphatases alcalines normales. Bref, un bilan standard, sans particularité. En toute logique, il est conclu qu'« il n'y a pas de cause allergique à cette urticaire, et nous lui prescrivons, selon les recommandations, quatre comprimés d'antihistaminique. Et si, bien sûr, le traitement n'était pas suffisant, nous passerions à l'omalizumab ».

L'omalizumab est connu depuis plusieurs années pour son intérêt dans certains asthmes allergiques. Quelques médecins l'ont essayé dans l'urticaire, et ont rapporté des résultats satisfaisants. Le laboratoire a donc mené des études, qui ont confirmé que ce médicament était utile dans l'urticaire dit *idiopathique*, c'est-à-dire qui ne rentre dans aucune case connue.

Cette conclusion formelle arrivant après deux pages de rapport ne citant que des choses normales – examen clinique sans particularité, biologie parfaite – rentre parfaitement dans les clous de ce que les recommandations en matière d'urticaire stipulent. Ces recommandations sont rédigées par un groupe d'experts de la question, souvent autoproclamés, et qui dictent la conduite que chaque médecin devrait suivre.

Or, dans des cas comme celui-ci, un interrogatoire ne restera normal que s'il omet de poser les bonnes questions.

Imaginons que cette femme ait une maladie auto-immune. Nul ne saurait y penser si ne lui a pas été posée de question sur l'existence d'un syndrome de Raynaud, c'est-à-dire une réaction anormale des extrémités au froid, ou de phlébites (veines qui se bouchent) et de fausses couches dans la famille. De plus, le rapport stipule que l'examen clinique est normal, mais est-on sûr que celui qui a rédigé ce rapport a mis ses mains dans les creux axillaires pour rechercher des ganglions, ou même a palpé les seins de cette malade ?

Deux mois de ce traitement purement symptomatique ne réussissent pas à faire cesser les poussées d'urticaire. La patiente décide donc de consulter un autre clinicien. Elle fait preuve d'une grande patience, car il lui faut un mois pour obtenir un rendez-vous. À peine arrivée, elle s'exclame : « Docteur, vous n'imaginerez jamais combien cette urticaire que je subis depuis maintenant douze mois me pourrit la vie, plus que ne l'a fait mon cancer du sein. Tous les matins, être boursouflée, tous les jours ressentir les démangeaisons, c'est intenable. Je ne sais plus que faire. »

Et, pourtant, les médecins précédents ont suivi la sacro-sainte recommandation, celle qui est sans cesse rappelée lors des conférences, ce *guideline* qui doit être suivi, sans quoi on se démarque des règles de la profession, mais aussi celle qui est trop rapidement appliquée : la prescription d'antihistaminiques. Car si la consultation du dermatologue face à une urticaire se résume à prescrire cette classe de médicaments, à quoi bon attendre deux mois pour avoir un rendez-vous, alors que des médicaments similaires sont disponibles sans ordonnance en pharmacie ?

« Que puis-je faire de plus ? me demandai-je. Elle a vu quinze médecins, elle a consulté en allergologie il y a peu. Que vais-je découvrir de plus ? »

Avec la rigueur exigée par la méthode de questionnement, je reprends mon interrogatoire et ne pose pas moins de quatre-vingts questions à la patiente. J'apprends ainsi qu'elle a reçu pendant plusieurs mois différents antibiotiques pour une prétendue infection urinaire, que je suspecte aussitôt ne pas en être une. Nous allons découvrir qu'il s'agit en fait de douleurs abdominales en relation avec une endométriose !

Cette maladie est à l'honneur dans les médias. Les femmes qui en souffrent témoignent du long retard au diagnostic. Car elles ressentent dans l'abdomen des douleurs qui ressemblent à celles qu'elles peuvent avoir pendant leurs règles. Et pour cause : il s'agit en fait, ni plus ni moins, que du tissu de l'utérus – la muqueuse appelée endomètre – qui s'est développé en dehors de cette matrice. Et ce tissu subit les effets des hormones féminines : il gonfle, régresse, saigne. C'est comme cela que l'on explique les douleurs de l'endométriose.

La patiente a donc absorbé bien inutilement une succession d'antibiotiques de différentes classes (quinolone, céphalosporine, bêtalactamine) pendant des semaines et des semaines avant que l'urticaire fasse son apparition.

L'interrogatoire, que je veux le plus complet possible, organe par organe, me permet de découvrir aussi qu'elle souffre fréquemment et de manière récurrente d'aphtes, et qu'elle a tendance à faire de l'asthme. Enfin, elle a des douleurs abdominales répétées et des céphalées, notamment lors de la prise de vin blanc. Tout cela n'est pas banal et doit bien avoir une explication...

Cet interrogatoire apparaît donc fructueux, car au moins deux pistes s'ouvrent à moi : cette patiente n'aurait-elle pas développé une candidose digestive à la suite de son antibiothérapie ? Le *Candida albicans* est un champignon archiconnu, une levure de la même famille que la levure de boulanger. Ce champignon colonise notre intestin. Si nos défenses immunitaires sont défaillantes, il peut prendre le dessus. C'est une cause reconnue d'urticaire chronique.

Dans cette hypothèse faut-il faire des examens complémentaires ? Que nenni ! Un traitement par fluconazole, un antifongique, en viendra à bout.

Par ailleurs, la symptomatologie digestive, de la bouche à l'abdomen, les céphalées et l'asthme suffisent à évoquer une intolérance aux sulfites. Ce sont des conservateurs utilisés dans l'industrie alimentaire. Ils peuvent conduire à une urticaire sans que le mécanisme soit véritablement allergique.

Étant sûr de tenir une des étiologies de son urticaire, je demande à mes étudiants de m'apporter la liste des aliments qui contiennent du sulfite, de façon à ce que la patiente les supprime de son alimentation. Il n'y a, à ce stade, aucune preuve biologique à mon hypothèse. Seule l'efficacité du régime d'éviction de ces fameux conservateurs que sont les sulfites, que l'on trouve dans certains vins, notamment d'Alsace, dans les conserves, mais aussi sur les crevettes (ce qui leur permet de rester roses très longtemps) et sur les fruits secs comme les figues séchées, confirmera cette hypothèse d'intolérance aux sulfites, qui sont aussi responsables, chez certaines personnes, de rhinite, de polypes des fosses nasales, d'asthme, de céphalées et d'intolérance à l'aspirine.

Telles sont les recommandations et préconisations faites à ma patiente : fluconazole et arrêt des sulfites.

Un rendez-vous de contrôle deux mois plus tard est fixé. À ce rendez-vous, la patiente arrive joyeuse et reconnaissante. « Docteur, vous m'avez sauvé la vie ! Je n'ai plus d'urticaire, je vais beaucoup mieux, je n'ai pas

fait la moindre poussée depuis que vous m'avez remis votre ordonnance et vos préconisations. » Les effets se révélèrent durables. Point d'urticaire les mois qui suivent.

Cette histoire a une morale : il y a toujours une cause à une urticaire chronique, et seuls ceux qui ne la cherchent pas ne la trouveront pas. Il n'est pas forcément besoin d'exams complémentaires pour évoquer telle ou telle hypothèse. Le test thérapeutique (application du traitement) sera aussi utile et révélateur que le test biologique. Alors, avant de se précipiter sur les prétendues « recommandations », le bon médecin doit prendre le temps d'interroger ses malades. Encore et toujours.

En fait, si on lit les recommandations en détail, il est précisé qu'il suffira de ne traiter que les effets de l'urticaire par les antihistaminiques, que si l'interrogatoire et l'examen clinique n'ont rien révélé. Mais il n'y a pas un interrogatoire ni un examen clinique. Ces deux parties de la consultation médicale sont très dépendantes du médecin. Nous avons déjà vu que, selon la façon dont il pose les questions, il obtiendra, ou pas, des réponses. Selon que l'examen se fait malade habillé ou déshabillé, selon que le médecin palpe ou pas les ganglions, selon le temps qu'il met à vouloir à tout prix trouver une cause, les conclusions ne seront pas les mêmes. On peut reprocher auxdites recommandations d'avoir inscrit que l'attitude de première intention était de prescrire des antihistaminiques, alors que la première intention est bien de chercher coûte que coûte une cause, et de faire un bon interrogatoire et un bon examen clinique. Mais, sauf à remettre à chaque médecin une liste précise des questions à poser, et une règle à suivre pour l'examen, il est clair que, malheureusement, ces règles ainsi rédigées n'invitent pas à une recherche inlassable de la cause.

Mon médecin est curieux de tout symptôme

Un des grands principes que doit respecter un médecin est que tout symptôme, toute demande, doit susciter sa curiosité et ne pas être considéré comme abusif, anormal ou non fondé. L'existence d'une fenêtre ouverte dans une maison est banale ; en revanche, si cette maison a été cambriolée (et, pour le savoir, il faut vérifier pièce par pièce), alors cette fenêtre ouverte aura une signification importante. Ainsi, une constipation peut être courante. Mais si elle survient chez un malade qui a maigri, et chez lequel on découvre un ganglion du creux de l'épaule à gauche, ce trouble digestif, qui aurait pu être considéré comme anodin, peut se révéler être la manifestation d'un cancer du côlon.

Les maladies ne sont que des petits signes qui se révèlent successivement ou simultanément, sont isolés ou associés, touchent un ou plusieurs organes. Le tableau clinique est constitué de signes généraux comme la fièvre, la fatigue, l'anorexie, l'amaigrissement, et des signes que l'on appelle fonctionnels, comme la douleur, la démangeaison, la toux ou encore la diarrhée. Or toutes les maladies, des plus anodines aux plus graves, des plus simples aux plus compliquées, ne sont que la somme de symptômes liés à différents organes. Selon l'ordre d'apparition, elles paraîtront plutôt bénignes ou graves à un observateur non averti. Le même cancer de l'intestin peut se révéler par une occlusion brutale conduisant à une intervention chirurgicale en urgence, par quelques gouttes de sang dans les selles, ou sous la forme d'une banale constipation. Pourquoi l'occlusion serait-elle plus inquiétante que la constipation si ces deux signes cliniques sont finalement la révélation de la même maladie, ici le cancer du côlon ?

Ainsi, un médecin doit consacrer autant de temps en questions et en examen clinique à un malade consultant pour une constipation que pour celui qui vient avec un ventre dit « chirurgical », c'est-à-dire nécessitant un traitement chirurgical.

Il est classique de dire : « Il n'y a pas de petits symptômes. » Cette phrase prend tout son sens quand on sait qu'une simple démangeaison peut être le signe d'un lymphome, ou qu'un mal de tête cache parfois la maladie de Horton, pathologie dont le risque est la cécité, c'est-à-dire la perte totale de la vue, du fait de l'inflammation de l'artère rétinienne.

La seule différence réside dans la fréquence des causes rattachées à tel ou tel signe. En effet, toutes les personnes constipées n'ont pas de cancer du côlon, toutes les personnes qui souffrent de céphalées n'ont pas la maladie de Horton. Mais, si c'était *vous* qui consultiez, vous seriez indifférent à ces statistiques et voudriez que soit établi de manière certaine que cette céphalée n'est *pas* en relation avec la maladie de Horton. Aucun médecin ne doit rejeter le diagnostic d'une maladie au prétexte qu'elle est rare. Dire à un malade de ne pas s'inquiéter parce que le signe clinique qu'il présente est rarement l'expression d'une pathologie lourde n'est absolument pas un argument recevable. Surtout si l'interrogatoire et l'examen clinique ne sont pas faits, ou s'ils sont faits succinctement. Comment être sûr que vous n'avez pas cette maladie des ganglions, tant que le médecin ne les aura pas recherchés ? Et pour cela, quoi de plus simple que de se laisser examiner ?

Et puis, quand un signe banal survient dans une situation pas banale, cela change tout. La sagacité du médecin doit être en alerte. Ses cheveux devraient se hérissier sur la tête, son cœur battre la chamade, car il devrait savoir qu'il y a quelque chose à découvrir derrière chaque situation. Ainsi, une cataracte chez un enfant ne peut être considérée aussi banalement qu'une cataracte sénile !

« Je viens faire épiler ma fille »

Je suis encore interne des hôpitaux, c'est-à-dire en formation pour obtenir mon diplôme de spécialiste, et je remplace dans son cabinet un médecin de ville qui m'a confié ses patients pour une demi-journée. Il faut que je m'esquive discrètement du service hospitalier auquel je suis rattaché, et que je n'oublie pas de laisser mes coordonnées téléphoniques aux infirmières,

au cas où un malade hospitalisé, dont j'ai la charge, n'irait pas bien. Je découvre à cette occasion, au cabinet, des actes routiniers pour le dermatologue de ville, qu'il faut apprendre à réaliser avec les appareils disponibles (appareil d'électrocoagulation...), en suivant les quelques lignes d'explication rapidement griffonnées par le médecin. Cet après-midi-là n'est pas comme les autres : il va rester gravé dans ma mémoire.

Je vois arriver un monsieur d'une quarantaine d'années avec sa fille, une enfant relativement menue, de petite taille, dont je n'ai pas bien regardé le visage sur le coup, car je suis occupé à recueillir des informations d'état civil, le nom du médecin traitant, etc. Alors que je vais m'enquérir du motif de la consultation, le père, sans se préoccuper de ce que je suis en train de faire, me dit : « Je viens comme la dernière fois pour faire épiler ma fille... »

Cela lui semble d'une grande banalité, et il ne semble pas comprendre mon air interloqué, alors que je feuillette le dossier de cette jeune fille, désespérément vide, sans aucun examen complémentaire. « Vous voyez bien qu'elle a des poils sur le visage », me répète-t-il.

Oui, en effet, cela se voit. Mais pour autant ce n'est pas parce qu'il y a des poils que la seule réponse est l'épilation.

Ne voulant pas examiner l'enfant par-dessus le bureau, je lui demande de s'allonger sur la table d'examen, en me gardant bien de la prier de se déshabiller, car il est certain que son père n'en aurait pas compris le motif. Pour donner plus de sérénité à l'examen du visage, je demande à l'assistante d'allumer la grosse loupe sur pied, puis me penche au-dessus de la jeune fille. Elle présente bien une hyperpilosité du menton et de la « moustache ».

« Qu'a fait le docteur, lors des dernières consultations ?

– Eh bien, il a brûlé les poils avec sa machine, répond le papa, en désignant l'appareil d'électrocoagulation.

– N'a-t-il pas fait un bilan hormonal ? Vous savez, il n'est pas normal d'avoir une telle pilosité à cet âge-là.

– Non, ma femme est comme ça. C'est tout à fait normal dans la famille. »

Ce n'est pas parce que je n'ai jamais pratiqué d'épilation électrique que je refuse de me prêter à l'exercice. Je pourrais sans doute m'en sortir. J'ai

appris la manière de procéder dans des réunions médicales. Mais ce qui m'importe, c'est avant tout de trouver la *cause* de cette hyperpilosité, car je suis certain que cette enfant est, sans le savoir, inondée d'hormones mâles – celles qui font que la peau naturellement imberbe du visage d'une enfant se couvre d'une pilosité de type masculin. Je tente d'expliquer au papa la nécessité de réaliser une prise de sang et une échographie abdominale.

« Mais vous ne l'épilez pas ? »

– Non. Nous le ferons la prochaine fois s'il le faut. Mais il est important de trouver la cause et de la traiter, afin que les poils ne repoussent plus. »

Le père se lève rapidement et déclare : « On est venus pour rien ! Viens, on s'en va... »

Il quitte la consultation sans la régler ni même prendre les ordonnances que lui tend la secrétaire. Il est manifestement fort mécontent, et me signifie qu'il reviendra voir le titulaire, celui qui aujourd'hui se fait remplacer par cet incompetent, et que le docteur, le vrai, lui, saura faire rapidement l'épilation électrique qu'il demande.

Moi, je suis inquiet pour cette petite fille dont la taille n'est pas celle d'une enfant de 11 ans, mais celle d'une enfant de 9 ans. Je suis persuadé qu'elle a une anomalie hormonale ovarienne ou surrénalienne. Encore perturbé par cette consultation qui s'est très mal passée, je laisse un mot détaillé sur le bureau de mon aîné, lui expliquant ce qu'il convient de faire d'après moi, et lui donnant d'ailleurs le détail de chacune des hormones masculines à doser, dont il a certainement oublié le nom depuis tant d'années de pratique.

La journée se passe, puis les jours, les semaines et les mois, et cette histoire médicale est oubliée. L'année suivante, à la même période – mon confrère part toujours en vacances à cette date –, je suis de nouveau appelé à le remplacer. Je suis très heureux de pouvoir arrondir mes fins de mois tout en ayant une activité clinique de consultation, que je ne peux avoir à l'hôpital.

Je suis à peine arrivé, installé derrière mon bureau à regarder la liste des consultants de l'après-midi, que le téléphone sonne. C'est la secrétaire du cabinet.

« J'ai au téléphone un monsieur qui veut vous parler. »

– De qui s'agit-il ?

– Vous vous souvenez, le monsieur de l’année dernière, avec sa fille de 11 ans qui avait des poils, et qui était parti sans vous payer ?... »

J’ai un bref moment d’inquiétude, je tends l’oreille.

« Bonjour, docteur, vous vous souvenez de moi ? Je vous ai vu avec ma fille, l’année dernière.

– En effet, je me souviens très bien.

– Eh bien, dit-il (son ton est doux, hésitant, presque penaud), je voudrais m’excuser pour mon comportement. Parce que, en fait, vous aviez raison.

– Pourquoi me dites-vous cela ?

– Nous avons revu le docteur que vous remplacez, et, comme vous, il nous a dit qu’il fallait faire une prise de sang et une échographie du ventre. La prise de sang a montré que ma fille avait des taux très élevés d’une hormone masculine, la testostérone. Et puis l’échographie a montré qu’elle avait un énorme kyste, gros comme une mandarine, à côté des reins. »

Il s’agit d’une tumeur de la glande surrénale, que l’on peut en effet voir se développer chez les enfants, bien que cela soit rare. Mais, pour *cette* enfant, il n’est pas question de parler statistiques. Car, dans son cas, il y avait 100 % de risques qu’elle ait une telle anomalie.

« Elle a été opérée aussitôt par le professeur Gillet, à l’hôpital, et j’aimerais bien vous la remontrer, car ma fille n’a plus de poils. Surtout, elle a beaucoup grandi, elle a récupéré la taille des enfants de son âge. »

Je suis sur un petit nuage. J’avais évoqué le diagnostic en n’ayant pour preuve objective que cette pilosité anormale qu’il n’y a pas lieu de voir chez une enfant de 11 ans, et c’est ainsi que, pour la première fois, j’avais effectué une médecine déductive, holistique, globale, qui, partant d’une anomalie de la peau, m’avait conduit à trouver une maladie des organes internes.

Mon médecin ne sous-estime pas la part des événements douloureux

Nos vies modernes ne sont pas des fleuves tranquilles, et les événements douloureux qui les ponctuent sont, chacun le sait, imprévisibles, nombreux et variés. Ils vont d'un licenciement à un accident de voiture en passant par une agression physique, un cambriolage ou la perte d'un proche.

Ces événements sont appelés à tort des « stress ». Le stress n'est en fait que la réponse de notre organisme face à de telles circonstances. Selon la personnalité de chacun, selon son vécu, la réaction à ces événements tragiques peut être l'oubli, la négligence, la dissimulation, mais peut aussi aller jusqu'au développement de maladies auto-immunes, ou de cancers. Il n'est pas rare que ces accidents de la vie soient le facteur déclenchant d'une dépression.

C'est au médecin, et pas forcément au psychiatre – parce que le malade ne ressentira souvent pas la nécessité ni l'intérêt de le consulter –, de mettre en lumière ces faits douloureusement ressentis, passés ou récents. Le stress n'est certes pas le facteur unique du déclenchement d'une maladie, mais il est comme le vent sur les braises, il pourra attiser lentement, voire amplifier soudainement, des symptômes au départ mineurs ou invisibles.

Depuis longtemps, on a mis en relation la souffrance morale et la survenue de maladies. Les chocs psychiques sont ces événements ainsi désignés comme facteurs causaux de perturbations cliniques. Combien de fois avez-vous entendu : « Elle est tombée malade après la mort de son enfant » ou : « Il ne s'est jamais remis de la perte de son emploi » ?...

Ainsi est née de l'esprit des chercheurs une discipline appelée la neuropsychos-immunologie, ou la neuropsychopathologie. Car, même si on ne connaît pas parfaitement les mécanismes qui relient le système nerveux au système immunitaire, il est commun d'observer que la chute des cheveux lors d'une pelade survient après un choc, un événement pénible, et

représente ainsi le fameux mode de réaction de l'individu qui s'appelle le stress.

Certains faits sont troublants. Des analyses approfondies ont été faites chez des mamans qui, pendant une quinzaine d'années, se sont occupées d'un enfant gravement malade au point qu'elles devaient le conduire régulièrement à l'hôpital. C'était par exemple le cas de femmes, plutôt jeunes, qui vers l'âge de 35 ans avaient vu leur enfant de 10-11 ans souffrir d'une leucémie. Pendant des années, ces mamans font des allers-retours à l'hôpital, souvent dans l'attente de réponses à leurs questions, inquiètes. Eh bien, chez ces mères-là, lorsqu'elles sont arrivées à l'âge de 50 ans, on a observé qu'elles avaient une longueur de télomères (cette partie terminale des chromosomes qui se réduit avec l'âge) comparable à celle d'une femme de 65 ans. Ainsi, le dicton qui dit qu'un stress ou une forte douleur morale fait « prendre un coup de vieux » trouve ici une démonstration claire en termes de marqueur de vieillissement, et donc de longévité.

La vie, cette succession d'événements heureux et malheureux, va apporter des déterminants pour le déclenchement de certaines pathologies. Puisque le corps humain ne fait qu'un, on ne connaît pas un organe qui ne soit relié à un autre – par des connexions mécaniques (tendons, fibres), ou par des connexions neurologiques (système nerveux périphérique), ou par des connexions biologiques (tout ce qui circule dans et avec le sang). Il n'est donc pas difficile d'imaginer qu'une maladie à un endroit, qu'un traumatisme à un autre, puisse déclencher à distance une cascade de phénomènes pathologiques.

Ainsi, le rhumatisme articulaire aigu peut être la conséquence d'une angine bactérienne, c'est-à-dire que le streptocoque qui se trouve alors au fond de la gorge peut déclencher un rhumatisme, voire même une endocardite (c'est-à-dire la dégradation de la paroi interne des ventricules du cœur), ou encore des troubles de la coordination, appelée chorée.

Alors imaginez un choc psychique grave comme la perte d'un enfant par accident devant les yeux de sa propre mère ! Tout ce qu'elle a vu à cet instant, tout ce qu'elle a entendu, tout ce qu'elle a ressenti va se transmettre à travers son organisme et, en fonction de sa réceptivité, de sa fragilité du moment, va faire apparaître une maladie. Combien de femmes ont déclenché une sclérodermie systémique, maladie qui se révèle par un

syndrome de Raynaud (les doigts qui deviennent blancs lorsqu'ils sont en contact avec le froid), puis par une rigidité de la peau, le déchaussement des dents... Et ce le plus souvent après un choc psychique lié à un enfant (deuil, annonce de stérilité, départ d'un enfant de la maison...).

C'est bien au médecin, et à lui en priorité, de relier les événements les uns aux autres. Même si on sait aujourd'hui combien peuvent être positifs les apports d'une thérapeute, d'un médium, d'une sophrologue, d'un psychologue, par leur soutien dans la douleur, ce sera bien au médecin de traiter à la fois la maladie organique et la maladie psychique induites par ces facteurs.

La petite chambre

« Brigitte va être bien dans cette chambre, pour faire ses études ! » pensa Marguerite, sa mère, en sortant le couvre-lit mauve qu'elle venait de déballer de son plastique.

C'est ce que se dit de nouveau Marguerite lorsqu'elle tira les rideaux et ferma à clé la porte de ce studio qu'elle avait loué une quinzaine de jours auparavant, pour la prochaine rentrée universitaire de sa fille.

Cette fille unique qu'elle avait eu des difficultés à avoir, puisqu'elle n'eut qu'une unique grossesse, à l'âge de 41 ans, inattendue, inespérée, mais ô combien heureuse.

Brigitte était entrée à la faculté de médecine depuis plusieurs mois lorsque sa mère, Marguerite, conseillée par le dermatologue qui la suivait depuis bientôt douze semaines, arriva à sa consultation. Non pas pour faire le diagnostic d'une maladie difficile à identifier, mais pour me demander s'il existait un traitement particulier dont j'aurais eu connaissance pour ce fichu lichen scléreux.

En effet, dans le courant de l'été, Marguerite s'était mise à se plaindre de démangeaisons au niveau vulvaire. Cette sensation permanente avec le besoin de se gratter pour se soulager était intense. Cela ne la quittait pas, du matin jusqu'au soir. Elle était obligée de refuser toute relation avec son mari – du moins était-ce la raison qu'elle lui donnait, même s'il était clair que, depuis quelques mois, elle avait perdu complètement le désir.

Lorsque je vis arriver cette femme de 58 ans, je n'aurais pas imaginé qu'elle puisse venir pour un lichen vulvaire, car ce motif de consultation, à cet âge-là, est plutôt rare. C'est en général soit beaucoup plus tôt, dans l'enfance, soit à un âge plus avancé. Le lichen atrophique prend alors le nom de *Kraurosis vulvae*. En fait, je pensais que c'était pour ses cheveux un peu épars, l'alopecie de la ménopause, qu'elle venait me consulter. Mais, lorsqu'elle me donna le motif de sa visite, je repris la lettre de son médecin, que je n'avais pas encore lue, pour y trouver en effet cette notion de lichen scléreux vulvaire.

Pourquoi n'avais-je pas lu le courrier de mon confrère ? Je ne le fais jamais avant d'avoir moi-même une idée du motif de consultation. Et puis, le plus souvent, il n'y a que quelques lignes dans cette petite enveloppe : le médecin a peu de temps et, « de toute façon, se dit-il, mon confrère spécialiste va tout reprendre de zéro »...

« Le docteur vous a mis tout mon dossier médical », dit Marguerite pour interrompre un silence pesant pendant que je gambergeais en fixant le courrier de mon confrère. Ces paroles me sortirent de la réflexion dans lequel je m'étais plongé, pensant à cette enfant vue la semaine dernière pour un lichen vulvaire, et dont le facteur déclenchant était qu'elle entendait régulièrement sa maman qui, malheureusement, avait été violée à l'âge de 18 ans, la mettre en garde contre les garçons. « Euh, oui, je pense, dis-je tentant de répondre à une question qui n'en était pas une. Je crois qu'il m'a mis l'essentiel de votre dossier médical. »

C'est souvent ce que pensent les patients. Il peut arriver en effet – et de plus en plus, je le constate avec plaisir – que, grâce notamment à l'informatisation des cabinets, le médecin glisse dans l'enveloppe les examens complémentaires qu'il a prescrits au malade. Mais, dans d'autres cas, ce n'est qu'au travers de quelques mots que je dois deviner la demande de mon confrère.

Comme à l'accoutumée, je fis défiler des dizaines de questions et, dans le quart d'heure qui suivit, j'en connaissais beaucoup plus sur les événements médicaux de cette femme. Puis ce fut la phase de l'examen clinique sur lequel je ne m'attardai pas, car il est toujours difficile, pour une patiente, de s'exhiber ainsi dans un cabinet médical, notamment en présence d'étudiants¹, parmi lesquels, dans quelques années, se trouverait sa fille.

Une fois le diagnostic établi avec certitude, ses propres caractéristiques (la surface des taches nacrées, l'existence d'un purpura et son étendue, la gravité des synéchies, ces fameux accolements de la muqueuse) ont peu d'intérêt, car, dans ce cas, ils n'influent pas sur les modalités de la prise en charge.

Quand elle fut rhabillée, Marguerite reprit sa place en face de moi, de l'autre côté du bureau, et, machinalement, commença à sortir son carnet de chèques. Il est amusant d'observer que les patients ont hâte de montrer au médecin qu'ils ne tarderont pas à le régler, et ne savent pas en fait à quel moment la consultation est considérée comme terminée. Je la rassurai, en lui disant de rester assise, que nous avions encore beaucoup de choses à nous dire.

Je la voyais préoccupée, excitée et, avant même que j'aie fini ma phrase, elle me demanda : « Et alors, docteur, quel traitement allez-vous me donner ? »

Elle était dans un tel état d'alerte qu'elle attendait de moi que je fasse aussitôt sortir de ma boule de cristal un diagnostic, et un traitement. Tout en saisissant son stylo, et avant que j'aie pu répondre à sa question, elle m'en posa une nouvelle : « Alors, docteur, vous pensez que c'est un lichen scléreux ? »

Je ne pus m'empêcher de lui dire que je ne « pensais » pas qu'il s'agissait d'un lichen, mais que j'en avais la certitude. Les malades imaginent souvent que le médecin, comme une voyante dans une fête foraine, va poser un diagnostic avec une forte probabilité qu'il soit faux. Au lieu de demander quel est votre diagnostic, la malade demande si je « pense » que c'est un lichen. La médecine n'est pas la vision magique de signes qui laisseraient « penser » à tel ou tel diagnostic. Le médecin sait ou ne sait pas, mais il ne peut ni croire ni penser. En revanche, il peut poser des hypothèses et tâcher de les confirmer.

J'aurais pu longuement dissenter sur le mystère qui entoure l'avis du médecin et la décision médicale. Mais, face à cette maladie génitale particulière dont je connaissais les relations avec des violences, notamment d'ordre sexuel, il me fallait aborder, comme je le fais habituellement, la recherche d'un événement douloureux dans la vie de cette personne.

Une fois que je l'eus apaisée, après lui avoir dit de ranger son carnet de chèques car il n'y avait pas d'urgence, et que, de toute façon, c'était ma

secrétaire qui percevait les honoraires, j'attendis que le silence se fît dans la salle, les étudiants parlant entre eux, les uns tout fiers d'avoir fait le bon diagnostic, les autres interloqués, car ils n'avaient jamais vu une telle maladie.

« Madame, comment dormez-vous ? »

À cette question, la patiente va répondre aisément, sans voir une intrusion dans sa vie intime, car le sommeil est quelque chose de palpable, au même titre que la fièvre ou l'existence de douleurs articulaires. Cette première approche à la recherche d'une souffrance psychique nous apprend des difficultés d'endormissement chez Marguerite, mais, surtout, des réveils nocturnes à plusieurs reprises, toutes les heures ou toutes les deux heures, et ce depuis plusieurs mois. C'est alors que, sans tarder, je repris la parole pour lui demander :

« Qu'avez-vous eu comme coups durs dans votre vie, madame ? »

Je prononçai ces paroles en concentrant mon regard sur ses yeux. (J'ai lu dernièrement dans un magazine grand public qu'il fallait viser par le regard l'œil gauche – à moins que ce soit le droit, je ne sais plus –, car cela avait une importance particulière pour toucher la personne... Il est vrai que ces conseils avaient été donnés dans une rubrique sentimentale, et non médicale.) Surtout, j'avais adopté un ton très solennel, différent de celui que j'emploie pour questionner les malades sur leurs antécédents.

Quelle que fût la direction de mon regard, la question fut perçue douloureusement, car, en quelques secondes, la tête de Marguerite s'abaissa, et je crus discerner des larmes derrière ses paupières dorénavant closes. D'un geste discret, je fis signe à l'un de mes étudiants (celui qui avait déjà consulté plusieurs fois avec moi, car il saurait ce que j'attendais de lui) d'aller chercher du papier sèche-mains, ce qu'il fit sans tarder, ayant l'habitude de se lever à ce moment de la consultation pour toutes les patientes pour qui la question a été percutante. Tout en séchant ses larmes avec la feuille de papier, Marguerite me dit :

« C'est l'histoire de la chambre... »

Je ne compris pas ce qu'elle voulait me dire, mais je sentais qu'elle avait envie de me raconter une longue histoire, et je l'écoutai.

« Dites-moi..., me surpris-je à répéter plusieurs fois.

– Voyez, docteur, nous avons, mon mari et moi, une fille de 18 ans, qui a été reçue au baccalauréat avec mention très bien, et qui nous a dit vouloir débiter des études de médecine.

– Elle est donc en première année ? demandai-je, tout fier de montrer à cette maman que sa fille faisait donc partie de notre communauté médicale, de notre confrérie, et que j’en étais très heureux.

– En effet, elle a commencé ses cours il y a quelques semaines. »

Elle me raconta alors que, compte tenu du fait que son mari, bon vivant, aimait recevoir des amis à la maison plusieurs fois par semaine, il n’était pas possible que sa fille poursuivît des études dans un tel brouhaha permanent, quand ce n’était pas la télévision, dont le son était souvent monté, car tout cela pourrait l’empêcher de travailler convenablement. C’est pourquoi elle décida, avec l’accord de son mari, de louer une chambre au centre-ville, loin du campus universitaire où les chambres sont tristes, et où la promiscuité pourrait la détourner de ses objectifs universitaires. C’est son mari lui-même qui releva la petite annonce du journal, et tous les deux allèrent visiter ce petit studio composé d’une chambre de 15 m², d’une kitchenette, d’un coin douche et d’un w.-c. dissimulé par un paravent. Marguerite se réjouissait d’aménager cette pièce meublée, mais il fallait y mettre des rideaux, faire le lit, trouver un joli couvre-lit... La décorer comme il se doit, et faire ainsi une heureuse surprise à Brigitte.

« Voyez-vous, docteur, je suis allée plusieurs samedis de suite nettoyer, ranger, aménager cette petite chambre, et c’était comme si je jouais à la poupée. Je me projetais aussi, car j’aurais aimé que mes parents en fissent autant lorsque je suis entrée à l’école de cuisine, mais ils ont préféré l’internat. »

Marguerite me raconta alors que, courant août, la chambre était prête. Mais un jour, alors qu’elle faisait ses courses en ville, elle s’arrêta devant l’immeuble où se trouve la petite chambre, au quatrième étage. Elle s’assit sur un banc pour la contempler depuis la place de la mairie. Elle était fière d’avoir eu l’idée de ce logement séparé de la maison, et dans un quartier sûr. Elle aurait beaucoup d’arguments à exposer à sa fille pour lui vanter les qualités de ce studio. Il était très bien ensoleillé, la façade était au sud. Certes, il n’y avait pas d’ascenseur, mais les escaliers étaient commodes. Bref, tout devait lui plaire.

Lorsque, brusquement, elle eut l'impression de voir bouger le rideau. Elle se demanda si le rideau venait de bouger ou si, simplement, il n'était pas dans la même position que lors de son dernier passage une semaine plus tôt, quand elle avait terminé l'installation. Cela l'intrigua au point qu'elle ouvrit immédiatement son sac à main pour vérifier si elle avait bien la clé. Par chance, elle se trouvait dans son porte-monnaie et, rapidement, elle se vit monter les escaliers, non pas quatre à quatre, mais marche après marche, silencieusement, comme si elle voulait découvrir ce qui se passait dans cette chambre. Chaque marche était pour elle l'occasion d'entendre la vie de cet immeuble.

Arrivée au quatrième étage, légèrement essoufflée, elle attendit quelques secondes sur le palier, tendant l'oreille contre la porte. N'entendant aucun bruit, elle glissa discrètement la clé dans la serrure. Il n'était pas besoin de tourner la clé, car la porte était ouverte. C'était curieux...

« Aurais-je oublié de la fermer à mon dernier passage ? »

Elle appuya délicatement sur la poignée de la porte, l'entrouvrit, et son regard se figea : son mari était là, à plat ventre sur le lit, tête tournée contre le mur, visiblement en train de dormir. Il y avait à ses côtés une femme d'une quarantaine d'années, maquillée, en sous-vêtements, assise en tailleur, en train d'examiner les ongles de ses pieds. Avant même que la femme n'eût le temps de relever la tête, Marguerite avait déjà refermé la porte et dévalait les escaliers en pleurant.

« Quel choc, c'est impensable ! Dites-moi que je rêve... » s'entendait-elle dire. Curieusement, ce n'était pas le fait d'être trompée qui la blessa le plus à ce moment-là, mais de voir la chambre de sa fille violée de la sorte.

Aussitôt ces faits parfaitement décrits par la patiente, je repensai, comme mes anciennes observations l'avaient relevé, qu'il s'agissait bien, là aussi, d'une agression d'ordre sexuel, indirecte, et je compris que, dans ma « théorie », il fallait que j'intègre l'adultère qui, quelque part, peut être vécu comme aussi douloureusement qu'une agression sexuelle directe.

Je ne cherchai pas à en connaître davantage, mais il me fallait aussi établir le diagnostic d'un état dépressif, qui ne fut pas difficile à retenir devant cette tristesse, les idées noires qui avaient découlé de cette rencontre inattendue, et tous les autres signes habituellement observés.

De façon inespérée, bien que la physiologie humaine soit capable d'authentiques miracles, la prise en charge de cette malade sur le plan de sa souffrance morale avec l'aide d'un médicament sérotoninergique, des discussions qu'elle eut avec son mari qui ignorait que son épouse l'avait surpris en galante compagnie, la volonté de Marguerite de tourner la page, c'est-à-dire de tout oublier, ont conduit, alors que le seul traitement spécifique a été la poursuite de la corticothérapie locale, à faire disparaître totalement tous les signes du lichen scléreux dans un délai de quatre mois.

Combien d'interrogations, combien de conférences, combien d'interventions ont été faites ces cent dernières années pour faire reconnaître le lien qui existe entre un événement douloureux de la vie, son retentissement, et le déclenchement, l'aggravation, la poursuite d'une maladie ? Il a fallu jusqu'à des études neuropsychopharmacologiques, qui ont établi sur des modèles animaux tels que la souris, que la survenue d'un événement conduisant à un stress en réponse pouvait déclencher des maladies inflammatoires, des maladies auto-immunes, et jusqu'à des cancers.

Et, même si on peut rester circonspect sur les liens que j'ai établis entre la survenue du lichen vulvaire et ce choc affectif, il était néanmoins de mon devoir de médecin de mettre en lumière les pathologies associées à la présentation clinique de la malade, et notamment l'état dépressif, qui, s'il n'avait pas été traité, aurait laissé cette femme dans la douleur morale et la souffrance psychique.

« Mon père m'a emmenée à Paris »

Ce jour-là, c'était un jour comme un autre. Les consultations se suivaient toutes les vingt minutes. Rien ne laissait penser que j'allais prendre une heure de retard. Sauf lorsque je vis arriver madame Redornas, une femme d'une soixantaine d'années, avec un visage d'une rougeur écarlate, qui témoignait d'une dermatose sévère, probablement diffuse si je pouvais en juger par le cou, et les mains atteintes par le processus. Elle était en effet rouge des pieds à la tête, avec des démangeaisons importantes, et cela durait depuis au moins six mois. C'est ce qu'elle m'annonça sitôt installée dans le bureau médical, avant même que je le constate par moi-même.

Après les questions habituelles, bien détaillées, sur les maladies antérieures, les traitements reçus, l'histoire de la maladie a été abordée. Tout était apparu en quelques jours, dit celle qui n'en pouvait plus d'endurer ainsi chaque jour de telles souffrances physiques mais aussi psychiques. Elle était fatiguée de ne pouvoir dormir. Elle s'en voulait de faire vivre cela à sa famille. Elle attendait beaucoup de cette consultation qu'elle avait programmée il y avait déjà un mois.

Très vite, l'expérience aidant, je remarquai l'infiltration de la peau, qui était épaissie, avec un signe du rideau. C'est cet aspect que prennent les plis de la peau, notamment dans le dos. Ils ressemblent à un rideau de théâtre, avec ses tentures obliques et parallèles.

Cet aspect est bien connu des dermatologues ; il signifie qu'il y a une forte infiltration de la peau, celle-ci étant plus épaisse du fait de la présence de nombreuses cellules malignes, les lymphocytes, mais aussi par une substance qui infiltre les tissus, la mucine. Mais ce qui est le plus important est de voir s'il y a des ganglions, car cela donnerait alors une dimension systémique à la maladie. Et, en effet, toutes les aires ganglionnaires sont envahies de gros ganglions, tant au niveau des aisselles que des plis inguinaux. Tout plaide en faveur d'un lymphome. Dans ce cas, avec une atteinte de l'ensemble de la peau, il doit s'agir d'une maladie de Sézary qui, inéluctablement, conduira à introduire un traitement corticoïde et chimiothérapique.

Après cet examen physique vint l'examen psychique, c'est-à-dire cette phase de questionnement où l'on cherche à connaître la qualité du sommeil de la patiente, et les événements douloureux de sa vie. Cette femme paraît solide. Elle a un mari aimant, une fille psychiatre, elle a encore ses parents, fort âgés, et rien ne laisse présager une souffrance qu'elle traînait depuis son adolescence et qu'elle avait cachée à toute sa famille.

Au moment de la question déterminante : « Qu'avez-vous eu comme coup dur dans votre vie ? », le visage de la patiente se crispe. Son regard se remplit de larmes et se détourne du mien.

« Docteur, je ne peux pas vous dire cela. C'est plus fort que moi, je n'y arriverai pas.

– Dites-moi. C'est quelque chose de grave, je le sais, vous ne pouvez pas le garder pour vous...

– Jamais je n’en ai parlé à quiconque, pourquoi vous en parlerai-je ?

– Parce que, madame, je suis médecin. Vous me consultez pour un problème grave, vous vous en doutez, n’est-ce pas ?

– Oui, docteur. Je le vois bien à votre examen, tous ces ganglions que vous avez trouvés...

– Alors, sans connaître ce dont vous avez souffert, je ne pourrai pas vous traiter aussi bien que possible.

– Eh bien, docteur, c’est arrivé lorsque j’avais quatorze ans... Mon père m’a emmenée à Paris ! »

Attendant la suite, je me demandais bien quel lien pouvait avoir un voyage à Paris avec son père et une telle douleur morale dont elle porte visiblement les signes, dès lors que ce problème a été abordé.

« Nous sommes arrivés dans la capitale. J’étais très heureuse, comme toute gamine qui allait découvrir la tour Eiffel, l’Arc de triomphe et tant de belles choses.

– Mais encore ? dis-je, impatient de connaître l’issue de ce voyage.

– Il m’a emmenée à l’hôtel... »

Il m’a fallu plusieurs secondes pour imaginer ce qu’il avait pu se passer dans cet hôtel. La malade ne voulut plus en dire davantage, me laissant en fait le soin de comprendre par moi-même.

« Vous m’avez dit que vous aviez toujours vos parents, vous revoyez votre père ?

– Oui, et je lui téléphone même tous les jours, à ce salopard ! »

Il était curieux d’entendre un mot aussi grossier dans la bouche d’une femme distinguée comme elle, mais, visiblement, elle avait besoin d’exploser, de crier sa haine, sa colère.

« Je ne veux pas qu’il me déshérite, alors j’entretiens le contact comme si de rien n’était.

– En avez-vous parlé à votre mari, à votre fille ?

– Non, docteur, vous êtes le premier et le seul à qui j’en parle depuis mes quatorze ans. Même ma mère n’en sait rien, je ne veux pas l’accabler, la pauvre femme. »

Cette confiance honore le médecin que je suis, qui est le seul confident d'un crime aussi odieux, pour lequel il y avait bien sûr prescription, mais qui a laissé des traces profondes, des cicatrices indélébiles chez cette femme, en proie à une dépression qu'elle dissimule en multipliant les efforts pour faire face.

Avant même d'entreprendre le traitement chimiothérapique, il fallait absolument soulager cette femme de sa douleur morale et de ses conséquences psychiques. Une longue discussion me permit de convaincre madame Redornas de parler autour d'elle de son histoire, et surtout à son mari et à sa fille psychiatre. Il lui fallait un accompagnement qui, associé à la prise de médicaments antidépresseurs, permettrait de soulager ce poids qu'elle a sur le cœur.

Mais la peau est là, toujours rouge. Il faut aussi apporter un traitement dermatologique et systémique. Une corticothérapie générale s'impose. La prochaine consultation est fixée pour un mois plus tard.

Je ne m'attendais pas à revoir madame Redornas aussi tôt lorsqu'elle arriva dans mon bureau – les consultations s'enchaînent, et le temps passe si vite... Ce n'était plus la même femme. Quel soulagement de voir une malade enfin heureuse. Heureuse parce qu'elle avait pu exprimer son désarroi, une douleur qu'elle porte depuis cinquante ans ! Toute une vie à ruminer un inceste, sans avoir pu crier au secours, sans avoir crié sa haine, son dégoût. Elle s'était tue, juste pour protéger les autres – sa mère, puis son mari, puis sa fille.

Sur le plan clinique, elle était aussi transformée. Plus de rougeur. Il n'en reste qu'une desquamation postinflammatoire. La peau est redevenue quasiment normale. Les démangeaisons ont totalement disparu. Madame Redornas me dit plusieurs fois lors de la consultation qu'elle baigne dans un bonheur qu'elle n'a pas connu depuis tant d'années.

« Comment allez-vous, vous, et votre sommeil ? Et en avez-vous parlé autour de vous ?

– Oui, docteur. Ma fille est au courant. Elle est là, dans la salle d'attente, si vous voulez la faire venir. Et mon mari aussi. Il m'a beaucoup soutenu. Il a fait preuve d'une grande compréhension.

– Voyons ces ganglions », dis-je pour changer de sujet.

L'examen physique était rassurant : plus aucun ganglion. Cette maladie lymphomateuse n'était pas arrivée à un point tel qu'elle fût irréversible. Un traitement corticoïde systémique seul avait suffi à mettre la malade en rémission, grâce, surtout, à la prise en charge de la souffrance morale qui l'accompagnait.

On ne sait ce que serait devenue cette malade si la prise en charge n'avait été qu'hématologique. En ne traitant que l'infiltration lymphocytaire maligne de la peau et des ganglions, lui aurait-on véritablement rendu service ? La maladie n'aurait-elle pas été résistante ? On pouvait aussi aisément imaginer une chimiothérapie compliquée d'événements indésirables, avec des résultats inconstants.

L'être humain est un tout. Les organes sont reliés entre eux. La souffrance de l'un peut entraîner la souffrance d'un autre. Les mécanismes ? Peu importe, restons observateurs, car nous n'avons pas besoin de tout connaître pour prendre en charge. Lorsque le médecin révèle des signes que le patient ne manifeste pas ou ne déclare pas, il doit les associer pour construire un diagnostic, et bien sûr ne pas s'intéresser uniquement aux symptômes présentés, comme sur un plateau, par le patient.

Mon médecin n'énonce pas un diagnostic à tort et à travers

Poser un diagnostic est une démarche extrêmement importante, qui ne peut se faire à la légère. Un diagnostic énoncé trop rapidement, et de surcroît à tort, peut définitivement affecter la vie d'un malade. Le médecin doit poser le diagnostic le plus précis possible – ce qui n'est pas toujours le cas –, ou au moins déterminer le cadre dans lequel s'inscrit la pathologie. C'est-à-dire déterminer de quelle nature est la maladie : infectieuse, inflammatoire, tumorale ?... Il lui faudra peut-être deux ou trois consultations pour cerner le diagnostic au plus près, en suivant l'évolution des signes cliniques, ou en prenant connaissance soit d'examens complémentaires qu'il a prescrits, soit de l'effet des traitements qu'il a mis en œuvre. Au bout du compte, le malade devra connaître la nature exacte de sa maladie, ou du moins en avoir un intitulé clair et précis.

Ainsi, nul ne pourra se satisfaire de diagnostics qui n'en sont pas. Dire à un malade : « Vous avez une allergie » n'est pas suffisamment précis pour être acceptable. Si le malade souffre d'une rhinite après avoir été exposé à des pollens, alors on devra parler de rhinite allergique. Si un eczéma apparaît à l'emplacement de boucles d'oreilles en métal, on pourra parler d'eczéma de contact au nickel. Mais conclure à une allergie chez quelqu'un qui a une maladie de peau qui démange au visage, sans savoir si c'est une réaction d'origine interne due à une allergie alimentaire, ou s'il s'agit d'une réaction à un cosmétique appliqué localement, n'est pas suffisamment précis. Il ne faut pas qualifier d'allergique tout ce qui démange. Car les démangeaisons ont parfois bien d'autres causes qu'une allergie !

On ne devrait pas non plus, dans un tout autre domaine, parler de « circulation du sang » pour expliquer une maladie. Car, en terme médical, cela ne veut rien dire. Le médecin veut-il parler d'une phlébite, c'est-à-dire de la présence d'un caillot dans une veine, ou plutôt d'une insuffisance veineuse ? Derrière le mot « circulation », on ne sait pas de quoi on parle. Des petits vaisseaux capillaires ? Des artères ? Une artère peut souffrir de dépôts d'athérome (ce que l'on appelle l'athérosclérose) du fait de la surcharge de la paroi interne des artères par des dépôts de cholestérol, de plaquettes sanguines et de fibrine, chez quelqu'un qui a une hypercholestérolémie, ou bien être victime d'une agression immunitaire dans le cadre des artérites.

Mais, surtout, ce qui peut être préjudiciable au malade, c'est de lui asséner le diagnostic d'une maladie quand il n'en a pas les symptômes ; et de lui faire ainsi redouter la pire évolution. Un mot de trop, le nom d'une maladie seulement évoquée, peut induire chez le malade une profonde anxiété, qui le conduirait, dans les cas les plus aigus, à une dépression. Parler de cancer cutané à un malade fait plus peur qu'un abcès, alors que certaines tumeurs prenant le nom de cancers n'en sont pas et ont un pronostic excellent ! Prenons l'épithélioma (un nom désignant un cancer) calcifié de Malherbe, qui n'est autre qu'une tumeur kystique bénigne, que l'on peut trouver sous le sourcil d'un enfant. Quand il sort imprudemment de la bouche de votre médecin, un mot inapproprié peut induire des maux bien supérieurs à la maladie organique elle-même. La prudence la plus absolue est donc de mise lors de l'établissement d'un premier diagnostic et des premières conclusions énoncées au patient.

« Vous avez un Gougerot »

Pierre était âgé de 66 ans et, depuis qu'il était à la retraite – déjà quatre ans –, il aimait profiter de ses journées pour faire de la marche ou du ski de fond, lorsque la neige était là. Il le faisait avec trois amis, et ces randonnées se terminaient autour d'une bonne bière et de discussions plaisantes.

Ce matin-là, Pierre se réveilla dans un état de fatigue intense, et il sentit une boule sous son cou. Jamais il ne l'avait perçue et il se demanda de quoi il s'agissait. Il consulta rapidement son médecin, qui l'adressa aux urgences de l'hôpital. Le diagnostic était rassurant : ce n'était pas le gonflement d'un

ganglion, mais de la glande sous-maxillaire, probablement d'origine virale. C'est ce qu'avaient conclu les médecins, et, *a posteriori*, on peut penser en effet que ce patient avait développé les oreillons.

Le médecin de garde écrivit un courrier au médecin traitant de Pierre, pour lui indiquer ce à quoi il pensait, sans toutefois être totalement affirmatif et laissant planer un doute. Or la clinique, c'est-à-dire les signes des maladies, est parfaitement connue, et représente des données fiables, incontestables, qui doivent permettre dans la majorité des cas d'établir formellement un diagnostic, sans hésitation et sans besoin d'une preuve biologique ou anatomo-pathologique. Ainsi, que craignait le jeune médecin des urgences lorsqu'il indiqua au docteur Barbier de faire réaliser une biopsie des glandes salivaires ? Car « on ne sait jamais », avait-il conclu.

Que pouvait donc avoir Pierre, sinon une maladie aiguë virale spontanément régressive qui comportait tous, ou presque tous, les signes des oreillons ? Aurait-il mieux valu faire une sérologie des oreillons et observer l'augmentation des anticorps IgM ou IgG, si on voulait à tout prix un élément documentant *a posteriori* la pathologie ?

Mais, puisque l'urgentiste le demandait, le médecin traitant prit rendez-vous chez un stomatologue pour faire procéder à une biopsie des glandes salivaires accessoires, ces petites glandes de la face interne des lèvres qui, lorsqu'elles gonflent et s'enkystent, portent le nom de grenouillettes. Car il est risqué de biopsier une glande salivaire telle que la sous-maxillaire, celle qui, ici, est gonflée. On préfère prélever une petite glande isolée de la muqueuse, en estimant qu'elle comportera les mêmes anomalies que la glande qui avait grossi.

Pierre se portait cependant bien, il profitait de ses amis, de son temps libre, skiait chaque jour... Et puis, un matin, alors qu'il sortait chaudement habillé pour chercher son journal, il eut dans sa boîte aux lettres les résultats de sa biopsie, qu'il avait totalement oubliée. « Tiens, qu'est-ce qu'ils ont pu me trouver ? » se demanda-t-il. Il ouvrit la lettre sans grande inquiétude, sachant qu'il était parfaitement guéri de cet épisode. Il le fit si maladroitement qu'il renversa une grande partie de sa tasse de café sur l'enveloppe. Il se dépêcha d'essuyer celle-ci avec sa serviette et d'en extraire le résultat.

« ... aspect compatible avec une maladie de Gougerot-Sjögren... »

Sans lire le détail de la description, il se demanda ce que pouvait être cette maladie des glandes qu'il avait donc, alors qu'il ne se sentait pas du tout malade. Mais, à ce moment, il se mit à sentir comme un échauffement, une brûlure au niveau des lèvres, là où avait été faite la biopsie, et aussi sur le pourtour de la bouche, et principalement sur le versant cutané de la lèvre.

« Je n'avais rien ressenti jusqu'à présent. Ils disent donc vrai : j'ai bien quelque chose ! »

Sans attendre, l'anxiété prenant le dessus, se sentant moite, tachycarde, son pouls s'étant accéléré, il s'approcha de l'ordinateur et tapa ces deux mots « Gougerot » et « Sjögren ». Aussitôt, plusieurs milliers de pages s'annoncèrent, et il cliqua sur les premières – celles qui comportent dans leur adresse web les mots « docteur », « santé » ou « université ». Sur un site médical, il put lire que cette maladie touchait principalement les femmes, qu'elle était plus grave chez les hommes, et qu'elle pouvait entraîner de gros troubles oculaires, une sécheresse importante pouvant se compliquer de kératite, voire de cécité, et que les malades souffraient d'une bouche sèche. Il lui apparut rapidement que cette maladie n'avait pas de traitement.

Il voulut voir à quoi cette maladie ressemblait et, en cliquant sur « images », il vit apparaître des centaines de visages plus ou moins anormaux, atteints de différentes taches, rougeurs, croûtes, des yeux dont la cornée était blanche, opacifiée, des mains déformées par une polyarthrite rhumatoïde... Bref, un tableau catastrophique !

Il ne resta pas plus de dix minutes devant son écran, et il éteignit vite son ordinateur, de peur que son épouse le surprît.

Au déjeuner, celle-ci le trouva étrange. Il avait renoncé à skier cet après-midi-là. Il ne se sentait pas dans son assiette. Elle pensa à un coup de fatigue sans s'inquiéter, mais, lorsque son apathie se répéta chaque jour pendant des mois, puis une insomnie l'empêchant de s'endormir avant 5 heures du matin, elle prit peur et en informa son médecin. Pierre était de surcroît devenu irritable, et ne voulait plus voir personne. Il se plaignait en fait de brûlures de plus en plus intenses et insupportables, auxquelles il rattachait son insomnie, son caractère de chien, son humeur.

Le médecin ne vit pas la souffrance morale de Pierre, mais accorda du crédit aux symptômes, et il crut même voir sur les lèvres des petites plaques blanches qui lui semblaient anormales. « Allez voir le docteur Pagnot à

l'hôpital général », lui dit-il en lui tendant une lettre qu'il avait rédigée à l'intention de sa consœur.

Cette dernière aussitôt consultée voulut en avoir le cœur net. « Vu qu'on vous a diagnostiqué une maladie de Gougerot, je pense que vos plaques sont un lichen. Je vais biopsier ! »

Le diagnostic rédigé par l'anatomopathologiste des suites de la biopsie de la lèvre disait qu'en effet, au vu des symptômes rapportés par le médecin et de l'existence d'une petite acanthose (un léger épaissement de l'épiderme) et d'une légère vacuolisation des cellules basales (comme de petites érosions dans l'épiderme de surface), et malgré la faiblesse de l'infiltrat lymphocytaire (on trouve toujours des globules blancs de type lymphocytes dans un prélèvement de muqueuse ; en cas de maladie inflammatoire, ces cellules constituent un infiltrat abondant), on pouvait retenir le diagnostic de lichen plan.

Au lieu de rassurer son patient, le docteur Pagnot lui donnait une liste impressionnante d'exams biologiques à réaliser, au cas où il aurait une hépatite B, une hépatite C, le sida, d'autres maladies auto-immunes, et elle lui recommanda une pommade corticoïde, en lui rappelant que, pour la maladie de Gougerot, il n'y avait aucun traitement.

Les mois passèrent. Pierre ne sortait plus, restait du matin au soir dans son fauteuil, les yeux fixés sur la cheminée. Il ne se levait que pour les repas, pendant lesquels il égrenait ses symptômes, brûlures, picotements..., essayant d'attirer l'attention de son épouse afin qu'elle prît le taureau par les cornes et l'emmenât voir un *grand* spécialiste pour le sortir de cette affreuse maladie qui, il en était sûr, allait l'emporter dans d'affreuses souffrances.

Celle-ci, pensant bien que son mari n'avait rien ou presque, le renvoyait chaque fois dans les cordes en lui disant : « Pierre, arrête ton cinéma : tu n'as rien.

– Mais tu n'as pas lu les résultats des examens, on dirait ! »

Un jour, sa femme, sur le marché, entendit parler d'un professeur à l'écoute de ses malades, qui avait la réputation de sortir ses patients de situations difficiles, chroniques, parfois réputées incurables. Elle s'empressa de prendre rendez-vous. Certes, il n'y avait pas d'urgence – la maladie était là depuis des mois –, mais le plus vite serait le mieux.

« N'oubliez pas d'apporter avec vous toutes les analyses, tous les traitements que vous avez eus », avait dit la secrétaire en confirmant huit jours avant la date du rendez-vous.

Pierre attendait beaucoup de ce rendez-vous auprès du professeur. Il n'attendait néanmoins pas autre chose que de bénéficier d'une prise en charge de qualité, d'une écoute.

Sentant ce patient d'une soixantaine d'années particulièrement inquiet, en attente d'un mot apaisant et, surtout, dédramatisant, contrairement à mon habitude, j'ouvris la lettre du médecin traitant et la lus. Quelques mots étaient griffonnés, parmi lesquels « Gougerot » et « lichen de la lèvre ».

M'adressant au malade, et soigneusement attentif à sa façon d'exprimer ses doléances, je cherchai à identifier dans ses plaintes des signes fonctionnels ayant un fondement anatomique, ou physiopathologique. Il apparaissait clairement que les symptômes relevaient du ressenti, et n'avaient pas de base étiologique, c'est-à-dire qu'ils n'évoquaient pas les causes d'une maladie. En tout cas, il n'y avait pour moi aucun signe en faveur d'une xérostomie, une sécheresse de bouche qu'il est aisé de deviner quand un malade vous parle. Il n'y avait pas plus de xérophtalmie, c'est-à-dire de sécheresse lacrymale, ces deux types de sécheresse étant les deux points cardinaux du syndrome de Gougerot. Sans sécheresse, point de Gougerot ! Quant à ses lèvres elles étaient totalement normales, du moins à ce que je pouvais en juger à cette distance, et, même s'il y avait authentiquement des lésions de lichen, celles-ci n'étaient pas plus inquiétantes qu'une dartre ou qu'un aphte.

« Vous n'avez absolument pas la maladie de Gougerot ! affirmais-je de façon péremptoire et sans hésitation. Je sais ce que vous avez, je vois très bien de quoi vous souffrez, mais ce n'est en aucun cas une maladie de Gougerot. D'ailleurs, montrez-moi vos analyses biologiques. »

Ne laissant pas le temps à Pierre de me couper la parole, je feuilletai la petite pile de résultats, et y discernai rapidement, tant j'en avais l'habitude, les anticorps antinucléaires dont la recherche était négative, bien entendu.

« Comment ça, professeur ?! Mais ça fait maintenant trois ans qu'on me dit que j'ai cette maladie et qu'il n'y a rien à faire...

– Monsieur, vous avez un trouble qui s'appelle *cutaneous sensory disorder*, qui est quelque chose de bénin dont je vais vous parler. Mais vous

n’avez ni Gougerot ni lichen, tout d’abord parce que le Gougerot est rare chez l’homme, qu’il survient dans les suites d’une maladie auto-immune comme une polyarthrite rhumatoïde, que vous n’avez jamais eue, que vous n’avez aucune sécheresse ni aucune anomalie biologique. Quant au lichen, nous verrons tout à l’heure quand je vous examinerai.

– Mais la biopsie, professeur : il y avait bien écrit “Gougerot” ?!

– Monsieur, à chaque fois que l’on biopsie une glande salivaire accessoire, c’est pour rechercher une maladie de Gougerot. Mettez-vous à la place du médecin anatomopathologiste : il cherche de toutes ses forces un ou quelques petits signes qui pourraient coller avec la présomption diagnostique du prescripteur... et il va donc conclure quasiment toujours à ce diagnostic, ou du moins ne pas l’exclure.

– ...

– En fait, votre histoire est banale. Vous avez eu une infection aiguë de la glande salivaire sous-maxillaire, vraisemblablement virale, et je parierais fort sur les oreillons. Vous avez guéri sans séquelle. La biopsie était inutile, puisque vous alliez bien. Et jamais un médecin ne doit retenir un diagnostic sur les seules conclusions d’une biopsie. Venez-vous allonger, maintenant, que je vous examine.

– Euh, je me déshabille, docteur ?

– Oui, bien sûr. Gardez juste votre slip. »

L’examen clinique était normal. Même les lèvres étaient saines, celles d’un homme de plus de 60 ans, qui a pratiqué beaucoup d’activités au soleil, avec donc des dyskératoses bénignes par endroits. Et il n’y a pas plus de lichen que de beurre en broche, pensai-je, me souvenant des paroles souvent répétées par mon père – dont je ne comprenais d’ailleurs toujours pas la signification.

Le malade changea véritablement de visage. Triste, sombre, inexpressif à l’arrivée, il devenait souriant, expressif, coloré, comme si l’on avait annoncé son succès au brevet à un collégien !

Il fallut bien sûr que j’explique ce qu’étaient ces troubles sensitifs cutanés. Il s’agissait de l’expression, du ressenti d’une douleur morale, celle qu’il avait eue lorsqu’il avait consulté Internet à l’ouverture du compte-rendu, taché de café, de l’anatomo-pathologiste. Le choc psychique avait déclenché chez ce malade des perceptions exacerbées de picotements, ou de

toute autre sensation, qui surviennent chez tout un chacun, mais qui ne sont habituellement pas perceptibles. L'abaissement du seuil de perception de la douleur ou de ces dysesthésies témoigne d'un état dépressif caractérisé, où l'ensemble des autres signes étaient présents, qu'il s'agisse de la tristesse, des idées noires, et même d'une volonté de mettre fin à ses jours. Car, en effet, Pierre avoua alors à son épouse avoir testé par trois fois un moyen de se donner la mort tant il était convaincu qu'il allait rapidement vivre des douleurs atroces.

« Pierre – vous permettez que je vous appelle Pierre ? Dans un mois, si vous suivez à la lettre mes recommandations et mon traitement, vous serez le plus heureux des hommes. Nous démarrons le traitement aujourd'hui. Les huit premiers jours seront difficiles, avec de la fatigue, des bâillements, des sueurs, des petits vertiges, mais, ensuite, tout disparaîtra et, un beau matin, vous vous réveillerez en pleine forme. Ces huit jours, c'est comme si vous deviez traverser une rivière pour atteindre l'autre côté où vous trouverez un sol ferme et le soleil. Après une traversée qui, c'est vrai, peut être un peu chaotique... »

Pierre n'avait même pas osé espérer une issue positive, lui qui, depuis trois ans, avait renoncé à ses après-midi tarots, ses journées de ski, ses soirées avec les copains. Il ne savait comment me remercier, et il faillit me serrer dans ses bras.

Un mois plus tard, comme convenu, Pierre revint à la consultation, souriant et en pleine forme.

« Je suis guéri, professeur. Grâce à vous. »

Pour clore l'histoire, finalement heureuse, de Pierre, il faut se rappeler qu'un médecin ne peut asséner un diagnostic sans imaginer les conséquences parfois dramatiques que cela peut avoir sur le malade, qu'il s'agisse d'un diagnostic vrai ou – pire encore – d'un diagnostic incertain, ou insuffisamment étayé.

« Je vous ai enlevé un cancer »

« Vous savez que mon fils est mort ? »

Surpris de cette nouvelle que j'ignorais, je regardai cette dame de 75 ans assise en face de moi. Elle m'avait parlé trois mois plus tôt d'une petite

croûte qui l'inquiétait sur l'oreille de son fils de 45 ans. J'avais fixé rendez-vous à ce monsieur assez rapidement, non pas que j'aie craint une évolution négative et rapide de la maladie, mais parce que l'état d'inquiétude de la maman, et celle que je suspectais chez son fils, m'invitait à rassurer rapidement.

Ce monsieur, cadre dans une entreprise de travaux publics, avait développé un petit carcinome de la région du tragus de l'oreille, comme beaucoup d'hommes de cet âge ayant vécu et travaillé longtemps au soleil. Il s'agissait à l'évidence clinique d'une tumeur d'évolutivité bénigne appelée carcinome basocellulaire. J'ai l'habitude de dire, concernant ce type de cancer, que, dans nos régions, il est souvent moins grave qu'un abcès dentaire.

Les carcinomes basocellulaires peuvent cependant avoir un développement délabrant *in situ*, localement, dès lors qu'on n'en fait pas le diagnostic et l'ablation précoce. Quinze ans auparavant, j'avais fait au Maroc un cours sur les maladies liées au soleil, et j'avais présenté ces carcinomes basocellulaires comme de petites lésions tout à fait simples, peu inquiétantes, sur lesquelles je ne voulais pas m'étendre. Or j'ignorais que, dans ce pays, les carcinomes basocellulaires sont souvent révélés tardivement, sous forme de vastes ulcères qui peuvent mettre à nu les muscles ou les os sous-jacents. Cela est dû au fait que la tumeur est cachée, soit par les foulards et les voiles chez les femmes dans ce pays musulman, soit, chez les hommes, derrière une mèche de cheveux, par exemple. La peur du diagnostic ou, dans certains cas, la pudeur, empêche ces malades de consulter, et c'est parce que leur tumeur a développé une mauvaise odeur, ou que l'infiltration tumorale a entraîné des douleurs ou des pertes de fonction (envahissement de la paupière par un carcinome basocellulaire menant à une cécité) que les patients se résignent enfin à consulter.

Mais, en France, compte tenu de la possibilité d'une consultation rapide, et donc d'une prise en charge précoce, poser un diagnostic de carcinome basocellulaire est plutôt rassurant, car cela permet de programmer l'ablation sous anesthésie locale et de donner au patient toutes les informations quant à la protection à l'égard du soleil.

Je confiai donc ce patient à l'un de mes assistants dans son programme de bloc opératoire, et celui-ci procéda soigneusement à l'ablation de cette tumeur dont le compte-rendu anatomopathologique conclut naturellement à

un carcinome basocellulaire d'exérèse complète (ce qui signifie que la totalité de la petite tumeur a bien été ôtée). Le malade était donc définitivement guéri de cette tumeur, et j'avais souhaité le revoir pour le lui expliquer et le remercier de sa confiance. Malheureusement, ce que m'annonça ce jour sa maman m'indiqua que je ne reverrai plus ce patient qui m'avait paru en bonne santé. Et je ne comprenais pas pourquoi il était mort si rapidement. C'est alors qu'elle me déclara :

« Vous savez, il s'est suicidé quelques jours après son rendez-vous auprès de votre collaborateur, car il ne voulait pas souffrir avec un cancer.

– Mais ce n'était pas un cancer au sens propre du terme ! C'était une tumeur plutôt bénigne dans son évolution.

– Mais votre collègue lui a dit qu'il lui avait enlevé un cancer de la peau ! »

Ainsi, ce diagnostic asséné sans la moindre précaution à une personne qui a tout naturellement pu confondre cancer de la peau et cancer de la peau, c'est-à-dire mettre dans le même sac les basocellulaires, les épidermoïdes et les mélanomes, a conduit ce malade à une issue fatale.

J'ai pourtant toujours enseigné à mes internes qu'il ne fallait pas porter de tels diagnostics, car un mot a, pour le médecin et pour le malade, des significations et des résonances différentes. Ce qui compte, c'est la compréhension qu'en aura le patient : si le terme de cancer, pour la plupart des malades, désigne une maladie d'évolution le plus souvent péjorative, alors n'employons pas ce terme lorsque l'on sait que le malade est guéri des suites de l'ablation. Il eût été préférable d'utiliser le terme de baso, ce que je fais habituellement, pour éviter de prononcer le mot carcinome, avant sa description de basocellulaire.

Malheureusement, mais rarement, l'orgueil de certains médecins, ou la soif de reconnaissance – ou quoi, d'ailleurs ? –, les conduit à asséner ce genre de diagnostic à leur malade sans nuancer. Comme si le médecin avait besoin de montrer qu'il était intervenu pour une maladie sérieuse, et augmenter ainsi la valeur de son acte aux yeux du malade. De tels comportements, que je déplore et qui ne respectent pas le malade dans ce qu'il est, c'est-à-dire une personne sans connaissances médicales, légitimement inquiète et suspicieuse, ne devraient pas se rencontrer.

Combien de patients ai-je vu déprimés, accablés par l'évolution pressentie, préjugée, d'une maladie, alors même qu'au moment de leur consultation la maladie était à l'évidence de peu d'évolutivité. Je me suis aperçu que, souvent, des malades se rendaient chez un autre confrère chercher confirmation du diagnostic d'une maladie dont ils n'avaient jamais entendu parler. Cette prise d'avis complémentaire pouvait avoir des effets désastreux.

J'avais un jour porté chez une jeune femme le diagnostic de lupus érythémateux, maladie dite auto-immune comportant des signes divers (articulaires, cutanés), et qui est dans la majorité des cas bénigne. Elle se rendit chez son médecin pour lui demander de plus amples informations, pensant peut-être que je lui avais caché des données, ou alors s'étant questionnée, ou ayant eu à expliquer sa maladie à son entourage. Il arrive parfois qu'un médecin, et c'est probablement le manque d'expérience, au lieu de s'en tenir aux faits, c'est-à-dire aux signes cliniques présentés par le patient, se mette à décrire l'évolution potentielle, l'atteinte improbable mais possible d'autres organes, comme s'il récitait son cours et se rassurait sur le fait qu'il en avait toujours bien connaissance. Ainsi, en racontant à une jeune femme qui n'a qu'un petit érythème du visage, un syndrome des doigts blancs lorsqu'elle s'expose au froid (syndrome de Raynaud) et quelques petites douleurs articulaires inflammatoires, qu'elle pourrait se retrouver en insuffisance rénale, et donc en dialyse, ou encore, comme je l'ai entendu, en petite charrette du fait de l'atteinte articulaire, on ne joue plus son rôle de médecin. On devient un gourou, et on induit un retentissement préjudiciable chez une malade qui, bien sûr, va aggraver les choses en consultant sur Internet.

Il faut savoir que les maladies, telles qu'elles sont enseignées pendant les études de médecine, représentent en quelque sorte le cas d'une personne qui aurait en même temps tous les signes d'une pathologie donnée, les symptômes de tous les organes et avec toutes les anomalies biologiques rencontrées dans cette maladie. Or, ce genre de situation n'existe pas. Mais encore faut-il que le médecin le sache, ou que les enseignants de la faculté de médecine en informent les futurs médecins.

La plupart des maladies diagnostiquées aujourd'hui ne sont pas aussi symptomatiques et ne comportent qu'un nombre limité de manifestations

cliniques. Dès lors, leur diagnostic précoce va induire un traitement précoce tel qu'il n'y aura aucune raison de craindre une évolutivité plus importante.

La dame qui était en face de moi était courageuse. Elle avait un réel motif pour me consulter aujourd'hui, elle n'était pas venue pour me dire que le suicide par défenestration de son fils était dû à la maladresse d'un de mes collaborateurs. Elle aurait pu m'en faire le grief, car, après tout, c'est moi qui l'avais confié à mon collègue, alors que j'aurais pu m'occuper de ce patient personnellement.

Il était néanmoins important que je connaisse ce qui s'est passé. Je l'avais toujours imaginé, car, lorsque pendant nos réunions de service j'indiquais à mes internes, et indirectement aux médecins diplômés qui y participaient, qu'il ne fallait pas utiliser des termes qui, dans l'esprit des malades, ont une connotation différente que dans le nôtre, je prenais l'exemple d'une personne qui s'était donné la mort après un diagnostic de cancer. À cette époque, ce n'était que le fruit de mon imagination, mais je pressentais que des propos mal compris pouvaient conduire un malade à se donner la mort.

Cette femme acceptait la fatalité, elle croyait en Dieu, et me répéta, me voyant troublé, ému et consterné : « C'est Dieu qui l'a rappelé à Lui. Votre jeune médecin n'a été que le prétexte pour accomplir son destin... »

Mon médecin s'attache à poser un diagnostic précis

Un des principaux défauts de la médecine française est une fâcheuse tendance au retard diagnostique. Si, dès lors qu'un diagnostic est posé, l'arsenal thérapeutique médical se trouve être disponible et, le plus souvent, efficace, il faut parfois attendre de longs mois, voire de longues années dans certains cas, pour qu'effectivement ce diagnostic soit posé, c'est-à-dire que l'on mette un nom sur une association de symptômes. Pendant ce temps, les différents traitements prescrits seront inutiles, inefficaces, et le malade ne comprendra pas pourquoi ces traitements, remis sous forme d'ordonnance, ne sont pas actifs. Il s'agit tout simplement d'une erreur dans le diagnostic, ou même d'un diagnostic qui n'est pas du tout posé.

Il y a plusieurs raisons qui permettent d'expliquer pourquoi le bon diagnostic médical peut tarder à être posé, malgré les avis consécutifs du médecin généraliste, du spécialiste, voire de services hospitaliers. Il y a tout d'abord l'idée que la médecine doit traiter le symptôme.

Imaginons un jeune médecin remplaçant, face à un patient venant le consulter pour des maux de tête : il y a fort à parier que, dans l'esprit de ce jeune praticien, l'idée première consistera à prescrire un médicament pour soulager les céphalées plutôt que de les caractériser et de les intégrer dans un cadre nosologique, c'est-à-dire leur donner un nom. Ainsi verra-t-on prescrits des antidouleurs sous toutes leurs formes – paracétamol, tramadol, anti-inflammatoires. Très souvent d'ailleurs, devant des céphalées répétées, c'est le diagnostic de migraine qui est évoqué, comme si les céphalées récurrentes relevaient pour la plupart du diagnostic de migraine. Pendant plusieurs mois peuvent alors se succéder des traitements à base d'ergot de

seigle, d'antalgiques simples, de bêtabloquants, d'amitriptyline ou de triptans (tous ces traitements appartenant à des familles de médicaments différents, et agissant sur des mécanismes connus ou supposés de la migraine) et ce sans succès thérapeutique. C'est parce que le symptôme douleur céphalique est isolé et traité pour tel que le diagnostic n'est pas porté. Car, si ce symptôme se trouvait intégré dans un ensemble d'autres manifestations cliniques pas spontanément déclarées par le patient, mais révélées à la suite d'un questionnement approfondi, on verrait apparaître des ouvertures diagnostiques, laissant place à des traitements étiopathogéniques appropriés, c'est-à-dire qui agissent sur la cause *réelle*, et de ce fait résolvent le problème.

Donc, face à des céphalées récurrentes, avant de mettre le mot migraine, le médecin doit avoir passé en revue d'autres types de maladies, au moins dans son esprit, et en tout cas en interrogeant le malade sur d'autres symptômes.

Trop souvent, les douleurs abdominales, elles, sont qualifiées de colopathie fonctionnelle. Ce diagnostic commence à être dénoncé, la plupart des colopathies fonctionnelles n'existant en fait pas. Il s'agit d'authentiques maladies intestinales. Or, si l'on s'en tient aux symptômes – ballonnements, coliques, douleurs – et qu'on ne les intègre pas dans une poly-symptomatologie qui pourrait comprendre un amaigrissement, de la diarrhée chronique, des aphtes, et éventuellement un prurit, comment pourra-t-on envisager une intolérance alimentaire, une parasitose intestinale ou une maladie inflammatoire du tube digestif ?

Lorsque l'on pense que l'ulcère gastroduodéal, trop longtemps et à tort appelé ulcère de l'estomac, a été pris pour une maladie psychosomatique alors que l'on sait aujourd'hui qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, ou du moins bactérienne, due à *Helicobacter pylori* (cette bactérie étant à la fois responsable d'une gastrite chronique, des ulcères gastroduodénaux, mais aussi, dans certains cas, des cancers gastriques, voire des lymphomes du tube digestif) !....

Dans les années 1970 fleurissaient des cabinets de médecins s'occupant de médecine dite « fonctionnelle », qui prenaient ainsi en charge les ulcères de l'estomac, les colopathies, et toute autre manifestation que l'on rattachait au stress. Fort heureusement, la médecine a progressé dans la recherche des causes des maladies en général.

Chacun sait que, lorsqu'on a mal au genou, c'est bien souvent la hanche qu'il faut examiner. Lorsqu'on a mal à la tête, c'est parfois les cervicales qui sont en cause. Si ces relations articulaires semblent simples, il faut savoir aussi qu'en médecine l'origine de la souffrance d'un organe n'est pas forcément cet organe-là. Les exemples sont multiples.

Si l'asthme est le plus souvent considéré comme une maladie pulmonaire – et c'est en effet le cas –, on soupçonne souvent trop vite – et dans un bon nombre de cas à tort – qu'il s'agit d'une allergie respiratoire. Si une sensibilisation à l'égard de certains pollens peut conduire au développement d'un asthme, il faut savoir en revanche que 15 % des asthmes ne trouvent pas leur origine au niveau respiratoire, mais au niveau digestif. Car ces asthmes-là ne sont que le reflet d'une allergie alimentaire. Ils ont d'ailleurs des particularités. Ils sont souvent déclenchés à l'occasion d'un effort physique. L'activité sportive ou la simple course à pied qui en est à l'origine sera le facteur déclenchant. On trouve souvent des fruits comme la pomme, la poire, la pêche, le pruneau, la noisette, à l'origine de ces asthmes d'origine alimentaire ou digestive.

Dans le domaine de la peau, il faut également savoir déceler derrière un eczéma atopique une origine alimentaire. Si la fragilité de la peau des sujets atopiques permet aussi la pénétration d'allergènes, en revanche, c'est bien le plus souvent par la voie orale et digestive que se lancent les mécanismes qui vont créer l'eczéma. Pour s'en convaincre, il suffira, chez un nourrisson, de supprimer le lait, et de le remplacer par un lait anallergénique pour voir disparaître l'éruption si pénible, si cet enfant a toutes les caractéristiques d'une intolérance au lait (régurgitations, constipation, coliques, infections ORL...).

Ainsi, un bon médecin commencera par chercher les causes ou les maladies bien éloignées du symptôme au lieu de s'appesantir d'abord sur l'organe qui souffre. Cela évitera bien des déconvenues au malade.

Voyons ce patient qui, soudainement, présente une douleur de l'œil. Cet œil devient rouge. Le malade ressent des douleurs aussi violentes que celles d'un coup de poing. Il peut avoir des difficultés à refermer les paupières. Cette situation est inquiétante, et il consulte sans tarder en ophtalmologie, ou plutôt dans le service d'urgences ophtalmologiques tant sont longs les délais d'obtention d'un rendez-vous.

Rapidement, l'ophtalmologue pourra poser le diagnostic d'uvéite, cette maladie inflammatoire des structures internes de l'œil, avec toutes les caractéristiques qui y sont rattachées. Il y a deux façons de voir cette problématique. Traiter l'uvéite en tant que telle, et le médecin dispose de tous les traitements nécessaires ; ou intégrer cette uvéite dans le cadre d'une maladie plus générale qui peut impliquer les articulations, le poumon, voire les nerfs périphériques. Puisque, dans sa formation, l'ophtalmologue a intégré des données de médecine interne, il ira plus loin dans la démarche diagnostique, et le traitement ne sera pas purement symptomatique. Ainsi, dès lors que l'on a compris que l'uvéite, dans ce cas-là, n'est qu'une manifestation inflammatoire d'un processus plus général, comme pourrait l'être une arthrite, on pourra aisément retrouver la maladie – telle qu'une sarcoïdose (qui est certainement l'une des causes les plus fréquentes des uvéites, maladie en général bénigne, dont le diagnostic se fait par une radiographie pulmonaire, notamment en mettant en évidence des ganglions, qui ici sont bénins). Sarcoïdose dont les seules manifestations seront cette uvéite et quelques ganglions, peut-être en périphérie, dans des territoires anatomiques rarement explorés par les doigts des médecins, comme le creux épitrochléen (cet endroit qui se trouve au niveau de la face antérieure du bras, dans le creux que forme le biceps), et que la radiographie pulmonaire mettra aussi en évidence facilement.

Ainsi, ce ne sera plus le problème d'une uvéite, mais bien celui d'une sarcoïdose qui fera intervenir alors, si besoin, le pneumologue, le médecin interniste, voire le rhumatologue et, dans certains cas, le dermatologue. Cette approche holistique, globale, intégrative de la médecine (je ne sais quel mot utiliser, car chacun d'entre eux a été repris pour qualifier des modes d'exercice particuliers tels que l'homéopathie ou les médecines douces, bien loin de ma conception), cette approche qui prend en compte l'individu permet de donner à chaque symptôme une valeur indicative.

Et c'est parce que cette médecine, je dirais « engagée », n'est pas de pratique courante que des retards au diagnostic se font trop souvent ressentir. Avec les conséquences parfois dramatiques que l'on imagine.

Ce cher voisin et son urticaire

Ce devrait être à l'esprit de tous les médecins : l'urticaire peut être la révélation d'une maladie grave. Maladie d'apparence plutôt sympathique, c'est-à-dire socialement acceptée et acceptable (du moins le pense-t-on), qui rappelle les éruptions de l'enfance, lorsque l'on a mangé des fraises, l'urticaire devient invalidante par ses poussées de boursouflures, des démangeaisons intenable et, surtout, ses apparitions aléatoires et la durabilité des symptômes, incompatibles avec une vie sociale.

Je me souviens de ce voisin qui, m'interpellant un matin au moment où je sortais ma voiture du garage de mon père, me demanda une prescription pour son urticaire qui le démangeait et perturbait sa vie.

Chaque week-end, j'avais pris l'habitude de rendre visite à mes parents dans ce village où j'aimais revoir mes amis d'enfance. Je n'avais pas discuté avec monsieur Tisserand depuis au moins une dizaine d'années, même si, en m'apercevant du fond de son jardin, il me faisait à chaque fois un grand signe de la main. Je ne voulais pas qu'il pensât : « Depuis qu'il est docteur, il a pris la grosse tête et ne dit même plus bonjour. » Mais, ce jour-là, monsieur Tisserand n'était pas dans son jardin ni au fond de son garage. Il était au bord de la route près de la boîte aux lettres, feignant d'attendre le facteur. Dès qu'il me vit quitter l'emplacement où je garais ma voiture, il me fit ostensiblement signe de m'arrêter. Il voulait me parler.

« Bonjour Philippe. Je ne veux pas te déranger, mais je voudrais que tu me donnes quelque chose pour l'urticaire... Tu vois, ça fait bientôt un mois que, tous les matins, je me réveille avec des plaques sur tout le corps, qui me grattent, tu ne peux pas savoir ! »

Je compris rapidement que ce voisin voulait un traitement minute, pensant qu'il y avait des médicaments dédiés à l'urticaire et qui permettraient de la faire disparaître presque instantanément. Ce que monsieur Tisserand ignorait, c'est que l'urticaire n'est pas en soi une maladie, mais le symptôme d'une autre maladie sous-jacente, qu'il est préférable de chercher pour la trouver... Certes, le médecin pressé, et par amitié pour un voisin, aurait pu immédiatement sortir son bloc d'ordonnances et lui remettre un traitement symptomatique, c'est-à-dire des antihistaminiques qui, sans nul doute, l'auraient apaisé. Mais cela n'aurait pas été raisonnable. Et pour cause...

Je décidai de convoquer à l'hôpital, à mon bureau, le voisin de mon père, qui devenait mon patient, pour une consultation médicale digne de ce nom,

avec un interrogatoire et un examen clinique les plus complets qui soient.

Le malade allongé sur le dos se prêta bien volontiers à la palpation de l'ami médecin que j'étais, comme s'il s'agissait d'un petit jeu avec moi. Le glissement de mes mains sous les aisselles de monsieur Tisserand me permit de déceler plusieurs ganglions. Cette découverte n'est pas habituelle en cas d'urticaire, même si elle pouvait être attendue. Je me rappelais mes cours aux étudiants de cinquième année auxquels je ne cessais de répéter qu'un malade ne viendra jamais voir un médecin en lui disant : « Docteur j'ai des ganglions sous les aisselles », mais qu'en revanche c'est au médecin de les chercher dans la plupart des situations cliniques. La biopsie d'un de ces ganglions, rapidement programmée, établit que monsieur Tisserand avait une maladie lymphomateuse, maladie maligne des ganglions, dont il était envahi tant au niveau thoracique qu'au niveau abdominal.

Quel aurait été le devenir de ce patient si je lui avais remis des comprimés d'antihistaminiques sans l'avoir examiné ? J'aurais eu toute ma vie sur la conscience de ne pas avoir détecté une affection maligne, alors même que tous les livres de médecine comportent un tableau recensant toutes les maladies sous-jacentes associées à de l'urticaire – parmi lesquelles les lymphomes. Je me serais bouché les yeux pour rendre un service, en glissant une ordonnance de bon copain à une personne me sollicitant pour ses démangeaisons ? J'aurais pu, par inattention, par négligence, laisser évoluer une maladie maligne, dont le pronostic aurait été assombri par le délai diagnostique qui en aurait découlé.

Un jeune interne, intrigué par cette observation, décida de la présenter dans une réunion interservice. Il intitula son exposé : « Lymphome malin révélé par une urticaire », et il conclut oralement son exposé : « Devant toute urticaire, il faut rechercher un lymphome malin. » Certes, ce n'est pas faux, mais il faut aussi rechercher une parasitose, un lupus érythémateux, un déficit en alpha 1 antitrypsine, etc. Mais qui peut retenir par cœur pour chaque maladie une liste de cinquante causes ? Alors je repris mon interne, après l'avoir félicité, en lui disant : « Il vaudrait mieux conclure ainsi : "Devant toute urticaire, c'est par un interrogatoire important et un examen clinique qui ne manquera pas d'examiner là où il peut y avoir des ganglions que l'on aura toutes les chances de trouver la cause." »

Ce grand homme allait mourir

L'histoire de ce grand homme est parlante. C'est un homme connu et reconnu, un de ces sages qui reste dans la mémoire d'une civilisation, qui vécu beaucoup de souffrances et qui contribue à rassembler, réunir les hommes de toute couleur, de toute religion. C'est un défenseur de la liberté, de l'être humain.

Malheureusement, ce qui peut arriver à beaucoup lui tomba dessus brutalement. Passé l'âge de 90 ans, il se mit à souffrir d'une démangeaison diffuse intense, insomniente, insupportable. Il se grattait jour et nuit sur la totalité du tégument, c'est-à-dire de la peau. Il consulta alors plusieurs médecins et, curieusement, peu d'entre eux s'émurent de ce tableau clinique particulier, inhabituel. Au contraire, leur réaction fut de le banaliser, de n'en pas voir la gravité, le retentissement sur la qualité de sa vie. Certes, il était très âgé, et donc il n'avait pas les soucis des jeunes actifs ; il n'avait plus à s'inquiéter de l'avenir de ses enfants, il n'avait plus de prêts à rembourser... C'est ce qu'inconsciemment certaines personnes peuvent penser lorsqu'une personne âgée vient se plaindre. Mais qu'y a-t-il de plus important, à 90 ans, que la qualité de vie ? Est-il dans l'ordre des choses de se gratter sans cesse à 90 ans ? Oh, intelligent comme il est, il avait fait ses propres recherches !

On parlait dans ce cas de prurit sénile – comme si cette entité existait ! Il est clair, dans mon esprit, mais pas forcément dans celui d'autres, que, chaque fois que l'on parle de prurit sénile, cela signifie que la cause n'a pas été trouvée. Or, on enseigne encore dans les études de médecine cette notion de prurit sénile. Il suffirait donc que vous soyez âgé et que vous ayez un quelconque symptôme pour qu'on dise que vous avez une maladie sénile ? Ce n'est pas la médecine d'aujourd'hui, ce n'est pas la médecine engagée qui se doit de rechercher pour chaque individu une cause particulière ! D'ailleurs, je dois bien reconnaître que, devant des démangeaisons, j'ai plus souvent vu des maladies infectieuses, des maladies auto-immunes ou cancéreuses, que des prurits dus exclusivement à une peau sèche ou à l'âge. Sauf si, bien sûr, on se satisfait de ce diagnostic de prurit sénile, et que l'on se refuse de voir autre chose...

L'état de santé de cet homme allant en s'aggravant, avec perte de poids, par manque d'appétit, avec le développement d'un état dépressif secondaire, il fut adressé à la « Mecque » de la dermatologie parisienne, l'hôpital Saint-Louis. Bien sûr, toutes les recherches des maladies

prurigineuses y furent faites : point de cause médicamenteuse, point de maladie auto-immune. Rien, rien, rien... Le malade n'avait cependant pas vu de médecin senior, chevronné ; il avait été reçu par l'interne de l'aile où il fut hospitalisé. C'est souvent comme cela dans les hôpitaux. Cela ne choque pas les patients, car, selon eux, leur dossier sera discuté coûte que coûte devant un aréopage de docteurs et professeurs. Or, rien ne vaut une consultation personnelle, personnalisée, avec un médecin d'expérience, car, en l'absence du malade, il y a bien des questions auxquelles l'interne ne peut répondre.

Un jour, une malade, suivie pendant des années en consultation, vint me voir. Je m'aperçus que, pendant tout ce temps, des internes successifs s'étaient occupés d'elle. Aussi compétents seraient-ils, ils en étaient restés au diagnostic initialement posé, et ne faisaient que renouveler le traitement. Ce fut un hasard si je vis cette femme, car elle n'avait pas précisé quel médecin elle souhaitait consulter. Et là, mon analyse ne fut pas du tout celle de ces jeunes médecins en formation. Cette femme avait une polychondrite chronique, alors qu'elle était étiquetée asthme (en raison d'une toux liée à l'atteinte cartilagineuse des bronches, la péricardite récidivante rattachée à des causes virales, et les douleurs articulaires liées à une diathèse auto-immune non déterminée). Lorsque je lui annonçai le diagnostic, et donc la possibilité d'un traitement enfin efficace, la malade fut surprise que je ne sois pas intervenu plus tôt dans son parcours. Car, pour elle, le chef de service passait en revue avec les médecins du service tous les jours tous les dossiers, et donc, vue par n'importe quel médecin, la malade était persuadée d'avoir l'avis des meilleurs ou des plus chevronnés.

Or, même si c'était possible, le médecin senior n'obtiendrait de l'interne que ce que celui-ci veut bien lui dire. Si l'interne n'a pas questionné sur une atteinte inflammatoire de l'œil, comment envisager une uvéite, pourtant pilier du diagnostic de polychondrite. Si l'examen clinique n'a pas repéré la douleur à la pression des arcs costaux ou au pincement des cartilages des oreilles, ces informations ne seront nullement données au médecin senior. Et c'est ainsi que les discussions de dossiers ne sont pas pertinentes, sauf si elles se font en présence du malade et de la totalité de ses examens, et pas seulement ceux que l'on aurait sélectionnés.

Revenons à cet illustre philosophe en proie à ses démangeaisons infernales. Situation désespérante, le malade, ne se voyant pas poursuivre sa

vie et la terminer ainsi, consulta dans un hôpital encore plus prestigieux, ou du moins qui en avait la réputation. Là encore, analyses approfondies, allant même jusqu'à la recherche de cancers profonds – qui peuvent être révélés en effet par une telle symptomatologie –, et conclusion : rien ! Alors, traitement symptomatique, dermocorticoïdes, antihistaminiques, médicaments psychotropes : rien n'y faisait. L'état général continuait à s'aggraver, mais, surtout, l'existence lui était devenue insupportable ; aucune vie sociale ne lui était dorénavant permise, il se repliait sur ses démangeaisons douloureuses et invivables. « Hydratez votre peau », lui disait-on sans cesse. Ce qu'il faisait, sans résultat. « Continuez, continuez », lui répétait-on, comme si on attendait un miracle d'une crème cosmétique...

Il y avait pourtant bien une cause à ce tableau clinique, qu'il fallait trouver. Mais a-t-on besoin d'un élément visuel tel qu'une anomalie à la radiographie, a-t-on besoin d'une augmentation ou d'un abaissement de certains dosages dans le sang ? Que nenni ! Tout était en effet normal, tant sur le plan radiologique que sur le plan biologique. Il n'y avait aucune cause médicamenteuse et, pourtant, quelque chose se passait qu'il fallait révéler. Il fallait donc tout reprendre depuis le début, non pas tant au niveau des symptômes de la maladie, qui s'étaient tous exprimés – la gravité était évidente –, mais sur ce qui avait pu initier ce trouble. Il fallait se mettre à la place du malade.

Cet homme avait beaucoup voyagé lorsqu'il était jeune, il était allé dans des pays exotiques, dans nos régions françaises éloignées – Guadeloupe, Martinique et probablement encore d'autres pays. Lorsqu'il nous a été donné de suivre des patients qui avaient fait la guerre d'Indochine, nous savions que trente, quarante, cinquante ans plus tard pouvait se manifester une maladie parasitaire qu'ils avaient contractée à l'époque : l'anguillulose. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi chez ce malade qui, du fait de son grand âge, voyait ses défenses immunitaires diminuer et laisser place au développement de ces larves qui pourraient s'être tapies de longues années quelque part dans son tube digestif, se multiplier et provoquer de telles démangeaisons ?

Quelques éléments, dont nous devons tirer profit, étaient là. Les troubles digestifs qu'il avait quasiment toujours eus, avec des diarrhées, des selles mal moulées, la notion, à un moment donné, d'un prurit anal, mais aussi sur le plan biologique, cette seule anomalie qui avait été laissée de côté et qui

n'avait pas été exploitée, une élévation du taux des immunoglobulines E (lesquelles augmentent en cas de parasitose ou de maladie dite allergique). Il aurait été utile, à ce stade, de pouvoir visualiser toutes les prises de sang qui avaient été faites pendant toute la vie de ce patient, car on y aurait certainement vu une élévation du taux des polynucléaires éosinophiles, ceux-là mêmes qui augmentent en cas de maladie parasitaire, réalisant ce qu'on appelle la courbe de Lavie, avec une augmentation progressive, puis une diminution, jusqu'à des taux qui resteront indéfiniment normaux, alors même que la maladie infectieuse est présente.

Il s'agissait à l'évidence d'une anguillulose chez ce patient, et il n'y avait pas de temps à perdre, d'autant qu'on avait remis à ce malade des corticoïdes par voie générale, dont on sait qu'ils sont un facteur de mortalité chez les porteurs d'anguillules. Il fallait immédiatement le traiter par un médicament antiparasitaire, l'albendazole, et attendre les résultats. À quoi bon faire une analyse de selles, dont les résultats ne modifieraient en rien la prise en charge ? Tout au plus pour se satisfaire *a posteriori* du bon diagnostic, nous avons fait une sérologie spécifique, qui mettrait plus de deux mois à revenir positive.

Dès le huitième jour de traitement, après une augmentation des démangeaisons les trois premiers jours – augmentation qui était attendue –, signifiant la lyse brutale des parasites, et sous un contrôle temporaire par hydrocortisone (hormone naturelle qui n'a pas les effets immunodépresseurs des corticoïdes), le malade se sentit sensiblement soulagé. En effet, le malade, ayant reçu depuis quelques longues semaines une corticothérapie générale, il était clair qu'il pourrait développer une insuffisance surrénalienne. Et ainsi, en moins de deux semaines, il retrouva la santé qu'il avait toujours eue jusqu'alors, avec disparition des démangeaisons et reprise, petit à petit, de sa vie familiale et sociale.

Certains, comme saint Thomas, ne voudront pas admettre ce diagnostic, ils plaideront même la guérison spontanée. Qu'importe ! Le malade était guéri, durablement guéri. Sans cette approche basée sur l'histoire de la vie du malade, il n'aurait pas été possible de faire le diagnostic, sauf à le vider de la totalité de son sang pour faire toutes les analyses possibles.

La médecine ne pourra jamais être exercée par d'autres que par des médecins. Aucun robot, aucun ordinateur ne pourra associer des faits

objectifs, d'autres subjectifs, interroger un malade jusqu'à lui faire dire les drames qu'il a vécus. Le nom de la maladie d'un patient ne se lit pas dans un résultat d'examen. Non, c'est la conjonction de faits, la pertinence de telle analyse, l'esprit critique et les connaissances médicales du médecin qui permettent de poser le bon diagnostic.

Pour mon médecin, diarrhée ne veut pas seulement dire intestin

Lorsque l'on sait qu'un organe malade peut ne se révéler ainsi que par des signes apparaissant sur un autre organe, on ne devrait pas prêter uniquement attention aux symptômes présentés. La médecine s'enseigne depuis des lustres sous la forme de spécialités par organes. Ainsi, le pneumologue s'occupe des poumons et de la cage thoracique, le cardiologue du cœur et des vaisseaux, le dermatologue de la peau, etc.

Sans nul doute, les spécialistes d'un organe connaissent très bien les maladies à distance qui sont responsables des symptômes qui appartiennent à leur spécialité. Mais l'expérience montre que, pour certains, cela peut leur échapper. Un trouble du rythme cardiaque peut être le signe d'une maladie thyroïdienne. Une infection gastrique peut se révéler par une variété d'acné appelée rosacée. Pas sûr que le dermatologue y pense s'il ne questionne pas son malade sur de possibles brûlures ressenties au niveau du creux épigastrique. De plus, il ne viendrait à l'esprit d'aucun malade de rapporter ce signe au médecin qu'il consulte pour sa peau.

Certains organes sont plus en relation que d'autres avec des troubles immunologiques systémiques, ou des maladies d'autres organes. C'est notamment le cas de la peau, qui est très souvent l'expression de maladies du tube digestif, par exemple. Ce sont aussi les articulations, qui peuvent exprimer des pathologies auto-immunes ; ou encore les poumons qui, au travers de l'asthme, peuvent révéler des allergies, pas seulement à l'égard d'allergènes respiratoires, mais aussi contre des microbes ou des champignons, des moisissures ou encore des aliments. La plèvre, lors de ses épanchements, orientera vers des maladies comme le cancer de l'ovaire, ou

des maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux... Le foie, lorsqu'il est malade, ne donne aucun des signes que l'on croit être ceux d'une crise de foie. La crise de foie n'existe pas, sauf à considérer qu'il s'agit en fait des symptômes d'une gastrite. Mais le foie peut abriter les métastases de cancers, du fait de la diffusion des cellules cancéreuses depuis un organe atteint, le foie peut être le siège de parasites comme le kyste hydatique ou l'échinococcose, ou être directement affecté par des maladies virales comme les hépatites. Le foie est un des premiers organes victime de l'abus d'alcool ou d'effets secondaires dus à des médicaments. Un cancer du pancréas peut se révéler par une dépression, et seulement par ce symptôme.

On pourrait imaginer un découpage différent des spécialités. Rêvons d'un monde où il y aurait le spécialiste du bras droit et celui du bras gauche. Le second s'occuperait des infarctus du myocarde, des ruptures de rate, des épanchements péricardiques, des tumeurs pancréatiques, puisque ces maladies se révéleront souvent par des douleurs de ce membre. Ainsi, aucune répartition des spécialités n'est satisfaisante. Il faut donc garder à l'esprit qu'en cas de diarrhée, ce n'est peut-être pas l'intestin qui est malade !

Le gastro-entérologue est-il bien le spécialiste de la diarrhée ?

Lorsqu'on se plaint de diarrhées qui durent depuis plusieurs semaines, il est tout à fait logique de demander à consulter un médecin spécialiste. De façon tout à fait normale – et qui pourrait le lui reprocher –, votre médecin généraliste vous adressera donc à un gastro-entérologue. C'est ce qui arriva à ce jeune homme de 36 ans, marié et père de famille, de l'enterrement duquel je reviens trois ans plus tard.

Lionel est ingénieur chez Peugeot. Tout lui sourit. Il s'est marié il y a huit ans, il est père de trois enfants. L'année où débutent ses symptômes digestifs, il a perdu son beau-père, un grand sportif, ancien champion de France du 1 500 mètres. Un matin, comme il le faisait chaque jour depuis l'âge de 14 ans, celui-ci s'était levé à 5 heures et avait pris son sentier favori en bordure de forêt pour parcourir la dizaine de kilomètres qui le ramènerait à la maison pour prendre son petit déjeuner en famille, après ses exercices, des élongations et la discussion qu'il aimait partager avec ses

« amis de la route » qui couraient avec lui depuis près de quarante ans. Quelques mois plus tôt, le beau-père de Lionel avait vu disparaître le leader de cette petite équipe de trois coureurs à pied, celui qui était toujours n° 1, lui-même étant le « Poulidor » de ce trio. Une mort stupide pour ce grand champion de course à pied, tué au Kenya par un éléphant dérangé pendant son repos par des touristes qui venaient le photographier. Ce matin-là, le beau-père de Lionel n'était pas revenu de sa course matinale : il s'était pendu avec les cordes de son parapente, là où lui et ses amis coureurs s'arrêtaient chaque jour pour faire leurs étirements.

Pendant cette période difficile pour toute la famille, durant laquelle ce père aimant et aimé avait disparu sans laisser de mot ou d'indication, sans avoir répondu aux questions que chacun se posait (pourquoi ? comment ?), Lionel, très affecté par cette disparition brutale, se sentit de plus en plus fatigué et perturbé par des ennuis digestifs. Ce n'étaient que des douleurs et des diarrhées impérieuses après chaque repas. Curieusement, même la nuit, une envie pressante d'aller à la selle l'obligeait à se lever deux à trois fois.

Sur les conseils de son médecin, il usa de tous les médicaments antidiarrhéiques disponibles, car que pouvait-il arriver à un jeune homme de 36 ans si ce n'est une diarrhée motrice fonctionnelle liée au stress, ou éventuellement à une intolérance digestive ?

Les jours se succédèrent sans autres symptômes, cependant que son épouse observait qu'il perdait du poids, que ses traits se creusaient, que son enjouement habituel faisait place à la morosité et à la tristesse. Elle le pressa finalement d'aller voir un spécialiste.

Celui-ci l'interrogea longuement sur ses diarrhées, mais ne parut pas surpris devant les caractéristiques de celles-ci. Elles étaient fécales, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'émission de glaires, ni de pus, ni de sang, ni même d'eau. Elles étaient postprandiales, c'est-à-dire quasiment obligatoires après chaque repas, et impérieuses. « Ne vous inquiétez pas. Nous allons examiner votre tube digestif et commencer par l'examen le moins inconfortable. La semaine prochaine, je vous donne rendez-vous pour une endoscopie digestive haute. »

Puis ce fut le temps du compte-rendu du spécialiste. « Rassurez-vous, cet examen est tout à fait normal. J'ai à peine observé une petite gastrite, tout à fait banale à votre âge et chez un homme stressé. J'ai vu quelques bactéries dans votre tube digestif, des *Helicobacter pylori*. C'est classique, nous

allons vous traiter par antibiotique, et je pense que tout rentrera dans l'ordre. »

Dix jours d'antibiotique, des paroles rassurantes, mais, pour autant, l'état général de Lionel continuait de se dégrader, et ses diarrhées persistantes s'accompagnaient cette fois de bouffées de chaleur, de flushes (c'est-à-dire de poussées vasomotrices du visage, en quelque sorte, le visage devient subitement tout rouge) que le médecin rapportait immédiatement à l'impérieuse nécessité de ses besoins. Ne voulant pas déranger le gastro-entérologue, Lionel prit sur lui. Il était maintenant habitué ; cela faisait plus de six mois qu'il vivait ainsi entre son bureau et les toilettes.

Jusqu'à ce que, de nouveau sur l'instance de son épouse, il finisse par se résoudre à demander un nouvel avis. Pour avoir une lecture nouvelle de ses symptômes, il décida de changer de spécialiste. Cet autre gastro-entérologue consulté évoqua la possibilité d'une tumeur d'origine digestive, notamment colique, et décida de façon impérative de réaliser une endoscopie digestive basse, une coloscopie, qui fut programmée dans les quinze jours.

Point de tumeur, un côlon tout à fait sain, pas le moindre problème. Les biopsies systématiques ne révélèrent aucune maladie inflammatoire, pas de maladie de Crohn – rien. « Soyez rassuré », dit le médecin. Mais son épouse ne l'entendait pas ainsi. « Non, docteur, cela ne nous rassure pas du tout, puisque vous ne savez pas ce qu'il a. Vous n'avez pas trouvé la cause de ce dont il souffre. – Vous avez raison, se reprit-il. Nous allons regarder l'intestin grêle, et ce n'est pas facile d'explorer un organe creux de 4 à 6 mètres de long... Mais je vais faire réaliser tous les examens possibles... » Et une vidéocapsule fut donc préparée, emportant la petite caméra miniature qui prendrait régulièrement des images tout au long de son trajet intestinal.

Là encore, aucune maladie. Il ne restait qu'à faire le transit du grêle, c'est-à-dire cette radiographie de l'intestin une fois que l'on aurait rempli cette partie de tube digestif avec un produit opaque, aux rayons X, la baryte. Cet examen ne se fait quasiment plus. Il permettait de voir une empreinte sur la colonne régulière de baryte, empreinte due par exemple à une tumeur pédiculée ou sessile du grêle, ou bien de voir partir un peu de baryte dans une ulcération. Un examen un peu désuet, mais réservé à des cas particuliers comme celui-ci.

Verdict du radiologue : transit du grêle normal ! « Allez voir votre médecin traitant, il vous expliquera ce qu'il faut faire », dit alors le spécialiste, ne jugeant pas utile que ce jeune homme le consulte de nouveau, puisqu'il considérait qu'il avait fait tout ce qu'il fallait.

En fait, si le spécialiste avait bien réalisé tous les examens possibles pour Lionel, il n'avait toujours pas posé un diagnostic sur cette diarrhée. La diarrhée, n'est-ce pas un symptôme que doit gérer un gastro-entérologue ? À moins que le gastro-entérologue ne soit spécialiste que de la diarrhée d'origine digestive. En effet, il existe des diarrhées dont la cause provient d'une maladie d'un autre organe, ou de troubles métaboliques allant de maladies hématologiques (touchant le sang), osseuses, à des maladies du tissu hormonal, dites endocrines.

Le médecin traitant se fit le porte-parole du gastro-entérologue, concluant à l'absence de pathologies, et donc forcément à un problème qui se trouvait « dans la tête ». « Vous êtes trop stressé, vous faites un burn-out. Prenez du repos, cela vous fera le plus grand bien ! » « Comment peut-on asséner un tel diagnostic qui n'a rien de médical, qui tient plus de la discussion du café du commerce que de l'expression d'un savoir scientifique et médical ? » s'insurgea l'épouse de Lionel, qui était épuisée par tant de recherches vaines...

Les jours, les semaines passèrent, jusqu'à ce qu'un torticolis, un matin, conduisît Lionel chez son kinésithérapeute. Ce dernier s'était occupé de son beau-père, et était devenu un ami de la famille. Il savait, grâce à la douceur et la dextérité de ses doigts experts, guérir tous ces troubles douloureux articulaires. Mais de torticolis, il n'était pas question, car, très vite, le masseur découvrit sous ses doigts une boule dure du creux sus-claviculaire, débordant au niveau du cou, déplaçant les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Il décrivit cette masse comme pierreuse, insensible, peu mobilisable, et le lecteur aguerri des symptômes et des caractéristiques d'une tumeur cancéreuse aura posé le diagnostic : métastases ganglionnaires et tumeur primitive d'origine thyroïdienne.

Dès lors, du jour au lendemain, Lionel se trouva devant un diagnostic au pronostic très sombre, puisque tout s'expliquait : sa diarrhée était le fruit d'une sécrétion inappropriée d'une hormone appelée calcitonine, fabriquée par les cellules claires de la glande thyroïde, dont le développement malin conduisait au diagnostic d'un carcinome médullaire de la thyroïde.

Tout changeait désormais de registre : ce n'était plus le tube digestif qui était malade, il n'était que l'expression d'une maladie à distance, et ce n'était bien sûr pas de l'intestin qu'il fallait s'occuper, mais de cette glande thyroïde pathologique, dont la prise en charge relève à la fois de l'oncologue, du chirurgien et de l'endocrinologue.

Une prise en charge s'organisa très vite, sans que jamais les deux gastro-entérologues consultés aient eu connaissance du diagnostic final. (Cela aurait pourtant été utile à leur patientèle, afin qu'à l'avenir, comme n'importe quel médecin, ils puissent considérer qu'avant d'être d'origine digestive une diarrhée peut être d'origine thyroïdienne ou métabolique.)

Les obsèques de Lionel eurent lieu trois ans plus tard. Quel gâchis ! Trois ans de diarrhées et pas de diagnostic.

Certes, la France peut s'enorgueillir de traiter souvent efficacement des cancers aussi gravissimes que ceux de la glande thyroïde ; certes, la médecine française a les meilleurs spécialistes oncologues, mais la prise en charge d'un malade se limite-t-elle à la capacité des médecins à traiter une maladie dès lors qu'elle est diagnostiquée ?

En effet, le point essentiel est le diagnostic étiologique. Ce terme signifie la recherche de la cause. Une douleur du bout d'un orteil peut révéler une maladie de la colonne vertébrale. Des aphtes dans la bouche peuvent être en relation avec une phlébite (des veines bouchées au niveau des membres inférieurs)... En médecine, tout symptôme doit conduire à la recherche de sa cause, et toute maladie doit être considérée comme le symptôme d'une autre maladie, c'est-à-dire d'une cause à rechercher.

L'interrogatoire à lui seul permet de poser le diagnostic étiologique dans 70 à 80 % des cas. Quelles étaient les questions qui auraient pu tout de suite conduire à un examen de la glande thyroïde chez Lionel ?

La diarrhée est-elle fécale ? En l'absence de pus, de sang et de glaires, on s'écarte alors souvent d'une maladie du tube digestif. Est-elle impérieuse, c'est-à-dire y a-t-il urgence à se rendre aux toilettes ? Est-elle nocturne, postprandiale ? Ces quatre éléments suffisent pour évoquer une cause tumorale liée à la sécrétion d'une substance active sur le plan digestif, qui entraîne une accélération de sa motricité. Et si, de surcroît, on relève la notion de flushes, de bouffées de chaleur, alors l'examen s'orientera rapidement vers la glande thyroïde.

Malheureusement, ce cancer est très lymphophile, c'est-à-dire qu'il métastase volontiers dans les ganglions, et c'est l'apparition du ganglion métastatique qui a permis au masseur kinésithérapeute ami de la famille d'orienter ainsi Lionel à bon escient.

Un aphorisme que je répète fréquemment à mes étudiants : « La conduite à tenir devant un malade présentant une diarrhée est tout d'abord d'envisager toutes les causes de diarrhées qui ne viennent pas du tube digestif. » Ainsi, on sera sûr de ne pas oublier ces causes extra-intestinales. Forcément, à un moment ou à un autre, on approche du tube digestif. Or, le temps consacré à organiser, préparer, réaliser tout d'abord une endoscopie digestive haute avec l'attente des résultats des biopsies, puis une coloscopie dans les mêmes conditions, puis une vidéocapsule, et enfin un transit du grêle, tout ce temps, aurait permis mille fois de faire une palpation et une échographie de la glande thyroïde.

La médecine n'est grande que dès lors qu'elle dépiste précocement les maladies. Cette capacité à poser un diagnostic n'est pas évaluée en médecine. On évalue les résultats de la chimiothérapie sur tel cancer, l'intérêt des stents dans la prévention de l'infarctus du myocarde, mais personne ne s'intéresse au temps qu'il aura fallu devant une diarrhée motrice pour poser le diagnostic d'un cancer, ou les délais à poser le diagnostic d'insuffisance coronaire devant des symptômes d'embarras gastriques.

Or ce temps tellement précieux est celui qui décidera si le malade vivra ou ne vivra pas.

Mon médecin ne prescrit pas de médicaments inutiles

Certains patients, voire, d'ailleurs, certains médecins ou pharmaciens, parlent encore de médicaments « forts », comme s'il pouvait y avoir des médicaments « faibles ». Il n'y a en fait que des médicaments utiles et des médicaments inutiles, et les plus dangereux ne sont pas les médicaments utiles, ceux dont le rapport bénéfice-risque fait qu'ils ont l'autorisation de mise sur le marché pour telle ou telle indication, mais les médicaments réputés anodins, qui maquillent parfois une absence de diagnostic, ou bien l'incapacité du médecin à prescrire un médicament nécessitant une surveillance.

En France, curieusement, on aime parler de choses absolument inexistantes, comme le déficit en magnésium, ou encore les crises de foie. Ce que cache un diagnostic de « déficit en magnésium » (qui n'en est pas, car les dosages, s'ils étaient réellement faits, montreraient des taux normaux de cet oligoélément), ce sont des pathologies qui *a priori* peuvent paraître bénignes, mais qui, en fait, peuvent avoir des suites, des conséquences, ou révéler quelque chose de grave. Il en est ainsi des fatigues chroniques, qui peuvent dissimuler des pathologies infectieuses ou cancéreuses sous-jacentes, ou des symptômes considérés comme mineurs, tels qu'un vertige, et qui peuvent être le mode d'entrée dans une maladie grave.

Ainsi, le médicament le plus dangereux est à mon sens celui qui non seulement ne sert à rien, mais qui, se substituant pour ainsi dire au diagnostic, ajourne une prise en charge correcte.

Les médicaments sont une révolution en médecine. Comment, d'ailleurs, a-t-on pu imaginer que 100 mg de telle molécule, 2 mg de telle autre, pourraient traiter, voire guérir une maladie avec toutes ses voies métaboliques perturbées, défaillantes, et les multiples conséquences qu'un simple dysfonctionnement d'un lymphocyte par exemple peut induire. Il a fallu beaucoup d'empirisme pour décrypter les propriétés d'une famille de molécules. Comment en est-on arrivé à démontrer que l'hydroxychloroquine, médicament du paludisme, est le traitement de référence d'une maladie auto-immune qu'est le lupus érythémateux ? Comment a-t-on fait pour développer plus d'une dizaine de classes d'antibiotiques, avec plusieurs dizaines de molécules dans chaque classe ?

Devant tant de complexités décryptées, le médecin et le malade doivent avoir le plus grand respect à l'égard des médicaments. Tout d'abord ne pas les dénigrer, car, si un médicament est sur le marché, c'est qu'il apporte un bénéfice beaucoup plus important que le risque qu'il induit. Plutôt que de critiquer un médicament pour son inefficacité, il vaudrait mieux remettre en question le diagnostic, ou envisager des interactions médicamenteuses qui peuvent diminuer les effets de l'un des traitements prescrits.

Peu à peu sont apparus dans le langage des malades, parfois aussi repris par les médecins et les pharmaciens, des qualificatifs peu appropriés pour les médicaments. On dit de tel qu'il fait mal à l'estomac, ou qu'il fait dormir, qu'il fatigue... Ne disait-on pas des corticoïdes qu'il fallait protéger l'estomac du fait du risque d'ulcères ? Aujourd'hui, on sait qu'il n'en est rien. On sait depuis longtemps que ce ne sont pas les antibiotiques qui fatiguent, mais la maladie infectieuse pour laquelle ils sont prescrits. Mais il y a surtout des propriétés qu'on leur attribue qui reposent seulement sur la vision que chacun a de leurs effets. Telle molécule donnera un coup de fouet, telle autre va faire chuter la tension, etc. Et puis, lorsqu'il s'agit de traiter efficacement une maladie sérieuse, donc grave, alors on dira du médicament qu'il est fort ! En fait, il est juste efficace, donné à bon escient. Il est *fort* comme le sont tous les médicaments dignes de ce nom recommandés dans la bonne indication.

Mais, derrière le mot « fort », il y a la notion qu'il serait potentiellement toxique ou dangereux. Or cela n'est la plupart du temps pas le cas. Les corticoïdes ne sont dangereux que s'ils sont mal utilisés, en dehors de leurs indications et sans surveillance.

En revanche, on ne parle pas de médicaments « faibles ». Or ceux-ci existent, même si les gouvernements tendent aujourd'hui de plus en plus à les faire dérembourser par la Sécurité sociale. Ce sont les médicaments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Ils ont profité d'une période plus laxiste, où l'on pouvait mettre sur le marché des molécules sans qu'elles aient suffisamment prouvé leur efficacité. Je le répète : ce sont ces médicaments-là qu'il faut craindre, car peu ou pas efficaces, ils ne peuvent donc avoir de véritable effet bénéfique.

Alors, qu'en est-il si l'on prend un médicament, c'est-à-dire cette molécule exogène, un xénobiotique sans efficacité, ou avec des effets bénéfiques attendus quasiment nuls ? Cela signifie-t-il que le médecin espère une guérison spontanée des troubles, et masque son incapacité ou sa réticence par la remise d'un traitement qui, au mieux, aura un effet placebo ? Il est plutôt à craindre que, faute d'être actif, ce « traitement » pourrait être délétère et induire des effets indésirables. Et si même ce médicament était parfaitement toléré, alors il pourrait masquer une véritable maladie, ou être utilisé à la place d'un médicament efficace, lui, et nécessaire.

Irène et son grand vertige

Lorsque des amis, avec leur esprit carabin, viennent un jour me raconter une histoire drôle avec pour personnage principal Irène, pour nous rappeler la chanson de Brassens, je ne peux m'empêcher de tressaillir en entendant prononcer ce prénom, car l'histoire d'Irène, qui habite Charqueval, n'a rien qui puisse prêter à sourire.

C'était un matin comme un autre. Il fallait se dépêcher de préparer les enfants pour les emmener à l'école. Irène, jeune mère de famille de 28 ans, maman d'Inès et Caroline, terminait de leur donner le bain, car elles avaient visite médicale à l'école. Elle n'avait pas eu le temps de le faire la veille au soir. Excitées comme des puces, les deux filles, de 4 et 6 ans, faisaient les folles dans l'eau, pataugeant, éclaboussant, s'esclaffant, alors que l'heure tournait, et que leur mère, tout en vaquant à ranger la cuisine, n'arrêtait pas de leur demander de se dépêcher.

Excédée par ce chahut, Irène pénétra rapidement dans la salle de bains, bien décidée à faire sortir ses filles de la baignoire pour enfin les préparer.

À ce moment, elle ressentit toute la chaleur de l'endroit et eut un vertige, avec une grande instabilité et, surtout, la sensation que toute la pièce tournait autour d'elle. Craignant de tomber sur le sol glissant, elle s'agrippa au lavabo, s'accroupit, ferma les yeux et attendit quelques instants de reprendre ses esprits. Ses deux filles, s'étant aperçues que quelque chose n'allait pas, se levèrent aussitôt et sortirent avec précaution du bain. Ce n'était pas la première fois qu'un tel vertige survenait, et Irène avait déjà remarqué que, si elle tournait rapidement sur elle-même, elle penchait d'un côté de son corps, toujours le même. « Je dois être très fatiguée, se dit-elle, il faudra que je passe voir le médecin... »

Les enfants, enfin prêtes pour aller à l'école, prirent leur sac à dos et montèrent spontanément à l'arrière de la voiture. Leur maman ouvrit la porte du conducteur pour s'installer sur son siège, mais son pied accrocha le plancher de la voiture et elle buta. « Tu ne tiens pas debout, maman ! Tu as trop bu ? ! » dirent les deux petites filles en s'esclaffant.

Une fois les enfants déposées à l'école, Irène se rendit chez son médecin, qui n'avait pas beaucoup de temps, mais qui accepta de la recevoir.

« Alors, que se passe-t-il, madame Chalut ? » demanda-t-il tout en préparant sa trousse pour les visites qu'il s'appêtait à faire. Elle lui raconta l'épisode du vertige dans la salle de bains, mais omit de souligner qu'elle avait failli tomber en montant dans sa voiture. Le médecin, qui connaissait bien son mari, prit des nouvelles de ce dernier.

« Thierry est toujours routier international ? Il rentre tous les combien, déjà ?

– Tous les quinze jours environ.

– Ah, ma pauvre Irène ! Comme vous devez avoir du travail... Ce n'est pas étonnant que vous soyez fatiguée. Vous devez manquer de magnésium. Vous allez prendre ce traitement, et, vous verrez, vous serez requinquée ! »

Rassurée par ces bonnes paroles, mais tout de même surprise que son médecin ne lui fît pas un examen clinique, ne serait-ce que minimal, elle partit à son travail où elle s'excusa d'arriver en retard.

Les premiers jours, ses ampoules à boire la rassurèrent et lui donnèrent l'impression d'aller légèrement mieux. Néanmoins, elle ressentit des sensations bizarres, comme de l'eau qui coule sous la peau ou, de temps en temps, des bourdonnements d'oreilles. Et puis, une fin d'après-midi, alors

qu'elle était à l'étage dans son petit appartement en duplex, entendant le téléphone sonner, elle se précipita dans les escaliers pour aller décrocher, lorsque soudainement ses jambes se dérochèrent sous elle. Elle glissa et dévala les douze marches qu'elle avait eu d'ailleurs du mal à gravir un peu plus tôt. Ne pouvant se relever, elle suspecta quelque chose de grave et, en effet, il fallut que les pompiers arrivent pour la conduire à l'hôpital, en chirurgie orthopédique, où l'on décela un tassement des vertèbres lombaires L3-L4.

Elle avait terriblement mal dans le dos, mais, surtout, elle ne comprenait pas pourquoi elle ne sentait plus ses jambes. Celles-ci avaient du mal à se mouvoir, comme si elles étaient lourdes. Elle le signala au chirurgien qui, regardant à plusieurs reprises les radiographies, la rassura en lui indiquant qu'il n'y avait aucun signe de compression médullaire, et que tout cela était transitoire.

Il s'était déjà passé près de deux mois depuis le vertige inaugural. Cela faisait six jours qu'elle était hospitalisée à la suite de ce traumatisme, quand, soudain, au milieu de la nuit, après avoir ressenti des douleurs violentes dans l'œil gauche, sa vue s'assombrit complètement pour ne laisser place qu'à un champ noir de cécité complète. Elle avait beau le signaler aux équipes qui se relayaient pour nettoyer sa chambre ou faire son lit, ainsi qu'aux infirmières qui lui injectaient des antalgiques, tous tentaient de la rassurer, persuadés qu'elle était en surmenage, fatiguée, et que tout cela ne serait rien. Il est vrai qu'Irène était une grande et jolie femme qui paraissait forte et qui n'était pas du genre à se plaindre.

C'est dans le courant de l'après-midi qu'un jeune étudiant en médecine qui venait de relire la veille son cours sur les syndromes de démyélinisation, et tout particulièrement la sclérose en plaques, osa faire part de ce diagnostic à l'interne.

« Tu es sûr de toi ? dit le jeune médecin à son futur confrère.

– Ah oui. Un vertige dans une atmosphère chaude comme une salle de bains, puis une perte de force musculaire, avec cette chute, et enfin ces troubles visuels allant jusqu'à la cécité, qui évoque une névrite optique rétrobulbaire, je ne pense pas qu'il y ait d'autres maladies...

– Donc, selon toi, cette jeune femme a une sclérose en plaques dont les premiers signes auront été le vertige et le fait qu'elle butait en montant dans sa voiture, puis cette faiblesse musculaire des membres inférieurs, et enfin

cette cécité qui résulte d'une localisation neurologique de la sclérose en plaques au niveau des nerfs optiques ?

– Oui, c'est ça. »

Aussitôt, une prise en charge appropriée fut faite, mais que de temps perdu !... Aujourd'hui, Irène a encore des troubles de la vue, elle a des difficultés à marcher et ne peut le faire sans l'usage d'une canne.

Son médecin de famille, curieux de ne pas avoir de ses nouvelles, d'autant qu'Irène lui avait promis de repasser le voir dans le mois pour lui faire part du bienfait de sa cure de magnésium, téléphona pour s'en enquérir. Il tomba sur la maman d'Irène, qui s'occupait des enfants, et qui lui annonça le diagnostic de sclérose en plaques. « Ah, c'est étrange ! Et ce n'est pas de chance, parce que, lorsque je l'ai vue il y a un mois, elle avait à peine un petit vertige de rien du tout... » Or, ce que le médecin feignait d'ignorer alors, c'est qu'il n'y a pas de « petit vertige de rien du tout ». Chaque symptôme clinique peut révéler une pathologie grave.

Qu'aurait-il fallu qu'il fît ? Un examen clinique avant tout, ce qu'il négligea tant il était pressé de partir pour ses visites. En examinant Irène à ce moment, il aurait pu observer les signes d'un syndrome vestibulaire en lui faisant tout simplement tendre les index droit devant elle et constater une déviation du membre supérieur vers l'extérieur. Il aurait pu déceler une adiadococinésie, c'est-à-dire une difficulté de coordination des mouvements pour faire les marionnettes, une dyschronométrie, c'est-à-dire un décalage du serrement de la main en donnant à la patiente sa propre main croisée.

Si le syndrome cérébelleux qui s'ajoutait au syndrome vestibulaire était complet, il aurait peut-être pu observer une hypermétrie et des difficultés à mettre l'extrémité de l'index sur le bout du nez, ces mouvements pouvant de surcroît entraîner un tremblement lent. Il n'aurait pas été besoin de mettre en évidence des réflexes pendulaires (c'est-à-dire qu'en frappant le tendon rotulien avec le marteau à réflexe la jambe se serait mise à se balancer plusieurs fois) ou une hypotonie, cette perte de la tonicité des muscles si facile à rechercher – les enfants le font pour jouer. Vous résistez à une extension que l'on essaie de faire sur votre avant-bras, puis on lâche tout et vous prenez votre poing dans la figure si vos muscles ne sont pas suffisamment tendus pour amortir le mouvement. Ces quelques signes auraient été suffisamment évocateurs d'une pathologie neurologique sous-jacente.

La sclérose en plaques a la particularité d'entraîner des troubles neurologiques dans différents territoires, et c'est à l'existence d'un syndrome pyramidal, c'est-à-dire des centres moteurs de la motricité, qu'Irène avait dû sa chute par perte de la force musculaire. Peut-être au stade du vertige existait-il déjà des réflexes pathologiques. Le marteau à réflexe aurait pu révéler des réflexes vifs, polycinétiques, diffusés, c'est-à-dire qu'en tapant sur le tendon rotulien on voit apparaître une contraction des muscles à distance, par exemple même au niveau des membres supérieurs. Il aurait pu observer une augmentation de la zone réflexogène, c'est-à-dire du territoire périrotulien, qui entraîne l'apparition du réflexe. Et puis, le fameux signe de Babinski, qui n'explore que les réflexes cutanés, et celui-ci plantaire, aurait peut-être relevé l'extension lente et majestueuse du gros orteil, tous ces éléments corroborant l'atteinte neurologique centrale.

Conscient qu'il avait peut-être raté quelque chose, le médecin évoqua tous ces signes dans son esprit, mais se demanda comment il aurait pu les déceler dans le temps d'une consultation qui lui est rémunérée par la caisse d'assurance-maladie au tarif de 23 euros. Compte tenu de la très faible rétribution de la consultation médicale, elle ne peut dépasser dix minutes d'examen, ce qui amènerait le tarif horaire du médecin à 130 ou 140 euros, un minimum étant donné ses lourdes responsabilités et la longueur de ses études... « Connaît-on un avocat qui a un tarif horaire inférieur à 150 euros hors taxes ? » se dit-il.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que ce que perçoit le médecin est un revenu brut, duquel il doit prélever environ 50 % pour payer ses cotisations sociales, maladie, vieillesse, familiales et retraite. Ainsi, en termes de revenu net, la consultation à 23 euros correspond à un salaire net de 12 euros. Comme tout un chacun, le médecin paiera des impôts sur ce salaire, et imaginons qu'il soit taxé à 30 %, le fruit d'une consultation médicale sera pour lui de 8 euros. Il n'y a donc pas à pavoiser sur l'enrichissement des médecins. Et ces simples constats suffisent à dénoncer le fait que les médecins français ont les salaires les plus bas de toute la communauté européenne. Il est clair qu'à ce tarif la Sécurité sociale induit indirectement des conduites à tenir probabilistes, c'est-à-dire que le médecin parie sur la chance que ce vertige soit purement circonstanciel, qu'il est bénin, qu'il sera unique et sans autres conséquences.

Les caisses d'assurance-maladie s'y retrouvent-elles en termes d'économie ? Ce n'est pas sûr, car, outre le handicap personnel, familial, professionnel et social du retard au diagnostic, ce dernier a des coûts qu'aucune étude n'a évalués. L'obligation du médecin à faire des consultations de courte durée le conduit aussi très souvent à prescrire des examens biologiques de façon machinale, avec des dosages répétitifs inutiles, comme le cholestérol ou les triglycérides, lorsqu'il s'agit de prendre en charge des troubles neurologiques. Il s'agit là des déviations d'un système dont les objectifs ne sont pas la qualité de l'acte médical, le bien-être ou le maintien d'une bonne santé, mais juste de garantir à chacun un accès aux soins, même si ceux-ci ne peuvent être constamment de bonne qualité.

Cette histoire nous rappelle aussi qu'il n'y a pas de traitement efficace en dehors d'un traitement utile basé sur un diagnostic précis. Le magnésium n'est prescrit pour ainsi dire que dans un seul pays au monde : la France. Alors même qu'aucun étudiant en médecine n'a appris l'intérêt du magnésium en médecine générale, il est curieux d'observer qu'une des prescriptions quotidiennes les plus communes dans les cabinets médicaux, c'était le magnésium sous toutes ses formes. On lui prête des vertus qu'il n'a pas, et chaque fois que ce médicament est prescrit, il y a lieu de s'inquiéter, car cela signifie que soit le médecin n'a pas fait de diagnostic, soit qu'il considère que le patient n'a besoin que d'un placebo.

Un des torts des caisses d'assurance-maladie a été de rembourser cette prescription dépourvue d'intérêt en dehors de circonstances particulières (notamment en réanimation médicale) et de laisser croire, au travers des visites médicales des laboratoires pharmaceutiques, qu'elle peut répondre à beaucoup de petits problèmes du quotidien.

Mon médecin garde son sang-froid quoi qu'il arrive

Il est normal que, dans certains cas, l'évolution espérée par le médecin ne soit pas celle observée par le malade. Soit qu'il s'agisse d'une erreur diagnostique – et cela peut arriver, car certaines maladies empruntent les symptômes à une autre maladie –, soit que le traitement choisi n'ait pas été efficace pour d'autres (multiples) raisons. Par exemple, un malade ayant des troubles de l'absorption intestinale qui n'auraient pas été établis peut voir un traitement parfaitement justifié être inefficace du fait que ce médicament n'aura pas pu franchir la barrière digestive.

Le médecin, cependant, ne doit pas persister dans son erreur ; ce qui serait le cas s'il prescrivait un autre médicament, mais de la même famille. Cela s'observe souvent pour de prétendues mycoses qui résistent aux traitements antifongiques (antichampignons)... Tout simplement parce qu'il ne s'agit pas d'une mycose ! Si le médecin se contente de changer de traitement antifongique par un autre similaire, il n'y a aucune chance que la maladie guérisse. C'est d'ailleurs aussi pour cela que le patient doit garder toutes ses ordonnances, de façon à ce que le médecin consulté tire profit des échecs antérieurs.

Le médecin doit accepter avec humilité les échecs de sa prise en charge, car il doit se donner tous les moyens de réussir (obligations de moyens), mais ne peut être certain d'être efficace. Dans ce cas, il doit se féliciter de voir revenir le malade. Car, en étant confronté à ses erreurs, le médecin apprendra de ses propres échecs, il progressera et fera progresser le malade.

Il est aussi certaines maladies, proches de troubles psychiatriques, qui sont caractérisés par la mise en échec systématique du médecin par le malade. Cela fait partie de la maladie. La maladie de Münchhausen ou le syndrome d'Ekblom se caractérisent par des symptômes souvent provoqués par le malade lui-même, ou affabulés par ce dernier sans qu'il en ait véritablement conscience. La prise en charge de cette mise en échec est difficile pour un médecin inexpérimenté. Il est indispensable de maintenir le lien entre le médecin et le patient, pour que la prise en charge soit optimale et à la fin couronnée de succès. Il faut donc que le médecin garde son sang-froid et ne se sente pas rabaissé par les échecs successifs du traitement. Tant que le malade revient, c'est un signe positif qui montre que le malade veut s'attacher les soins de ce médecin.

Un médecin se trompe, et il se trompe souvent, car c'est son métier qui veut cela. Il se trompe certes de façon légère, en général sans conséquence, mais il y a tellement de choses dans une prise en charge que le médecin ne peut pas tout appréhender, du moins en une fois. L'erreur est la démarche par laquelle le médecin va progresser dans l'intérêt du malade. Avancer plutôt que reculer. Avancer une idée diagnostique qui n'avait pas été formulée, parce que le traitement prescrit a été un échec, reconsidérer un signe clinique mal interprété par le médecin, pour mieux le caractériser – par exemple : ces démangeaisons, après de nouvelles questions, s'apparenteront plus à des fourmillements qu'à un gratouillis, et donc feront plutôt orienter les hypothèses vers un trouble neurologique.

Et si le malade nous montre nos échecs, c'est toujours dans un esprit constructif, car le patient est très indulgent à l'égard de son médecin, il lui pardonne volontiers des errements, voire des fautes. Un malade sera toujours partant pour explorer d'autres pistes avec son médecin. Ce que le malade ne peut supporter, c'est que le médecin baisse les bras, finisse par banaliser, par minimiser les signes, et par rejeter la faute sur le malade. Alors, oui, le patient pourra se montrer désagréable, et il aura de bonnes raisons à cela.

La langouste sénégalaise

« Tiens, ne serait-ce pas le plombier de mon beau-père qui vient à la consultation ? Il ne m'en avait pas averti... » pensai-je en jetant un œil sur

la liste des consultations du jour. « Entrez, monsieur Basire ! Comment allez-vous ? Il y a longtemps qu'on ne s'était vus ! »

Monsieur Basire n'était pas comme à l'accoutumée. Je le trouvais secret, moi qui l'avais vu plus enjoué dans la maison de mes beaux-parents dans l'année qui précédait, pour de petits travaux. Aujourd'hui, il avait le regard tourné vers le bas, et il tenait dans ses mains un sac plastique. Mais que pouvait-il apporter en consultation ? Le contenu était constitué de récipients en verre qui tintaient en se cognant. Il n'est pas rare que des malades viennent à la consultation avec des pots de confitures ou des compotes qu'ils ont faites personnellement. Ne m'intéressant pas plus à ce paquet qu'il tenait fermement dans la main droite, je commençai à lui poser les questions initiales, sur son âge, son statut familial – bien que je le connaisse –, ses maladies passées, les médicaments pris, pour arriver au motif de la consultation.

« Eh bien, voilà, j'ai des écailles de langouste qui ressortent par les dents. Je vous montrerai.

– Ouh, voilà un drôle de symptôme ! Expliquez-moi...

– Je vais d'abord vous les montrer. J'ai réussi à en extraire quelques-unes en les dissolvant avec du Coca. Il me faut près de dix litres de Coca-Cola par jour pour me faire des bains de bouche, pour les faire partir... Mais ça n'en finit pas. Elles sont toujours là. »

À ce moment, il ouvrit son sac en plastique et en sortit trois pots à confitures qui contenaient un liquide jaune transparent, dans lequel flottaient quelques débris, probablement alimentaires. Il tenait vraiment à ce que j'examine cela de très près pour que je confirme l'existence de ces écailles qui lui sortaient de derrière les dents.

Tout ce qu'un patient vous présente, tout ce qu'il vous dit, a de l'intérêt. Et je pris donc le plus grand soin à bien regarder. Il me fallait comprendre ce qui était arrivé à monsieur Basire, et cet examen attentif me laissait un peu le temps de la réflexion.

« Comment cela est-il possible ? Racontez-moi.

– Eh bien, docteur, c'est au Sénégal – j'y suis allé pour acheter un petit terrain. Un soir, on a mangé sous une tente – il faisait noir, je me souviens bien. J'ai croqué dans une langouste et, à ce moment-là, toute la coquille est

rentrée dans ma bouche, dans les gencives, et, depuis, je n'arrive pas à m'en débarrasser... »

Il ne fallait pas rire, car, derrière cette description inouïe, il y avait une souffrance importante et une croyance en ce qui s'était passé.

« Que faites-vous donc pour vous en débarrasser ?

– Eh bien, je prends des curettes, des cure-dents, et je dissous avec le Coca-Cola. Regardez ma bouche, ça se voit nettement qu'elles ressortent derrière mes dents ! »

L'examen buccal était tout à fait normal, sans anomalies. Je me trouvais devant un malade tenant des propos délirants. Il s'agit d'un syndrome connu sous le nom de parasitophobie, ou encore syndrome d'Ekbom. Sauf que, ici, il ne s'agissait pas de parasites qui auraient investi le corps du malade, mais d'une langouste.

Devant une telle situation, il ne faut jamais démentir, jamais nier. Essayer de garder la confiance du malade, car, s'il se sent délaissé, abandonné, pas cru, il peut aller plus loin dans son délire, et faire apparaître d'autres symptômes.

« Que puis-je faire, docteur, pour m'en débarrasser ? » demanda-t-il avec insistance, croyant dur comme fer à son récit. Il faut, dans ce cas, ne pas répondre directement à la question, mais laisser le malade s'en charger.

« Et vous, que pouvez-vous faire ? » dis-je en faisant cette petite pirouette.

Alors il m'expliqua qu'il allait poursuivre les bains de bouche au Coca-Cola, et extraire les morceaux avec ses outils de plombier.

Cette pathologie peut être prise en charge par des médicaments psychotropes, mais pas acceptés par les malades dès lors qu'ils lisent les notices et peuvent ainsi penser qu'on les a pris pour des fous, alors qu'en fait on n'a fait que traiter une maladie psychiatrique appartenant au domaine des délires bénins, souvent transitoires. On explique alors que ce médicament a d'autres propriétés que celles pour lesquelles il est fait, et qu'il peut notamment faciliter la fluidité des gencives pour permettre l'évacuation plus aisée des écailles. Il me faudrait cependant revoir ce patient régulièrement, pour m'assurer qu'il ne se provoquerait pas d'autres lésions, et pour essayer petit à petit de découvrir pourquoi il avait pu tomber dans ce délire psychiatrique.

Quelque temps plus tard, monsieur Basire – qui avait mon numéro de téléphone personnel, que lui avait donné mon beau-père – m’envoya par SMS une petite vidéo de lui en train de percer un bouton d’acné face à la caméra. Il commentait ce qui en sortait. Selon lui, il s’agissait de la coquille du crustacé, qui s’était infiltrée jusque sous la peau du visage. Il n’avait visiblement pas pris son médicament et persistait dans son délire.

Lors de la consultation suivante, aucune évolution ne se fit sentir, mais je détournai son attention en lui parlant du Sénégal. Je savais combien il était tombé amoureux de ce pays, si bien qu’il s’y rendait pendant ses vacances pour quelques jours. Cela le changeait des week-ends de bridge qu’il faisait avec sa femme, le couple étant réputé gagner de nombreux tournois.

Peu à peu, la confiance qu’il avait toujours eue en moi, mais qui lui avait fait défaut au début de sa prise en charge, revint. Il accepta de suivre son traitement, car, moi, lui dis-je, lorsque vous me dites quelque chose de professionnel, je ne viens pas contester votre savoir et votre métier de plombier. Cette valorisation lui fit du bien et, au cours des consultations qui suivirent, notre artisan se mit à se confier.

Il avait repéré un terrain à vendre au bord de la mer au Sénégal, pour 30 000 euros. Il s’était mis à rêver d’y construire une petite maison. Il avait bien signé l’acte de vente et payé comptant la somme, mais, lorsqu’il revint sur le lopin après la vente, on lui fit remarquer que son titre de propriété était un faux, et que celui qui lui a vendu ce bout de terre n’en était pas le propriétaire. Il avait été victime d’un escroc. L’expression populaire dit parfois : « Je l’ai en travers de la gorge. » Monsieur Basire, lui, avait l’impression qu’une langouste lui avait pénétré les gencives.

Prendre part à sa douleur, faire preuve d’empathie fut alors pour lui une aide majeure, le patient déclarant peu à peu aller mieux, jusqu’à ce qu’il oubliât totalement cette période pendant laquelle il n’avait véritablement pas conscience de l’incongruité de ses symptômes. En restant impassible tout au long des consultations, sûr de mon diagnostic sans jamais cependant le lui donner, en sachant qu’il faut du temps et accompagner ce genre de malade, surtout dans les périodes où ils se plaignent de ne pas aller mieux, de ne ressentir aucune amélioration malgré les traitements. Il n’est pas rare et il est même habituel, pour le médecin, d’être mis en échec dans ce genre de pathologie. Il faut garder son sang-froid et ne pas céder à l’envie, parfois forte, de tout révéler au patient et de lui dire : « Mais vous délirez, mon

pauvre ! Comment une langouste pourrait-elle s'infiltrer dans des gencives ?! »

Ce serait la pire des choses à faire. Et, surtout, cela mettrait le malade en danger, puisqu'il pourrait générer alors d'autres symptômes plus graves, ou même se mutiler sévèrement.

C'est à cette maîtrise que l'on voit les médecins d'expérience, car le meilleur d'entre eux ne se défaussera jamais sur un malade. Il préférera être considéré comme un incapable plutôt que de trahir les règles de la médecine. Il n'aurait pas été déontologique de révéler à monsieur Basire que lui seul se croyait ainsi envahi par une langouste, et que ce qu'il extrayait de sa bouche n'était que des débris alimentaires et de l'émail dentaire qu'il abîmait lui-même... Ce dont il n'avait aucune conscience.

Mon médecin admet qu'il ne peut pas tout savoir

Un bon médecin ne doit pas rester dans l'incertitude d'un diagnostic ou d'un traitement, car c'est le malade qui en pâtit. Même si le médecin a fait tout son possible pour être performant, il se peut – pour des raisons qu'il ignore à ce stade – qu'il soit incapable de comprendre ce qu'a son patient. Dans ce cas, il est normal qu'il demande un avis complémentaire. Il est rare qu'un médecin spécialiste demande l'avis d'un confrère de la même discipline, sauf si celui-ci est un médecin hospitalier et/ou professeur de médecine, avec un savoir plus étendu et une expérience différente de cas particuliers.

Le médecin généraliste aura parfois besoin de l'avis d'un rhumatologue pour étiqueter une maladie inflammatoire des articulations qu'il n'arrive pas à définir, ou d'un gastro-entérologue pour des troubles digestifs qui ne font pas la preuve de leur étiologie. Souvent, le passage à un spécialiste découle tout simplement d'une démarche parfaitement réalisée par le médecin qui a posé le bon diagnostic et dont le traitement passera par exemple par un geste invasif d'endoscopie, ou un acte chirurgical que, bien évidemment, le médecin ne pratique pas.

Un médecin ne peut tout savoir. Une grande qualité est de savoir reconnaître ses limites. Un médecin qui n'adresserait jamais aucun malade à un confrère spécialiste ou à un hôpital est un médecin qui n'a pas conscience que d'autres praticiens plus spécialisés que lui pourraient apporter une réponse face à une maladie soit particulière, soit à une maladie

d'expression simple, mais dont les causes sont multiples. Il ne devrait pas y avoir de honte ou de sentiment d'échec chez un médecin qui s'avouerait impuissant à établir le diagnostic d'une maladie ou à proposer un traitement efficace. Le bon médecin sait que, là où il a échoué, d'autres pourront réussir. Le bon médecin ne doit pas s'entêter dans l'échec. Il doit suivre un raisonnement logique qui devrait le conduire à envisager, soit une erreur diagnostique, soit un mauvais choix du traitement en cas d'impuissance face à la maladie de son patient. Il arrive parfois, et c'est regrettable, que des patients soient conduits à suivre pendant plusieurs mois des traitements inefficaces, pour la seule raison que le diagnostic initial était erroné. Se tromper de diagnostic est pardonnable, persister dans l'erreur ne l'est pas.

Il y a donc forcément quelque part quelqu'un qui en connaît plus sur le sujet que vous, que votre médecin. En connaître plus ne signifie pas être capable de prendre en charge un malade le mieux possible. Car de la théorie à la pratique, il y a un écart important, celui de l'humain. Le médecin n'est pas un scientifique comme les autres, car sa « matière première », ce sur quoi il exerce son savoir, ce sont des êtres humains, avec leur variabilité, leurs propres connaissances, leurs secrets. C'est ce qui rend impossible à un biochimiste ou à un biologiste très pointu de poser un diagnostic et de traiter un malade, ne serait-ce que de révéler ses symptômes.

Alors, oui, lorsque la situation l'impose, lorsque l'inquiétude du malade y pousse, un avis ou des avis complémentaires seront requis auprès de confrères de la même spécialité ou pas, mais qui pourraient avoir une approche différente de la maladie, ou apporter un savoir nouveau.

La médecine, comme toutes les connaissances, est infinie. La quantité d'informations à intégrer lors de la formation médicale, tout comme celles qu'ajoutent l'expérience et, surtout, les nouvelles découvertes et le progrès des technologies, est telle qu'il n'est pas possible de tout connaître. C'est pourquoi, en médecine, c'est aussi et surtout le raisonnement médical qui doit être mis en œuvre, se basant sur ces connaissances certaines ou des hypothèses.

Le médecin connaît, comme de nombreux professionnels, des impasses, c'est-à-dire des secteurs d'activité où il est un peu moins performant, ou, plutôt, où il connaît moins de choses. Il est normal qu'un médecin français connaisse mal les maladies infectieuses tropicales. Dans ce cas, il doit

pouvoir se référer à des ouvrages ou des publications médicales et, avec les symptômes que le malade présente, remonter jusqu'à la maladie elle-même.

Il est aussi normal qu'un médecin ne connaisse pas toutes les posologies, c'est-à-dire les doses qui ont été établies pour chaque médicament. C'est d'ailleurs tout à fait à son honneur s'il compulse régulièrement le dictionnaire médical Vidal avant de finaliser une ordonnance. Il fut un temps où le fait d'ouvrir un livre en présence du malade était mal vu de ce dernier, qui pensait que son médecin était un ignorant. Aujourd'hui, il me semble que cela passe plutôt pour un signe de sérieux, d'application, de sécurité de la part du médecin.

J'ai divorcé à cause de cette fichue mycose !

En fermant la revue médicale que j'avais prise dans la pile de courrier et que je venais de consulter, après avoir lu l'éditorial qui avait attiré mon attention car il parlait des erreurs diagnostiques et des conséquences qu'elles pouvaient avoir, je ne pensais pas être immédiatement confronté à un problème simple, mais hélas d'évolution catastrophique.

Les hommes consultent en général peu en dermatologie, lorsqu'ils ont la trentaine. On voit plus souvent des adolescents, ou des personnes plus âgées. Que pouvait-il arriver à ce grand gaillard ayant l'allure d'un bûcheron, élégamment vêtu, qui en fait travaillait à la SNCF, faisant des trajets internationaux, Paris-Londres ou Paris-Cologne ? Il consultait pour une mycose dont les médecins n'arrivaient pas à venir à bout.

« Une mycose dans un endroit mal placé, dit le malade qui commençait à défaire sa ceinture.

– Non, ne vous déshabillez pas tout de suite, nous verrons plus tard. Racontez-moi quand c'est apparu, quels sont les signes que vous ressentez, qui vous avez consulté, et quels traitements vous avez reçus.

– J'ai attrapé cette mycose il y a trois ans, quasiment du jour au lendemain. J'étais rouge sur les parties, mais surtout dans les plis de chaque côté, et au bout de la verge.

– Sur le gland, vous voulez dire ?

– Oui, des taches rouges avec de la peau qui part.

– Est-ce que vous ressentez des démangeaisons ?

– Oui, ça me gratte, surtout le soir en rentrant du travail. »

Au moment où je m'apprêtais à noter la liste des traitements que le malade avait reçus, ce dernier sortit de sa sacoche un sac en plastique rempli de tubes déjà entamés, vides pour certains, qu'il déversa sur mon bureau. Au moins une vingtaine de tubes. Une quinzaine de crèmes médicamenteuses, et cinq à six produits cosmétiques, dont on se demande ce qu'ils viennent faire dans la prise en charge thérapeutique d'une maladie, les cosmétiques restant limités aux soins d'une peau saine. De l'argent dépensé inutilement, et une prise en charge inefficace. S'ils venaient en complément d'un véritable traitement, pour consolider la guérison et éviter des rechutes, ils auraient tout leur intérêt, mais les considérer comme de nature à guérir une maladie dermatologique est un leurre. Un leurre onéreux.

Ce qui était curieux, c'était que tous les tubes de crèmes médicamenteuses étaient de la même nature : des antifongiques, autrement dit contre la mycose. Il est vrai que le malade s'était présenté comme ayant une mycose. Mais une de mes petites phrases favorites me vint immédiatement à l'esprit : « Toute prétendue mycose qui ne répond pas à un traitement antifongique n'est pas une mycose. »

La poursuite du questionnement me permit d'obtenir suffisamment d'éléments sur l'histoire des symptômes, les antécédents familiaux, les effets ou les non-effets des traitements, pour échafauder une hypothèse, un diagnostic. Avant même d'avoir examiné le patient, je me hasardai :

« Cher monsieur, votre problème dermatologique va disparaître en quinze jours, même si cela fait trois ans que vous en souffrez. Vous n'avez pas eu le bon diagnostic. Je vous donnerai le mien juste après avoir vérifié certains points par votre examen clinique complet. Déshabillez-vous, et allongez-vous sur la table d'examen, s'il vous plaît.

– Ne me dites pas ça, docteur ! C'est affreux. À cause de cette maladie mal placée, ma femme m'a quitté !...

– Votre femme vous a quitté pour ce problème cutané ?

– Oui. Comme c'est placé aux parties et sur la verge, ma femme croyait que je la trompais. J'ai eu beau lui expliquer, lui jurer que non, elle m'a fait

des scènes de jalousie terribles devant les enfants. Ma vie est finie à cause de cette foutue maladie... »

Il m'a suffi d'examiner le jeune homme qui s'était allongé, de regarder ses coudes et ses genoux, avec des plaques squameuses, et d'observer ses ongles ponctués de petits trous – il avait presque tous les symptômes du psoriasis, c'était juste cela !

« Tirez la langue ! »

Là aussi, la langue était géographique, c'est-à-dire que sur sa surface était dessinée comme une carte de géographie, avec des régions rouges délimitées par une bordure blanche. De plus, elle était fissurée – ce qui était un autre trait de cette maladie.

« Est-ce que vos parents ont du psoriasis ?

– Oui, mon père en a sur le dos et les genoux. Mais moi, docteur, ce n'est pas pareil ; ce sont des plaques rouges, vernissées, dit-il en écartant les bords de son slip pour montrer ses plis inguinaux.

– En effet, ce que vous avez au niveau génital ne ressemble pas aux plaques de psoriasis que l'on peut avoir sur le corps, mais c'est simplement l'aspect du psoriasis dans ces endroits, qu'il faut bien connaître. Car si on ne vous examine pas en essayant de trouver des petites rougeurs squameuses sur les coudes et les genoux, on peut se tromper et penser à une mycose. »

Tout en poursuivant méthodiquement mon examen, je pensai aussitôt à cette phrase culte d'un film humoristique : « On peut tromper une fois mille personnes, mais on ne peut pas tromper mille fois une personne¹. » Ce qu'il y avait de déplorable, dans cette histoire, c'était que l'inefficacité totale des traitements contre les champignons, pourtant à chaque fois prescrits selon les règles, n'avait mis la puce à l'oreille à aucun des dix médecins que le patient avait consultés. Chacun avait été incapable d'imaginer une autre maladie qu'une mycose pouvant se trouver au fond d'un pli.

En une dizaine de jours sous traitement local du psoriasis, ce pauvre jeune homme était guéri. Mais le soir même de cette consultation, avant de m'endormir je pensai à lui, dont la vie avait été détruite par une succession d'erreurs diagnostiques. Est-ce que mes confrères avaient conscience d'avoir brisé une famille ? En fait, ce qui avait facilité cette prise en charge inefficace avait été que ce malade, ne voyant pas de guérison, consultait,

non pas le médecin dont il était en train de suivre le traitement, mais un nouveau médecin à chaque fois, qui soit ne s'enquérât pas des traitements antérieurs, soit n'avait pu en avoir connaissance, parce que le malade en avait oublié le nom.

Par confraternité, j'adressai un courrier à chacun des médecins. Ainsi, ils connaîtraient la fin de cette histoire, et donc le diagnostic de cette dermatose des plis si difficile à reconnaître. Mais peut-être n'avaient-ils pas le souvenir de ce patient, car son cas pouvait être ancien dans leur mémoire. Et très certainement n'avaient-ils jamais imaginé que leur erreur put se révéler à ce point préjudiciable. Et, même si cette phrase n'est pas totalement démontrée, il a été rapporté dans un article d'un magazine médical que, « quand un médecin vous diagnostique une mycose, il ne s'agit pas d'une mycose dans 70 % des cas ». Je vous laisse méditer...

Mon médecin se remet constamment en question et persévère

La bonne prise en charge d'un malade demande beaucoup de détermination. Car, contrairement à ce que l'on croit, tout ne se résout pas dans l'espace des quinze ou vingt minutes de la consultation. Certes, certaines pathologies, notamment aiguës, peuvent être abordées dans ce laps de temps, et une solution peut être trouvée immédiatement.

Si l'on prend l'exemple de l'angine, affection bactérienne des voies aériennes supérieures, due à un streptocoque A bêta-hémolytique, la question sera : « S'agit-il bien d'une angine bactérienne ? » À ce stade, il est peu vraisemblable qu'il y ait des complications telles que celles qui sont connues comme la glomérulonéphrite (atteinte des reins, qui conduit à perdre de l'albumine dans les urines), le rhumatisme ou l'endocardite (maladie de la membrane qui recouvre les cavités du cœur, mais aussi des valves cardiaques). Il suffit alors de choisir le traitement antibiotique sur la base de ce que l'on connaît quant à la sensibilité de la bactérie à ces médicaments, et en évitant de prescrire une molécule à laquelle le patient serait allergique. Peu d'interférences avec des pathologies associées. Ainsi, le malade peut quitter le cabinet confiant, et être assuré de guérir dans un laps de temps de huit jours.

Cependant, si l'on veut être puriste et garantir une sécurité maximale, il faudra se rappeler que cette infection peut révéler un état d'immunosuppression, c'est-à-dire survenir chez une personne dont les défenses immunitaires ont pu être altérées par une maladie comme une leucémie, et notamment, chez l'enfant, une leucémie aiguë lymphoblastique. Ces circonstances sont rares, mais, pour autant, il serait

dommageable de ne pas les dépister au moment où une manifestation telle que l'angine se présente. Cela signifie que le médecin doit garder cette possibilité à l'esprit et soigneusement examiner le malade – non seulement sa gorge, mais la totalité de son corps, à la recherche d'un purpura (des taches violettes qui signeraient un abaissement du nombre des plaquettes sanguines), d'adénopathies, c'est-à-dire de ganglions et d'une grosse rate –, et devra au moindre doute faire réaliser une prise de sang. Ainsi, le temps consacré au patient sera largement supérieur au temps habituel de la consultation.

Par ailleurs, nombreuses sont les pathologies – du moins les symptômes – dont le diagnostic n'est pas évident. Tel malade souffrira de douleurs articulaires dont il faudra préciser l'origine. Rhumatisme inflammatoire et lequel ? Symptôme entrant dans le cadre d'une maladie plus générale comme une collagénose (c'est-à-dire une maladie générale, que l'on appelle systémique, touchant différents organes et portant les noms de lupus, polyarthrite, sclérodermie, angéite...) ? Simples douleurs d'ordre mécanique ? Tel autre souffrira d'une diarrhée chronique qui ne peut être considérée comme devant être traitée par un simple médicament symptomatique (un anti-diarrhéique), mais qui, si elle est bien chronique, devra faire passer en revue plus d'une cinquantaine de maladies. Le temps de la consultation n'est plus suffisant. Il faudra revoir le malade, notamment pour suivre l'évolution, la persistance du symptôme, l'apparition d'autres signes, et prendre connaissance des manifestations autres, ou nouvelles susceptibles de survenir.

Et puis, dans certains cas, une pathologie peut en cacher une autre. Le médecin et le malade s'investissent dans une hypothèse, poursuivent leur intuition ou leur certitude en prescrivant pour l'un et en suivant le traitement pour l'autre. Les suites évolutives seront à considérer : amélioration voire guérison, ou persistance des signes. C'est alors que le médecin ne doit pas abandonner sa prise en charge. Ne jamais baisser les bras.

Je me souviens de cette jeune patiente de 14 ans qui souffrait d'une pelade décalvante totale. Elle avait vu tomber la totalité de ses cheveux et de ses sourcils en moins d'un mois, et un médecin lui avait déclaré : « On ne peut plus rien pour toi. Tu vas devoir t'y habituer et, de toute façon, tu es très mignonne comme ça ! » Cette jeune fille m'avait déclaré quelques

années plus tard, alors qu'elle avait retrouvé une magnifique chevelure, que, ce jour-là, le monde s'était « écrasé à ses pieds », et qu'elle avait envisagé le pire, c'est-à-dire le suicide.

Un médecin ne peut et ne doit pas tirer de telles conclusions, à moins de considérer qu'il est le seul, qu'il est unique, et que, s'il ne sait pas traiter, personne d'autre ne le saurait mieux. C'est aussi faire fi de l'évolution naturelle des maladies, avec possibilité de guérisons spontanées. À quoi bon inquiéter des malades en leur décrivant le pire ?

Cette jeune fille s'était confiée. Avec une prise en charge très approfondie, en recherchant toutes les maladies qu'elle pouvait avoir et qui sont moins bruyantes que cette alopecie totale, en prenant en compte une souffrance morale, en maniant avec tact les médicaments immunosuppresseurs, en quelques mois, ce qu'on lui avait prédit ne s'est heureusement pas réalisé : elle a retrouvé ses cheveux. Nous avons décelé une infection gastrique et des intolérances alimentaires, ainsi que des carences. Toutes ayant été traitées, le processus de guérison a commencé.

Le médecin doit soulager la souffrance – c'est ce que dit le serment d'Hippocrate –, et certainement pas déclencher lui-même une souffrance psychique. Les choses ne sont jamais définitivement ancrées. Des maladies que l'on pensait incurables se guérissent aujourd'hui mieux que la plus bénigne des pathologies. Même si le traitement n'est pas suffisant, même s'il semble que l'on stagne dans la progression vers la guérison, un médecin ne peut jamais abandonner un malade et le renvoyer en lui disant : « Je ne peux plus rien pour vous. » Devant un tel constat d'échec, il est du devoir du médecin d'adresser ce malade à un confrère, à un spécialiste, à un hôpital. C'est au médecin de chercher à qui confier son malade, car le patient a choisi *ce* médecin, *son* médecin. Il y a un contrat tacite entre le malade et le médecin, et la part du contrat du médecin se respecte en n'abandonnant jamais son malade.

« Mes articulations sont toujours douloureuses »

Depuis plusieurs années, j'avais l'habitude de signer tous les six mois un courrier relatant l'examen clinique et les résultats des analyses biologiques d'une jeune patiente, à ce moment âgée de 15 ans, qui souffrait d'un lupus érythémateux. Cette maladie générale, systémique, se manifeste par une

sensibilité au soleil, des douleurs articulaires inflammatoires, et bien d'autres signes encore.

Cette jeune patiente, que je n'avais encore jamais vue mais qui était prise en charge dans le service que je dirigeais, n'allait pas si mal que cela, à la lecture du compte-rendu de ses hospitalisations successives. Elle bénéficiait d'un traitement par les fameux antipaludéens de synthèse – le traitement de référence de la maladie.

Et, pourtant, depuis bientôt quatre ans, alors que son lupus semblait en rémission, elle souffrait de terribles douleurs articulaires, dont l'intensité et la résistance au traitement n'étaient pas relatées dans les courriers. Ainsi lisait-on dans les comptes-rendus d'hospitalisation : « Maladie lupique stable, mais persistance des douleurs articulaires. Maintenir le traitement de fond, et associer des antalgiques ou anti-inflammatoires. »

Ce raisonnement pouvait se tenir. Sauf que les douleurs articulaires n'avaient rien d'inflammatoire. Ce n'était pas les douleurs articulaires d'une maladie auto-immune. Il suffisait, pour s'en assurer, de poser quelques questions... « Vos douleurs sont-elles plus importantes le matin ? Nécessitent-elles un dérouillage matinal, ou surviennent-elles plutôt en cours de journée, en relation avec vos activités ? » Une réponse positive à la deuxième question démontrait que ses douleurs n'étaient pas en relation avec la maladie sous-jacente. Ainsi, pendant des années, cette jeune fille avait reçu un traitement pour une maladie qui s'était éteinte depuis longtemps, traitement qui, bien sûr, n'était pas efficace, sans que le diagnostic fût réenvisagé.

Un jour, ma secrétaire reçut un e-mail très long de la mère de cette patiente, que je n'avais jamais rencontrée. Elle demandait mon avis, mon expertise, et souhaitait me voir en consultation rapidement, tant les douleurs de sa fille étaient intolérables. En lisant cet e-mail, j'étais d'ores et déjà convaincu qu'il ne pouvait s'agir de douleurs en relation avec la maladie lupique, car, en regardant à nouveau le dossier, non seulement j'avais la conviction que la maladie était éteinte, tant sur le plan clinique que sur le plan biologique, mais, surtout, les douleurs n'en avaient pas les caractéristiques. Je donnai donc très rapidement un rendez-vous à cette jeune fille.

Lorsque je la vis en consultation, accompagnée par sa mère, je sentis deux personnes effondrées, cherchant une aide et une solution à ces terribles

douleurs. Quand les articulations atteintes par le syndrome algique me furent signalées (il s'agissait des genoux, des épaules), je questionnai : « Avez-vous déjà fait des entorses, ou même des luxations, c'est-à-dire des déboîtements d'articulations ? » Aussitôt, la réponse fut affirmative et, tout en l'exprimant, la jeune fille fit sortir son humérus de sa glène, c'est-à-dire de la cupule réceptrice de son articulation de l'épaule, humérus qui se déboîta et se mit en avant. Il s'agissait d'une luxation provoquée par la patiente très facilement, de façon non douloureuse, ce qui témoignait d'une hyperlaxité articulaire.

Je poursuivis mon questionnement en interrogeant chacune des articulations, et quelle ne fut pas ma surprise de découvrir la possibilité qu'avait cette jeune fille de faire sortir son articulation de la hanche de sa cavité ! Ainsi, elle était capable de se disloquer quasiment complètement, et de remettre en place ses articulations. Dans le même temps, elle me montrait qu'elle pouvait faire une arche de pont en se penchant en arrière, les mains bien à plat sur le sol. Toutes ces figures sont celles que l'on peut voir dans les cirques. Elle n'en était pas capable au terme d'un long entraînement, mais c'était bien chez elle un état pathologique préexistant, qui fait que le tissu de soutien, le tissu des articulations, le tissu collagène, se trouve extrêmement élastique. Ce qui n'est pas sans conséquence pour le fonctionnement des articulations : lorsque cette hyperlaxité se trouve au niveau du rachis cervical, on conçoit à la fois les difficultés à maintenir la tête en bonne position, mais aussi les risques neurologiques que cela peut produire...

Cette maladie dont j'allais immédiatement poser le diagnostic – la maladie d'Ehlers-Danlos – a longtemps été considérée comme rare. À tel point que de nombreux médecins la méconnaissent.

Il est clair que, si l'on ne pose pas les questions appropriées, on ne trouve pas ce tableau clinique particulièrement démonstratif qui va conduire à la recherche d'autres anomalies, tant au niveau de la peau (avec des cicatrices apparaissant pathologiques) qu'au niveau vasculaire (où de possibles anévrysmes, c'est-à-dire des dilatations des artères peuvent être observées, avec des risques de déchirures, et donc d'hémorragies internes).

Cette maladie est sortie du cadre des maladies rares grâce aux efforts des associations de malades qui voulaient être reconnus pour leur handicap et, surtout, leurs douleurs. Ils pâtissaient du manque d'écoute et de la difficulté

d'obtenir un diagnostic. En effet, souvent, dans l'esprit des médecins, ces patients devraient avoir une morphologie particulière. Or ce n'est pas le cas : il s'agit de monsieur ou madame Tout-le-monde, sans particularités anatomiques.

Compte tenu de la complexité de la classification de ce syndrome, j'adressai cette jeune fille au centre de compétence¹ le plus proche, lequel confirma mon hypothèse. Ainsi, nous avons une cause à ses douleurs articulaires, et il ne s'agissait pas d'un lupus érythémateux. Nous pûmes supprimer les traitements inutiles de la maladie inflammatoire, pour nous consacrer, pour cette jeune patiente à une prise en charge orthopédique, kinésithérapique, antalgique, faisant appel au Centre de la douleur, un service hospitalier qui prend en charge les malades algiques – c'est-à-dire qui ont mal, quelle que soit la cause de la douleur, quel que soit l'organe symptomatique.

Je suis heureux de recevoir régulièrement des nouvelles de ma jeune patiente, qui continue de me remercier d'avoir ouvert la piste du diagnostic, et de lui avoir donné les possibilités d'une prise en charge thérapeutique. Dans de telles maladies, les associations de malades donnent à leurs adhérents des « trucs », des expériences vécues, les solutions aux problèmes divers qu'ils peuvent rencontrer, dont l'appropriation va leur permettre d'avancer, au-delà des préconisations médicales.

Alors que je ne l'avais pas revue depuis trois ans – elle travaille dorénavant en Grande Bretagne –, il y a peu, elle a tenu à me faire part de son amertume, mais aussi de sa colère. Car pendant une dizaine d'années, depuis ses 5 ans à ses 15 ans, elle avait été suivie par deux médecins à qui, avec le recul, elle en voulait beaucoup. Bien sûr elle allait mieux... Mais elle n'avait pas imaginé possible que l'on se soit trompé pendant dix ans sur son diagnostic. Et pourquoi ? Parce qu'on ne l'avait pas écoutée, parce qu'on ne l'avait pas crue. « Ils se sont moqués de moi », m'écrit-elle, car, « chaque fois que je leur racontais mes douleurs terribles, ils me disaient que je simulais, que je pleurais la nuit pour faire venir mes parents à mes côtés, qu'ils avaient l'habitude de voir cela, et que rien ne permettait d'expliquer des douleurs telles que je les rapportais. À la fin, ils me voyaient en cinq minutes, ne faisant que renouveler un traitement parfaitement inefficace comme je leur disais ».

J'étais touché par son témoignage, mais moi, j'étais aussi en colère contre moi-même. J'ai signé, ou du moins contre-signé, les courriers d'hospitalisation de cette jeune fille, et, bien que, lors des signatures de courriers, j'aie à plusieurs reprises posé des questions, que je me sois interrogé sur l'existence d'une autre maladie, sur les raisons pour lesquelles le traitement n'agissait pas sur ses douleurs, bien que, chef de service, je n'aie aucun pouvoir, aucune autorité hiérarchique pour remettre en cause et critiquer le travail d'un confrère, il me semblait qu'il y avait eu échec. Mes suggestions étaient rejetées, et j'ai alors ressenti ce que l'on appelle le « pouvoir médical », cette autorité qui fait que nul ne peut contester l'avis d'un médecin, pas même un chef de service. Je pensais, à tort, que l'on me solliciterait pour obtenir mon avis, notamment parce que la prise en charge, là, était un échec.

Si la maladie d'Ehlers-Danlos est méconnue, c'est parce qu'elle n'est quasiment pas enseignée à la faculté, et que les cours sur cette maladie sont caricaturaux, ne permettant de déceler que certaines formes majeures. Or c'est parce que rien n'est anodin en médecine, parce que je m'intéresse au moindre signe, le plus insignifiant, que j'avais décelé des formes peu visibles de cette maladie, tout en posant les bonnes questions au malade.

Mon médecin est mon avocat en toutes circonstances

La plupart des compagnies d'assurances font appel à des médecins qui sont soit leur salarié, soit des médecins indépendants qu'ils mandatent pour leur expertise. Lorsque vous sollicitez un emprunt bancaire pour l'achat d'un bien immobilier, vous devez remplir un questionnaire de santé. Si celui-ci révèle une pathologie chronique, des hospitalisations antérieures, et ce parce que vous l'avez mentionné, votre dossier sera confié à un médecin de la compagnie, qui évaluera le pronostic, c'est-à-dire les risques en termes de morbidité (survenue de complications de vos maladies ou de nouvelles maladies), voire en termes de mortalité, c'est-à-dire de longévité.

Pour établir leur expertise, ces médecins vont vous demander, ou demander directement à votre médecin traitant, ou à la clinique, ou au centre hospitalier où vous avez été suivi, le compte-rendu de vos consultations, interventions, et vos prises en charge antérieures. Ils le font parfois directement sans vous en informer, comptant sur le zèle dévoué d'une secrétaire. Or, aucun médecin n'est autorisé à transmettre des informations médicales vous concernant sans votre accord. Mais, malheureusement, certains médecins l'ignorent ou, dans certains cas, des documents tels que des comptes-rendus d'hospitalisation sont directement envoyés par les secrétariats à ces médecins-conseils, sans que ni votre médecin ni vous-même en ayez connaissance. Cela peut vous occasionner de graves préjudices, et il faut être particulièrement vigilant !

En revanche, si votre assurance vous demande à vous personnellement de tels documents, vous n'êtes pas tenu de les communiquer, considérant que le secret médical est au-dessus de toute autre considération. Ou vous

pouvez demander à votre médecin traitant de le faire, surtout lorsque vous pensez que rien, dans ces comptes-rendus, ne vient s'opposer à votre assurance de prêt, ou justifier l'augmentation de son coût.

Attention, le médecin de l'assureur travaille pour l'assureur !

Ce qui est arrivé à ce patient, victime du zèle d'un médecin-conseil, est proprement incroyable.

Cet homme de 32 ans, jeune père de famille travaillant dans la distribution de matériel électronique, se voit couvert d'eczéma quasiment du jour au lendemain, avec des démangeaisons intenable et des rougeurs qu'il ne peut dissimuler, car elles apparaissent tant au niveau du visage que sur les mains.

Durant plusieurs consultations, il se voit prescrire des tubes de crème corticoïde, des « pommades à la cortisone », comme disent les patients. Or, ceux-ci ignorent que les corticoïdes sont des molécules de synthèse à l'action anti-inflammatoire puissante, alors que la cortisone est une hormone naturelle produite par la glande surrénale dans l'organisme, dont le rôle est avant tout de réguler de nombreuses fonctions métaboliques. Ce n'est donc pas de la cortisone qui est délivrée, mais des corticoïdes de synthèse, à l'action anti-inflammatoire beaucoup plus puissante.

Pourtant, ce malade ne voit pas d'amélioration à ses symptômes. En effet, en ne traitant que le symptôme, on a peine à croire que les problèmes vont se résoudre spontanément, même si, parfois, cela peut être le cas, la cause ayant disparu d'elle-même. Pourtant, la dermatose de ce patient ne fait que s'aggraver, notamment parce que, de surcroît, il a une pression importante dans son travail et parce qu'il a contracté des emprunts bancaires pour construire une maison.

Sur les conseils d'une amie qui avait traversé le même parcours, il est dirigé vers ma consultation et, sans rechigner, il accepte les trois mois de délai que mon agenda fort rempli lui impose. Notre rendez-vous emprunte toutes les étapes classiques de la consultation, avec une longue phase d'interrogatoire, au cours de laquelle je cherche des antécédents personnels de manifestations de type allergique. Je l'interroge sur sa petite enfance, pour savoir s'il n'a pas eu à cette époque des éruptions de la sorte. Il croit se

rappeler que, vers l'âge de 7 ans, il a souffert pendant quelques semaines à peine d'un eczéma au niveau des mains. Ce sont des souvenirs lointains. S'agissait-il d'un eczéma ? S'agissait-il d'une autre maladie ? Et, si c'était un eczéma, était-il de cause externe par allergie de contact, ou s'agissait-il d'un eczéma dont le déterminisme était intrinsèque ? Beaucoup d'incertitudes et, pourtant, cette information m'est utile pour construire un diagnostic étiologique, c'est-à-dire le diagnostic de la cause de l'eczéma qu'il présente actuellement.

Après la phase d'interrogatoire vient la phase de l'examen clinique, qui me conforte dans la possibilité d'une éruption en relation avec une allergie alimentaire. Enfin, je prends connaissance des examens biologiques antérieurs et de la prescription thérapeutique.

Dans mon compte-rendu, comme le ferait un spécialiste détaché sur le site d'un accident aéronautique, j'inscris toutes les petites choses recueillies par le questionnement, par l'examen clinique et par la lecture de la biologie, pour y faire apparaître le diagnostic d'une dermatite atopique d'origine intrinsèque, liée à une allergie alimentaire. Ce ne sont que des suppositions, une proposition de diagnostic qu'il convient de vérifier par les modalités thérapeutiques qui en découlent. À aucun moment je n'ai la preuve de l'existence de cet eczéma à l'âge de 7 ans : est-il sûr que c'est lui qui était concerné et non son petit frère ? Je n'ai aucun élément pour m'assurer non plus qu'il s'agit d'un eczéma et non d'une autre dermatose, par exemple infectieuse... Pour mon analyse et la recherche de la cause de son eczéma, et afin de convaincre son médecin, voire le malade lui-même, que la raison de ses vésicules suintantes des deux mains provient du tube digestif, là où se développe depuis des années une allergie alimentaire, il me faut mettre le maximum d'arguments dans le panier, et donc celui-ci : cette éruption eczématiforme à l'âge de 7 ans. Or, cette argumentation, cette prise en charge que j'estime optimale, car construite pas à pas, a été dans le cas présent préjudiciable à ce malade.

En effet, sollicité par sa compagnie d'assurances pour obtenir tous les documents médicaux le concernant, le patient s'adressa directement au secrétariat du service et lui demanda d'envoyer, non pas à lui mais directement à sa compagnie d'assurances, le compte-rendu de la consultation, qui ne peut, pense-t-il, absolument pas lui être préjudiciable, s'agissant d'un événement aigu qui, de surcroît, a disparu grâce au

traitement que je lui ai donné. Un traitement basé sur l'éviction de l'aliment en cause – ici, les pommes et les autres fruits qui partagent avec elles des allergènes communs (pruneau, noisette, abricot, poire, pêche...) – et sur la prise d'une molécule qui bloque les allergies au niveau intestinal. La secrétaire dévouée s'acquitte de cette tâche et, pour ne pas me déranger, ne m'en fait pas part. Elle envoie le compte-rendu directement à l'adresse de la compagnie d'assurances indiquée.

Quelques semaines plus tard à peine, je reçois un appel téléphonique de mon patient. Il n'est pas mécontent, car nous n'avons pas fait d'erreur, ni la secrétaire ni moi-même, nous avons répondu à sa demande, mais, personnellement, je pense que nous n'avons pas été assez vigilants. Il nous déclare que sa compagnie lui fait le reproche d'avoir dissimulé son passé médical. Car, en effet, il n'a jamais dit à quiconque qu'il avait eu un eczéma à l'âge de 7 ans, notion que j'ai portée dans mon courrier. Mais, enfin, comment aurais-je pu imaginer que le médecin de la compagnie d'assurances relève la notion de cet eczéma des mains à l'âge de 7 ans que j'ai mentionné comme hypothèse, et la retienne pour signifier au patient qu'il a, lors de sa souscription à son assurance santé (privée, le malade travaillant en Suisse), rendu un questionnaire de santé obsolète, mensonger (tels furent les termes utilisés). Tout cela parce qu'il a omis de rappeler ce passé médical – dont le souvenir ne lui est revenu que parce que mes questions étaient insistantes. « Monsieur, écrit le médecin-conseil, vous avez omis de nous signaler vos antécédents d'eczéma dans votre enfance, et, ainsi, vous présentez des facteurs de risque qui font que votre prime d'assurance sera majorée de 20 %. »

Offusqué que l'on puisse ainsi pénaliser un patient pour un antécédent hypothétique, une maladie, ou même, plutôt, un symptôme, non confirmés, non vérifiés, peut-être improbables, en ne s'appuyant que sur mes seuls écrits (pourquoi ne me serais-je pas trompé en rapportant une donnée d'information médicale qui concernerait un autre patient ?), je fis part de ma contestation au médecin de l'assureur. Celui-ci me répondit qu'il ne faisait que son travail et refusa de revenir sur sa décision, prenant pour argent comptant le compte-rendu de la consultation que j'ai faite.

Ainsi, s'il est important de tout dire à son médecin, et de répondre le plus précisément possible à toutes ses questions, il faut être extrêmement

vigilant sur les données, les documents qui seront transmis à des tiers, dont on ne sait quel usage ils peuvent en faire. Dans un tel cas, si mon attention avait été attirée sur ce risque, j'aurais certainement réécrit ce compte-rendu en omettant tout le passé médical de ce patient, car, à vouloir être bon médecin, je me suis trouvé pénaliser ce jeune patient père de famille qui travaillait d'arrache-pied pour construire la maison de ses rêves.

Être l'avocat de son malade, c'est avant tout l'écouter et le comprendre. Puis organiser autour du malade la meilleure prise en charge, en le confiant le cas échéant à des experts, des médecins plus qualifiés que soi-même. Mais c'est aussi participer à la défense d'un malade qui aurait à subir des faits en relation avec sa maladie. Par exemple un rejet de l'école pour un enfant qui aurait une allergie alimentaire, un non-renouvellement de contrat pour un employé parce qu'il a une maladie de peau affichante, etc.

Il fut un temps où un médecin, et à plus forte raison un professeur de médecine, était écouté. On respectait ce qu'il disait, et on a vu des médecins du travail, au nom des employeurs, revenir sur des décisions parce qu'ils avaient intégré les informations supplémentaires fournies par leur maître. Mais aujourd'hui, on trouve peu de professionnels pour se mouiller, pour contester, pour « grogner » dans le seul but d'aider une personne malade.

Être l'avocat de son malade, c'est aussi lui indiquer ses droits, et être à ses côtés en cas de besoin. Car nous sommes, nous médecins, les personnes qui connaissons le mieux des pans secrets de nos patients. C'est donc à nous de leur rendre cette confiance qu'ils nous accordent, et de les défendre en plaidant leur cause dans le respect de la déontologie.

II

ÊTES-VOUS
UN BON PATIENT ?

J'apporte toutes mes analyses à mon médecin

Quels que soient leur état de santé, leur rapport à la maladie et leur niveau social, les malades ont une relation très particulière avec les examens complémentaires, et notamment avec les résultats de leurs analyses de sang. Alors que les factures de téléphone ou d'électricité sont soigneusement perforées, classées par ordre chronologique, et conservées durablement (parfois toute la vie !), les analyses biologiques, elles, sont dispersées on ne sait où, souvent pliées en quatre (quand ce n'est pas en huit), très fréquemment laissées dans les enveloppes – sur lesquelles le malade aura même inscrit la date du jour de l'examen, alors qu'il figure clairement sur la feuille de résultats.

J'ai observé que, parfois, avant une consultation, le malade faisait le tri de ses résultats, qu'il en mettait certains de côté en les retirant de la chemise où ils étaient rangés. Combien de fois me suis-je demandé pourquoi ce patient avait retiré le compte-rendu de la biopsie de peau qu'il avait eue, ou bien les résultats de la prise de sang prescrite par l'endocrinologue. Quels ont pu être les raisons ou les critères de ce choix ? Soit le résultat lui paraissait normal, et il n'avait donc pas d'intérêt à ses yeux, soit un taux d'immunoglobulines A, par exemple, lui semblait avoir moins de valeur qu'un taux de cholestérol. En tout cas, une chose est sûre : c'est que la dernière prise de sang était là.

La fameuse dernière prise de sang

Pourquoi la dernière ? Je me suis posé maintes fois la question...

Car il est évident qu'il y aura sur cette feuille de résultats d'analyse uniquement les valeurs des examens qu'a demandés le médecin, et seulement ceux-là. Et s'ils ne consistent qu'en une vérification d'un marqueur d'infection, seules ces informations seront disponibles ! Telle feuille d'analyse n'a pas les mêmes éléments dosés que la précédente. La dernière prise de sang contient parfois des conclusions biologiques qui n'ont aucun intérêt pour le problème qui est posé au médecin aujourd'hui. Comment le savoir ?

Ce n'est pas au patient de déterminer si son taux de marqueur de cancer de la prostate intéresse ou non son médecin. Le malade doit retenir que *tout* intéresse son médecin *a priori*. S'il consulte pour des douleurs osseuses, le taux de ce marqueur aura un intérêt. S'il consulte pour un syndrome grippal, il sera moins pertinent. Mais, en voyant ce résultat, le médecin se montrera curieux, si le taux est anormal, de savoir ce dont le malade souffre au niveau de la prostate ; même si celui-ci avait omis de lui en parler.

Visiblement, le patient porte peu d'attention aux types de tests que la feuille de résultats comporte. Consciemment ou inconsciemment, le public pense que la prise de sang consiste en un prélèvement duquel le biologique va faire ressortir toutes les choses anormales. Or, si la prescription comporte une demande de dosage des anticorps contre l'hépatite, il n'y a aucune raison pour que le biologiste trouve les anticorps du HIV, c'est-à-dire du sida, si ceux-ci n'ont pas été demandés.

Une prise de sang normale ne veut donc pas dire que « tout va bien ». C'est comme si votre garagiste, faisant les niveaux d'huile et de liquide de frein et les trouvant normaux, vous laissait croire que votre voiture est en bon état alors que les vis platinées ou les plaquettes de frein sont peut-être altérées. Mais si celles-ci n'ont pas été testées, comment le savoir ?

Le malade doit donc avoir conscience que ce qui se trouve dans une feuille de résultats d'analyses biologiques n'est que la traduction de la prescription du médecin, et que chaque feuille de résultat est différente. En apporter une au hasard, ou bien la dernière, prive le médecin de nombreuses informations qui peuvent figurer sur des analyses plus anciennes.

Par ailleurs, les analyses biologiques n'ont pas seulement un intérêt ponctuel. Il est utile de connaître le taux de certains paramètres sanguins ou urinaires avant que la maladie se soit déclarée : il est en effet essentiel de pouvoir constater l'évolution de certains critères dans le temps. Lorsqu'il

s'agit d'une maladie chronique en cours depuis plusieurs mois ou plusieurs années, le médecin comparera le taux avec les valeurs des précédentes prises de sang. Cela lui servira à apprécier non seulement la progression de la pathologie, mais aussi la tolérance et l'efficacité du traitement. Les signes biologiques s'ajoutent aux signes cliniques pour constituer le meilleur diagnostic.

Urticaire et voyage de noces, ou de l'intérêt de garder ses prises de sang

Je me souviens de cette patiente, Béatrice, qui souffrait depuis quinze ans d'une urticaire qu'il était bien difficile de soigner. Elle avait consulté de nombreux médecins. Différents traitements, des plus simples aux plus sophistiqués, lui avaient été administrés. Pourtant, l'urticaire était toujours là, toujours aussi récalcitrante, invalidante dans la vie de tous les jours. Les plaques caractéristiques apparaissaient puis disparaissaient, tantôt présentes au réveil, tantôt ne survenant qu'en cours de journée, la démangeaient et finissaient par la rendre très nerveuse. Combien de fois avait-elle entendu : « C'est nerveux, ça va passer !... C'est le sang ! Tu as dû attraper un microbe... Tu as sûrement une allergie !... »

L'urticaire n'a pas une, mais plusieurs causes possibles. Cela va des maladies parasitaires que l'on a pu contracter plusieurs années auparavant, en passant par des allergies (notamment alimentaires), jusqu'à certaines maladies auto-immunes. J'étais l'énième médecin consulté par cette femme désespérée, et j'espérais bien, avant tout pour elle, que je serais le dernier en trouvant l'origine de cette maladie et le bon traitement.

Je le répète : toute maladie a une cause qu'il faut chercher avec détermination, méthode et parfois acharnement. Je dis bien une *cause*, et pas un mécanisme. Car le mécanisme de l'urticaire est bien connu. Les plaques résultent de la libération de médiateurs comme l'histamine par des cellules appelées mastocytes. En bloquant la libération de cette fameuse histamine, les symptômes régressent... Du moins en théorie, car, en pratique, ce n'est pas toujours le cas, ou cela ne conduit pas systématiquement à soulager les symptômes durablement.

D'ailleurs, en agissant avec le seul traitement des phénomènes directs à l'origine des plaques prurigineuses, on laisse en place la raison même de

cette libération d’histamine par les cellules. Or c’est le plus important, car c’est la *vraie* cause, la vraie pathologie sous-jacente, sournoise, occulte, qu’il faut révéler au grand jour.

« Redites-moi depuis quand vous avez cette urticaire.

– Depuis au moins quinze ans, docteur. Je n’avais pas encore mes enfants. Nous venions juste de nous marier, mon mari et moi.

– Et lui n’a aucune idée de ce qui a pu se passer à ce moment-là ?

– Non, pas du tout.

– Que faisiez-vous à cette époque, comme travail ? Où viviez-vous ?

– Nous étions en location en ville. Nous étions rentrés de voyage de noces depuis à peine quinze jours.

– Nous y reviendrons », dis-je en me frottant le menton, comme un inspecteur qui vient d’entrevoir un indice important et jamais évoqué.

Mais, pour ne pas aller trop vite et susciter un espoir sans fondement, si par hasard l’hypothèse que j’allais envisager l’avait déjà été, ou du moins avait été prise en charge comme telle, je m’enquérirai du nom des médecins rencontrés, de leurs avis et des traitements reçus.

« J’ai consulté tous les spécialistes possibles. Et puis, j’ai fait comme tout le monde : je suis allée voir un homéopathe, un acupuncteur, un ostéopathe... Sans vous dire combien de rebouteux !

– Mais, dites-moi, pourquoi tant de consultations ?

– Docteur, vous ne vous rendez pas compte ! Se lever tous les matins le visage boursoufflé, déformé, les lèvres immondes, les yeux invisibles derrière des paupières, comme des balles de tennis. Et puis les démangeaisons qui ne me lâchent ni le jour ni la nuit !

– Quelles ont été leurs hypothèses ?

– On m’a d’abord dit : “Ne vous inquiétez pas, ça partira comme c’est venu.” Voyez : quinze ans après, je suis toujours là, mais cette saloperie aussi ! On m’a bourrée d’antihistaminiques, me faisant doubler, même tripler les doses. Ah, pour dormir, j’ai dormi ! Quand on me dit que les nouveaux antihistaminiques ne font pas dormir... Puis, l’un des spécialistes qui s’occupait très bien de moi, pensant à une urticaire auto-immune, a fait un traitement nouveau à l’époque, pour éliminer en les filtrant les anticorps responsables de l’urticaire. Ça s’appelle la plasmaphérèse. Comme il a vu

que ça ne faisait rien, mais que je lui disais que le soleil me soulageait un peu, il a fait de la photochimiothérapie extracorporelle¹. Là encore, mis à part le fait que je n'avais plus de veines, je n'ai ressenti aucun soulagement.

– Pendant ce temps-là, vous avez fait des analyses, des prises de sang, j'espère ?

– Oh oui ! J'en ai un paquet. D'ailleurs, j'y ai bien pensé, et je vous ai apporté la dernière.

– La dernière ? Mais pourquoi la dernière ?

– Eh bien, la plus récente, comme ça vous saurez ce qu'il y a !

– Mais, madame, savez-vous ce qu'il y a dans cette prise de sang ?

– Un bilan complet, m'a dit mon docteur... »

Je ne mis pas plus de deux secondes pour m'apercevoir que cette page recto verso ne contenait que des analyses totalement inutiles dans un problème de la sorte. On eût pensé que cette dame était obèse, diabétique, artériopathe, coronarienne et insuffisante rénale, car les seuls dosages qui figuraient étaient la glycémie, le cholestérol, les triglycérides, l'urée, la créatinine et l'acide urique.

« Madame, cette prise de sang-là, avec ces dosages demandés par votre médecin, ne peut pas du tout évoquer l'origine de votre maladie. Jamais le cholestérol ou l'urée, comme les autres paramètres d'ailleurs que je vois ici, n'ont d'intérêt dans une urticaire.

– Docteur, je croyais bien faire !

– C'est surtout la prise de sang d'il y a quinze ans, lorsque la maladie a commencé, qui m'intéresserait. »

Elle qui croyait avoir bien préparé sa consultation, qui se disait qu'en m'apportant ses résultats elle faisait bien, et que j'allais ainsi trouver plus vite le bon diagnostic qu'elle espérait depuis quinze ans... Mais, à cet instant, la patiente venait d'acquérir une notion essentielle : la nécessité de garder *tous* les examens la concernant.

En effet, tout a un début, et même si les symptômes se révèlent bien plus tard, voire même des années après l'apparition de la cause, des informations importantes seront enregistrées à jamais sur les analyses de l'époque.

Je la sentais plongée dans des souvenirs ou des pensées. Elle sortit un stylo et griffonna quelques mots sur sa main, puis elle se redressa et lança

dans un souffle :

« Docteur, je dois déménager la semaine prochaine, et je vais préparer les cartons ce week-end. Je pense ne rien avoir jeté, et j'ai bon espoir de retrouver la prise de sang de l'époque.

– Pas seulement celle-là ! m'empressai-je d'enchérir. Mettez de côté et apportez-moi *tout*, absolument *tout* ce que vous trouverez. »

Tel était notre pacte, qui conclut la consultation, jusqu'à un prochain rendez-vous fixé trois semaines plus tard. La procédure – c'est ainsi que j'ai l'habitude d'appeler la méthodologie employée – étant en place, je n'avais plus à me soucier de cette patiente avant de la revoir. Les trois semaines s'écoulèrent, et j'attendais Béatrice avec curiosité et empressement.

« J'espère qu'elle aura mis la main sur sa biologie de l'époque, m'inquiétai-je. Sinon, que vais-je pouvoir faire ? »

Béatrice arriva au second rendez-vous avec un sac plastique rempli de feuilles de résultats d'analyse dans le désordre. Je commençai par les trier par ordre chronologique, en m'imposant de ne rien regarder pour le moment, car j'aurais pu m'arrêter à un détail sans importance qui m'aurait orienté vers des conclusions hâtives. Une fois ce tri opéré, il ne fut pas difficile – mais ô combien fastidieux ! – de reprendre chacun de ses résultats, et de m'apercevoir qu'une des plus anciennes prises de sang comportait une anomalie éminemment intéressante : 1 280 éosinophiles ! Une élévation du nombre des globules blancs éosinophiles, dont la valeur normale doit être inférieure à 700 ! Cet unique paramètre allait me mettre sur la piste de l'agent causal.

En effet, ces globules blancs ont deux fonctions essentielles. La première est de combattre un parasite en essayant de l'ingérer (on parle de phagocytose) et de le détruire au moyen de ses enzymes, qui sont bien protégées dans de petites vésicules appelées lysosomes. La deuxième est d'ingurgiter les anticorps produits en cas d'allergie, les immunoglobulines E, une fois qu'elles sont liées à l'allergène.

La prise de sang où figurait ce taux colossal des éosinophiles datait du mois d'août 1985. Les prises de sang précédentes et ultérieures ne montraient pas ou plus cette anomalie, sauf celle de décembre 1985, qui lui succédait. Sur celle-ci, les éosinophiles n'étaient pas complètement revenus

à leur valeur normale, car ils étaient à 800. Puis le taux redescendait ensuite dans les 400-500.

Je reconnaissais dans cette évolution des globules blancs éosinophiles – ascension puis diminution et normalisation – la fameuse courbe de Lavier, qui est enseignée en troisième année de médecine, et est caractéristique de l'évolution du nombre de ces globules blancs dans le cadre d'une invasion parasitaire. Or les parasites représentent une cause habituelle et classique d'urticaire. On peut d'ailleurs s'étonner que Béatrice n'ait jamais reçu, même sous forme de traitement remis en aveugle, un médicament antiparasitaire à large spectre.

« Où étiez-vous, quand vous avez fait cette prise de sang ? En France ?

– Oui, docteur, nous revenions de notre voyage de noces en Asie, et je me suis demandé si je n'étais pas enceinte.

– Dans quel pays d'Asie ?

– C'était en Thaïlande, docteur. »

J'avais ainsi des éléments forts précieux : un marqueur d'une infestation parasitaire (le nombre des éosinophiles) et la zone géographique. Il ne me restait plus qu'à savoir quels parasites se trouvent dans cette zone du globe pour en tirer toutes les conclusions.

Dans ces contrées, il existe un parasite du foie assez proche de la douve de nos régions. Il m'a alors suffi d'une seule prise de sang complémentaire et d'une analyse des selles pour confirmer mon hypothèse : Béatrice avait contracté lors de son séjour à l'étranger une distomatose de Chine ou d'Extrême-Orient, dont l'agent s'appelle *Clonorchis sinensis*, aussi nommée petite douve de Chine. Cette maladie due à un parasite était bien la cause de son urticaire chronique, et le traitement du parasite fit disparaître dans les semaines qui suivirent ses plaques et ses démangeaisons.

Il aura fallu quinze ans d'errements diagnostiques pour trouver une cause, certes classique, mais que personne n'avait évoquée, faute d'un interrogatoire policier, et surtout faute d'avoir examiné toutes les prises de sang de cette malade – et particulièrement la fameuse analyse d'août 1985. Un immense gâchis pour une négligence somme toute assez fréquente.

Le dogme du bon patient qui veut qu'il apporte la « dernière prise de sang » ne tient pas face à une histoire telle que celle-ci, où l'on comprend bien que c'est l'analyse de l'époque qui permet de résoudre l'énigme de

l'urticaire de Béatrice. Il faut savoir que, si le médecin, à cette période, n'avait pas été intrigué par cette anomalie biologique, c'est parce que l'urticaire n'était pas encore apparue !

2

J'ai compris qu'un « bilan complet » ne sert à rien

Dans notre monde moderne si obsédé par le principe de précaution, le malade a tendance à croire que les outils de diagnostic que sont les analyses biologiques ou les radiographies vont être les éléments suffisants, les preuves indéniables, le support parfait du diagnostic, et qu'il suffit parfois de faire un « bilan complet » pour savoir ce que l'on a.

On entend souvent dire : « Je vais faire un bilan » ou : « Mon bilan est normal. » Mais de quoi parle-t-on ? Car il n'y a pas d'analyse globale qui s'appelle « le bilan ». Les paramètres, les dosages de protéines, les anticorps que l'on recherche, le laboratoire ne les révélera qui si on applique, par exemple, le réactif correspondant aux anticorps du pneumocoque pour savoir s'ils sont présents, et ce sera parce que votre médecin aura prescrit la recherche d'anticorps antipneumocoque. Il le fera si vous avez un tableau clinique de pneumonie.

Imaginons qu'avec cette toux, ces crachats, vous ayez un sérodiagnostic négatif, c'est-à-dire qu'il n'y a pas la moindre trace d'anticorps contre cette bactérie dans votre organisme. Est-ce que pour autant on écartera le diagnostic de pneumonie ? Certes non. Si l'approche clinique a conduit votre médecin à poser le diagnostic d'infection pulmonaire, il y a bien un microbe qui en est responsable. Mais cette bactérie, si c'est bien une bactérie que l'on suspecte, parce que le foyer infectieux a des caractéristiques radiologiques particulières et spécifiques, n'est probablement pas un pneumocoque. Néanmoins, ce pourra être une chlamydia ou un mycoplasme, c'est-à-dire une autre bactérie, et il y en a beaucoup qui sont les causes de broncho-pneumopathies. Si le médecin, sur

sa prescription d'examens biologiques, ne mentionne pas précisément le nom de ces autres microbes, nul laboratoire ne pourra les déceler de cette manière. En clair : on ne peut trouver que ce que l'on a recherché !

Ainsi, avoir un prétendu bilan *normal* ne veut pas dire que tout va bien. Vous pouvez avoir un cancer et tout de même des analyses normales si celles-ci portent sur la glycémie, l'urée ou le cholestérol. En revanche, si, parce qu'il suspecte un cancer du côlon, votre médecin dose le marqueur ACE, alors il y a toute probabilité qu'il soit positif.

En d'autres termes, avoir des analyses normales n'est en soi pas forcément rassurant. Pourquoi ? Parce que s'il vous est prescrit une prise de sang, c'est que vous avez un problème de santé. Si la biologie demandée est « normale », c'est que votre médecin n'a pas fait le bon choix des examens à faire. Il n'aurait alors pas d'idée de la nature de la maladie qui vous affecte, faute peut-être de vous avoir suffisamment interrogé, et de vous avoir correctement examiné. En apportant les résultats d'une analyse, même « normale », à un médecin, vous lui permettez de voir quelles recherches ont été faites, et quels en étaient les résultats à un moment donné. Ces valeurs « normales » pourront servir d'éléments de comparaison à un nouveau dosage des mêmes paramètres en cas d'évolution des symptômes.

Imaginez qu'un cambrioleur se soit introduit chez vous en fracassant une fenêtre de l'extérieur. L'inspecteur de police pense que la fenêtre a été cassée par un marteau. Il demande sans autre détail à l'expert de chercher un marteau. Comme l'expert (le biologiste) ne sait pas ce que l'inspecteur (le médecin) recherche comme événement (maladie), il ne vous dira pas qu'il y a une pierre sur le sol, celle qui a pu être à l'origine de l'effraction, mais seulement qu'il n'a trouvé aucun marteau...

« Docteur, faites-moi un bilan complet ! »

« Vous avez toujours l'air fatiguée depuis quelque temps, mademoiselle Géraldine », dit monsieur Princhet, ce grand-père de 85 ans qui aimait s'attarder à la caisse du supermarché chaque jour, cherchant à attirer l'attention de l'une ou de l'autre des caissières avec qui il prenait un réel plaisir à discuter.

Il est vrai qu'il y a aujourd'hui en France six millions de personnes qui ne parlent jamais à personne, et qui sont dans une telle solitude que l'on comprend qu'elles puissent profiter des courses pour tenter d'engager une conversation. Mais ce n'était pas l'unique motif de la question de monsieur Princhet : c'était un ancien militaire, et il avait l'œil. Il savait reconnaître chez les jeunes gens un état de fatigue ou une maladie affaiblissante.

« Vous n'êtes pas en forme ! répéta-t-il pour faire réagir Géraldine.

– Je suis pourtant allée chez mon médecin, dit la jeune caissière, comme si elle voulait se rassurer.

– Vous a-t-il examinée, au moins ? dit le vieux militaire qui savait que, parfois, si le motif de consultation est vague, l'entrevue consiste davantage en discussions et en conseils qu'en une réelle approche médicale.

– Vous savez, mon docteur me connaît ! répondit-elle.

– Oui, mais vous a-t-il examinée ?

– Non, je n'ai pas voulu : depuis le temps, il me connaît bien, répéta-t-elle. Il vient à la maison depuis que je suis toute petite. »

Il est étrange d'entendre dans la bouche d'une jeune femme que le seul fait que le médecin soit celui de la famille et qu'il l'ait tenue dans ses bras lorsqu'elle était bébé puisse lui permettre de détecter les maladies qu'elle pourrait développer sans la questionner, sans la palper ni l'ausculter... Ou alors, pensait-elle que l'on est une fois pour toutes malade dans la petite enfance et que, si tout va bien, on va traverser la vie sans aucun problème ?

Sans examen clinique, il n'y a pas de bonne médecine ! Sans examen clinique, comment trouver le nodule du sein ? Comment déceler un gros rein, siège d'une hydronéphrose par compression du bas uretère si on ne fait pas une palpation bimanuelle de l'hypochondre ? Comment reconnaître une insuffisance cardiaque sans ausculter les bases pulmonaires ?

« Et puis, de toute façon, il m'a fait un bilan complet qui n'a rien montré.

– Ah, s'ébahit le vieil homme, s'il vous a fait un bilan complet !... Mais il doit bien y avoir quelque chose, quand même. »

Peut-être croyait-il lui aussi qu'il est possible de faire des bilans complets. Le seul bilan complet qui puisse exister (et encore), c'est l'autopsie, si tant est qu'après avoir découpé chacun des organes on

s'amuse à doser toutes les substances que libèrent les cellules du corps – cytokines, chémokines, hormones... Or, ce que Géraldine appelait « bilan complet », c'était une prise de sang comportant quatre pages, deux feuilles recto verso d'examens biologiques non ciblés, de routine, avec notamment les marqueurs de la fonction rénale, de la fonction hépatique et les paramètres métaboliques.

Mais ces quelques variables ne pouvaient expliquer chez une femme de 25 ans cette grande fatigue. La prescription avait été faite à sa demande pressante, et sans que le médecin ait formulé la moindre hypothèse sur la nature et l'origine de cet état d'asthénie.

Le grand-père Princhet avait entendu parler de Lasthénie de Ferjol, pathomimie décrite par le professeur Jean Bernard, illustre hématologue, et portant le nom de l'héroïne d'*Une histoire sans nom*, de Barbey d'Aurevilly. Cette jeune femme, pour paraître pâle, fatiguée, et peut-être inspirer la pitié ou du moins recevoir les grâces du ciel, avait décidé de se prélever du sang ou de perdre insidieusement chaque jour un peu de ce liquide vital par des prélèvements veineux qui restaient cachés. Monsieur Princhet était cultivé, il lisait beaucoup. Il s'interrogea. « Géraldine pourrait-elle s'infliger elle-même un tel sévice ? Cela expliquerait que son médecin n'ait rien vu, et que les prélèvements soient normaux. » Il se ravisa en pensant que, si tel était le cas, la numération des globules rouges aurait mis en évidence un déficit important et donc une anémie, ce que visiblement le « bilan complet » avait écarté.

« Je pense que c'est psychologique, dit-elle. D'ailleurs, mon médecin m'a dit que ma fatigue, mes gaz, mon ventre ballonné, c'était dans ma tête. Et que j'avais certainement du stress. »

Mais bon sang ! Que signifie donc cette expression : « C'est dans votre tête » ? Son médecin entendait-il par là que ses symptômes étaient inventés et n'existaient pas réellement. Qu'ils n'étaient pas ressentis mais créés par l'imagination de la patiente ? Ou bien s'agirait-il d'un dysfonctionnement du cerveau qui retentirait sur les muscles, le tube digestif, pour induire cette lassitude et les gaz dont la caissière était victime ?... « C'est dans votre tête » ne fait nullement progresser la compréhension des troubles et a tendance à rejeter la faute sur le patient lui-même, comme s'il était coupable de présenter des symptômes que le médecin ne comprend pas !

Géraldine expliqua à monsieur Princhet que son médecin lui avait conseillé d'aller voir un « psy ».

« Vous êtes donc allée voir quelqu'un ? »

Il est intéressant de noter que rares sont les patients qui prononcent le mot de psychiatre ; ils préfèrent généralement utiliser le qualificatif de « quelqu'un » – ce même mot utilisé à la campagne pour indiquer que l'on est allé voir un rebouteux ou un magnétiseur. Le psy fait peur, que ce soit le psychisme ou le psychiatre. Il y a de l'irrationnel, il y a cette notion que l'on ne serait pas normal, peut-être même près de la folie ; et, pour atténuer la charge émotionnelle que porte la décision d'aller voir un psychiatre, on utilise des périphrases ou un vocabulaire neutre, insignifiant, comme : « Je vais me faire suivre. »

Il est aussi souvent plus rassurant pour un malade de chercher à consulter un psychologue plutôt qu'un psychiatre, car le psychologue reste dans le domaine de la normalité, alors que le psychiatre se trouve dans le domaine du pathologique, des maladies psychiatriques, de celles qui conduisent à l'internement ou plutôt au placement dans des « centres spécialisés », terme plus politiquement correct.

Quelle est la place du psychologue dans le parcours de soin ? Si l'infirmière ou le kinésithérapeute sont des auxiliaires médicaux, il n'en va pas de même du psychologue. Le psychologue est avant tout un « littéraire », sa formation se fait en faculté de lettres, et l'enseignement qu'il suit est en grande partie d'ordre social, dans des domaines comme la famille ou le travail – pas exclusivement la santé psychique. Sans expérience hospitalière, sans avoir été formé aux côtés d'un psychiatre (la majorité des psychologues n'ont pas côtoyé régulièrement des psychiatres dans leur pratique professionnelle ou lors de leurs stages), le psychologue ne sera pas forcément armé pour répondre aux attentes d'une personne en détresse psychopathologique.

Alors, pourquoi ne pas voir un psychiatre ? C'est véritablement le médecin des troubles en relation avec un dysfonctionnement cérébral. Le cerveau a le droit d'être malade, tout comme le cœur ou les poumons. Il exprime ses pathologies par des douleurs morales parfois, par un état dépressif, ou, dans des cas de psychose, par des troubles du comportement. Le psychiatre est à même de discerner le caractère bénin ou grave des symptômes, et saura conseiller à bon escient (et, dans un premier temps,

avant un suivi en psychothérapie) la prise ou non d'un médicament antidépresseur, dont le seul but sera de remettre son patient sur pied – en aucun cas de l'assommer au point qu'il ne puisse plus avoir de vie sociale ou familiale.

Monsieur Princhet avait eu quelques mois plus tôt une maladie étrange : il avait de la fièvre, se réveillait le matin avec les épaules et les cuisses ankylosées, il ne pouvait plus lever les bras au ciel, non plus que s'accroupir et se relever. Il avait en outre une vitesse de sédimentation très élevée, et il se plaignait d'une vive douleur à la tempe au moindre attouchement. Il se souvint que c'était un docteur spécialisé en médecine interne qui avait découvert sa maladie, tant elle était pour lui caractéristique ; à tel point que dans les trois jours suivant la consultation, sous l'effet du traitement remis par l'interniste, monsieur Princhet pouvait de nouveau vaquer à ses occupations comme si de rien n'était.

« Vous savez, j'ai eu une pseudopolyarthrite rhizo... Bref, quelque chose que personne n'avait décelé, sauf le docteur Humbert, spécialiste en médecine interne. Vous devriez aller le voir, car il pourrait peut-être mettre un nom sur vos symptômes et porter un diagnostic. Je vous donne l'adresse de son secrétariat. »

Joignant le geste à la parole, il prit son stylo dans la poche intérieure de son veston et écrivit un numéro sur sa note dont il n'avait que faire.

Sur ce monsieur Princhet salua Géraldine en soulevant son chapeau. Cette jeune employée de supermarché lui rappelait un amour de jeunesse et de bienheureux moments qu'il aimait tant se remémorer au cours de ces longues, si longues journées où il était esseulé.

Géraldine, convaincue qu'il ne suffirait pas qu'elle « dé-stresse » pour voir passer les symptômes dont elle souffrait, ne tarda pas à prendre rendez-vous. Elle savait que, pour cela, il eût fallu présenter une lettre d'un médecin généraliste ou du moins se recommander de lui. Mais, surtout, elle n'oublia pas l'ensemble de ses prises de sang, ce fameux bilan qu'elle croyait complet et qui ne consistait en fait qu'en une petite dizaine de mesures portant sur le bilan lipidique, la fonction rénale, la fonction hépatique – sans autres recherches plus orientées, plus spécifiques.

Trois semaines plus tard, à la caisse du magasin où monsieur Princhet faisait ses courses, il trouva une Géraldine transformée. Des joues roses,

une peau rayonnante, elle avait perdu ce teint terne et cireux, elle paraissait plus pétillante derrière son sourire satisfait.

« Mais que vous est-il arrivé ?

– Vous savez quoi ? J’ai une intolérance au gluten. C’est le professeur qui l’a découverte. Depuis que j’ai supprimé de mon alimentation le pain, les pâtisseries, toutes les farines de toutes sortes, je n’ai plus mal au ventre, je suis en pleine forme, je ne ressens plus aucune fatigue.

– Mais je croyais que votre bilan était normal...

– Oui, mais il m’a posé une multitude de questions et, pour beaucoup, je répondais oui. Par exemple, il a été surpris par le fait que j’avais souvent des aphtes, parfois de la diarrhée. Il a beaucoup insisté sur mon rhume des foins. Il m’a dit que, lorsqu’on est allergique aux graminées, il y a 70 % de risques que l’on soit aussi allergique au gluten. Avec mes signes digestifs, ça lui donnait des arguments supplémentaires... Il a bien vu que ma prise de sang était normale mais il m’a demandé de doser les anticorps antitrans... quelque chose. Et ils étaient positifs. Du coup, j’avais tout, selon lui, de l’intolérance au gluten. Il m’a convaincue de suivre ce régime.

– Vous voyez : c’est important d’avoir une consultation approfondie et de trouver les raisons de ce qui vous arrive. Et puis, vous savez, les prises de sang, c’est comme la pêche à la ligne ! Si on ne met pas la bonne amorce on n’aura pas de poisson. Mais si on n’a pas pris de poisson, ça ne veut pas dire qu’il n’y a pas de truites ou de gardons dans la rivière ! »

De cette histoire médicale naquit une amitié entre Géraldine et monsieur Princhet, ce dernier changeant de file lorsqu’il apercevait Géraldine s’installer à une autre caisse. Il tenait à lui parler chaque jour de sa santé, de la sienne, et de maintes choses de la vie dont un grand-père aurait aimé discuter avec sa petite-fille.

Je n'ometts aucun renseignement, même le plus anodin

La « machinerie » humaine est ainsi faite que, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce livre, un dysfonctionnement à une extrémité du corps peut avoir des répercussions jusqu'au niveau de l'autre extrémité, que la prise d'un médicament tout comme un jogging peut modifier considérablement des résultats biologiques.

Le médecin doit se prononcer sur des troubles qui sont forcément apparus dans un contexte dynamique, dans un environnement donné, sur un terrain génétique particulier, dans des circonstances physiques ou psychiques spécifiques. Si votre médecin ignore que votre père a une sclérose tubéreuse de Bourneville (maladie appelée aussi épinoïa), caractérisée par une épilepsie et des taches sur la peau, il peut manquer un tel diagnostic lorsqu'on lui demandera son avis sur des taches dépigmentées apparemment anodines. Ne pas savoir que la tante de cette malade a une hypothyroïdie peut empêcher le diagnostic d'un déficit en vitamine B12 chez sa nièce qui se plaint de picotements buccaux. Etc.

Ainsi, plus le médecin dispose d'informations, plus son diagnostic sera précis et pertinent. Parfois les malades craignent d'en dire trop à leur médecin. Mais c'est la tâche de ce dernier que de poser de très nombreuses questions, à la recherche des antécédents familiaux, de l'évolution du mode de vie, des diverses prises médicamenteuses. Et, pourtant, il est parfois des informations que le médecin, même fin enquêteur et bon clinicien, sera malgré tout incapable de mettre en lumière. C'est pourquoi il ne faut pas oublier de mentionner, même en dehors de tout contexte lié à vos troubles, des faits, des situations, des événements, des actions qui touchent de près ou

de loin votre organisme. Parmi ces faits, il y a les examens biologiques que vous avez faits, tel les analyses d'urine ou de selles, les prises de sang et les examens radiologiques.

Un gel qui n'était pas sans conséquence

À l'approche des vacances d'été, cette jeune trentenaire espérait voir réduire sa cellulite. Avec les fêtes de fin d'année, elle avait pris un peu de poids, et toutes les mesures de bonne volonté qu'elle avait tenté d'appliquer ensuite n'avaient pas été couronnées de succès... Depuis quelques semaines fleurissaient à la télé et dans les journaux des publicités pour des gels anticellulite que, paraissait-il, il suffisait d'appliquer une fois par jour pour obtenir des effets spectaculaires : « 85 % des femmes qui l'utilisent sont satisfaites ! » C'était quand même plus simple et moins contraignant que de s'astreindre à courir deux fois par semaine, ou que de réduire ses apports à 1 200 calories par jour.

Afin d'obtenir des résultats significatifs, les beaux week-ends approchant, elle acheta deux tubes d'un coup à la pharmacie. Elle parcourut rapidement la notice pour savoir si utiliser le produit une fois par jour suffisait vraiment. Il était écrit qu'il fallait l'appliquer sur une peau bien sèche, et ne pas dépasser la surface de deux cuisses à chaque application. Mais, bien décidée à obtenir rapidement les bénéfices escomptés, elle s'enduisit deux fois par jour.

Elle n'avait aucune raison de craindre des effets secondaires, puisqu'il est classique et réglementaire que les produits cosmétiques n'induisent – en théorie – aucun effet secondaire ! Le rapport bénéfice/risque doit être totalement en faveur du bénéfice, avec un risque qui se veut nul. La réalité, malheureusement, est bien différente ; car, même s'ils ne sont pas fréquents, les effets secondaires des cosmétiques ne sont pas inexistantes.

Un des exemples les plus célèbres et dramatiques, est l'affaire du talc Morhange, à cause duquel des dizaines d'enfants, nouveau-nés notamment, ont, au début des années 1970, souffert de troubles neurologiques graves – et même mortels pour trente-six d'entre eux –, du seul fait de la présence d'un conservateur aux effets neurologiques délétères.

« Qu'est-ce que je risque à traiter à la fois mes cuisses, mes fesses et mon ventre ? » se dit la jeune femme, ignorant les recommandations qu'elle avait pourtant lues. C'est ainsi qu'elle appliqua soigneusement et deux fois par jour sur une surface beaucoup plus importante que prévue ce produit anticellulite, pendant dix jours. Elle profitait aussi de la sortie de sa douche pour étaler le gel puis se masser, sans attendre forcément que sa peau soit sèche.

Mais, au bout de quelques jours, elle se sentit bizarre, fatiguée. Il lui semblait aussi que son cœur battait vite. Elle souffrait de céphalées et était d'une irritabilité qu'on ne lui connaissait pas. Son mari lui disait : « Arrête donc ton régime ! Mange normalement, tu es insupportable ! » Convaincue qu'elle couvait une maladie, elle se rendit à mon cabinet.

Elle me décrivit alors ses symptômes, sans jamais me parler du gel anticellulite qui accompagnait tous ses réveils et ses couchers. La symptomatologie était celle d'une hyperthyroïdie, à moins qu'il ne s'agisse d'une forme de burn-out. Mais la biologie ne confirma pas mon hypothèse et le traitement anxiolytique que je lui avais prescrit était peu efficace.

Ma patiente consulta au moins une fois par semaine les trois semaines suivantes, et je restai incapable de poser le moindre diagnostic. Loin de moi l'idée que ses symptômes aient pu être en rapport avec l'utilisation d'un gel cosmétique dont elle ne me parla jamais, sans doute convaincue que cela ne pouvait pas avoir le moindre lien avec ses symptômes ! À chaque consultation, je faisais de nouveau un examen clinique, à la recherche d'un signe qui aurait pu m'échapper, ou dans l'espoir de voir apparaître un symptôme supplémentaire qui me guiderait vers le bon diagnostic.

La quatrième visite en vingt jours fut déterminante. La malade n'avait pas dormi la nuit précédente. Elle voulut faire une sieste juste après avoir appliqué son gel. Son cœur battait la chamade, elle entendait les pulsations qui résonnaient dans sa tête. « Je vais péter un plomb, si ça continue », pensa-t-elle tout en se rhabillant, sans attendre que le gel soit sec pour vite se rendre à mon cabinet.

« Pourquoi votre peau sur le ventre et les cuisses est-elle si moite ? demandai-je sans vraiment réfléchir à ma question.

– Ah, c'est le gel pour la cellulite que je viens d'étaler, docteur ! »

À ce moment-là, ce n'est plus son cœur que l'on aurait pu entendre à cent lieues à la ronde, mais le mien qui se réveillait brusquement, comme si tout allait devenir limpide. Ce fameux gel n'était-il pas responsable des maux de ma patiente ? Il fallait que je me procure ses caractéristiques et indications.

J'étais particulièrement sensibilisé aux effets des produits cosmétiques : j'avais un jour été amené à apporter ma collaboration au service de cosméto-vigilance d'un grand laboratoire de cosmétiques, après avoir signalé qu'un de mes malades avait présenté une réaction allergique lors de l'utilisation d'une crème anticernes. Les échanges fructueux avec ce laboratoire, très respectueux de la qualité et de la sécurité de ses produits, m'avaient permis de mesurer à quel point les produits cosmétiques peuvent être sources d'effets secondaires, et pas seulement d'ordre allergique. Il n'est pas inutile ici de dire que ce laboratoire, dont le leitmotiv repose sur l'intérêt du végétal en cosmétologie, est certainement celui qui le premier a mis en place un service de cosméto-vigilance sérieux – le plus sérieux que j'aie connu –, dont les procédures ont servi de modèles aux agences de santé qui ont réglementé cette part importante de la cosmétique. Chaque dossier était traité personnellement, un questionnaire était adressé à la consommatrice qui signalait un effet qui lui semblait être dû au produit, une mise en relation avec le médecin traitant de la cliente était établie, afin de connaître les liens de causalité entre les symptômes et l'utilisation du soin cosmétique, tout cela pour déclarer une imputabilité – ou non. Les dossiers dits de cosméto-vigilance étaient ensuite transmis aux agences européennes pour des analyses transversales, avec pour objectif d'accroître la sécurité des produits cosmétiques. Du fait de la qualité des produits de ce laboratoire, de sa réactivité en cas de problèmes et de l'excellence de sa cosméto-vigilance, j'acquis une grande confiance dans cette firme cosmétique. Je me gardais bien de la décrier systématiquement en cas d'éruption cutanée chez un de mes patients utilisateurs.

Et si les manifestations si curieuses chez ma patiente, si inhabituelles, étaient dues à un actif du gel qu'elle avait acheté pour mincir ? Et si le produit, étalé sur une si grande surface, pouvait faciliter la pénétration dans l'organisme d'un principe actif ayant des effets généraux ?

Elle me donna toutes les indications sur ce gel anticellulite, dont je devinais *a priori* le principe actif. J'en eus confirmation en regardant sur Internet la composition, et en observant qu'elle comptait 5 % de caféine...

La caféine est un actif utilisé en cosmétologie pour ses actions lipolytiques, c'est-à-dire qu'elle aide à l'élimination de la graisse déposée, en l'occurrence, dans la peau, dans l'hypoderme. De nombreux produits anticellulite contiennent ce principe actif. Pour qu'il soit utile et efficace, il est nécessaire qu'il pénètre dans la peau jusqu'au tissu adipeux, c'est-à-dire la graisse, et, comme indiqué sur la notice, les tissus hypodermiques. Si les cosmétiques sont des produits destinés à être appliqués sur la peau, rien ne les empêche, même pas sur le plan réglementaire, de pénétrer à travers la peau. Tout produit appliqué sur la peau est susceptible d'y pénétrer.

Je tâchai alors de calculer l'étendue de la surface cutanée sur laquelle le produit avait été appliqué. Je retins une surface d'un demi-mètre carré, ce qui est considérable pour un produit avec une si forte concentration de principe actif. La surface de la peau était, à l'époque où je faisais mes études de médecine, de 1,72 m². Aujourd'hui elle est de 2 m², du fait de l'accroissement de la taille de la population générale. Si seuls 10 % de la quantité appliquée pénétraient à travers la peau, mes calculs laisseraient envisager le passage transcutané de l'équivalent d'au moins cinq à six tasses de café. Cela chaque jour, pendant près d'une trentaine de jours... Il est clair que cette femme avait une intoxication à la caféine !

« Combien de cafés buvez-vous par jour ?

– Je bois mon bol de café le matin, un café à midi, un bol de café à 16 heures, et un expresso après le dîner. »

La caféine du produit anticellulite s'ajoutait à ces cafés bus régulièrement au cours de la journée. Il ne manquait plus qu'elle prît un médicament inhibiteur du métabolisme de la caféine.

Je vérifiai immédiatement, en lisant son dossier, que ce n'était pas le cas. Point de psoralène, point de macrolides, ces antibiotiques inhibant la dégradation des autres médicaments. Ma patiente s'était intoxiquée à la caféine du seul fait qu'elle appliquait un gel anticellulite.

Ceci doit nous rappeler que le corps humain est sensible à toute molécule, que celle-ci soit classée dans un groupe ou dans l'autre. Que cette molécule s'appelle cosmétique ou médicament, c'est un xénobiotique, c'est-à-dire une molécule étrangère qui peut avoir des effets particuliers. Si elle est classée cosmétique, cela ne la dispense pas pour autant des risques

inhérents à sa composition : les cosmétiques sont des molécules chimiques ou naturelles, qui peuvent avoir de potentiels effets secondaires.

Ce qui différencie un produit cosmétique d'un médicament, ce n'est pas la molécule, car certaines molécules sont tantôt utilisées en cosmétique, tantôt en pharmacie, mais sa destination. Une molécule destinée à une peau saine – et il est normal de considérer la cellulite comme une peau saine, normale, puisqu'elle se retrouve chez toute femme – est un cosmétique, alors qu'une molécule médicamenteuse est destinée à une peau malade. Cosmétique pour la peau normale, médicament pour la peau malade.

À titre d'exemple, l'acide azélaïque est une molécule cosmétique si elle est destinée à réduire la pigmentation de la peau, ces taches pigmentaires qui font partie des changements physiologiques de l'âge, et donc du domaine du normal. C'est un médicament dès lors qu'elle est amenée à traiter l'acné.

L'arrêt du gel anticellulite et l'arrêt temporaire du café permirent à ma patiente de voir ses symptômes disparaître rapidement. On ne la reprendrait plus, m'avait-elle assuré, à ne pas informer son médecin du nom des produits qu'elle s'appliquait sur le corps. Elle comprenait dorénavant qu'elle aurait dû être au moins vigilante sur la chronologie qui avait présidé à l'apparition de ses troubles.

Il en est de même par exemple des collyres, ces gouttes que l'on met dans les yeux. La voie conjonctivale est une voie de pénétration importante des médicaments. Certains collyres destinés au glaucome (une tension élevée dans l'œil) peuvent être responsables d'un psoriasis. Il pourrait être dommageable que le médecin qui traite votre maladie de peau, en l'occurrence le psoriasis, n'ait pas connaissance de ce traitement que vous vous administrez.

Je réclame tous les résultats et toutes les conclusions

« Faute de réponse, ce doit être normal... »

Dans la vie courante, on a souvent tendance à considérer que l'absence de réponse, d'informations, vaut acquiescement ou a valeur d'insignifiance de ce qui a pu être fait ou dit. C'est peut-être le cas avec l'administration, mais, dans le domaine médical, ne pas recevoir de conclusions ou d'informations ne signifie pas que tout est en ordre. Il faut toujours obtenir d'une façon ou d'une autre la synthèse des analyses et des examens prescrits. D'abord parce que, si elles ont été faites, c'est que cela a été jugé nécessaire par votre médecin. Ensuite, ce sont des tests qui ont un coût parfois élevé, et il serait donc absurde que nul ne s'y intéresse. Enfin, il faut s'assurer que ni les tubes de vos prélèvements ni les pages de résultats ne se sont perdus, ou n'ont été affectés par erreur à un autre malade.

Si vos résultats biologiques sont perturbés il est nécessaire que vous en soyez averti, soit par courrier soit oralement. Si, pour des raisons parfois obscures, un courrier que vous attendriez du laboratoire ou de votre médecin ne vous parvient pas, il faut savoir que ce n'est pas forcément voulu. Ce peut être tout simplement un oubli du médecin qui pense vous avoir informé et ne l'a pas fait. Ce peut être la secrétaire qui, au moment de rédiger cette lettre, est passée à autre chose parce qu'elle répondait à un appel téléphonique. Ce peut être une lettre tapée qui se perd dans un parapheur, dans un dossier, et qui n'est jamais envoyée. Jusqu'à une perte pure et simple en chemin, comme cela peut arriver (heureusement très exceptionnellement, les services de La Poste étant particulièrement

rigoureux). La lettre a aussi pu être distribuée à un voisin par mégarde, ou vous-même l'avez peut-être prise pour de la publicité et l'avez jetée.

Il faut donc que vous vous obstiniez à obtenir ces fameux résultats de la part de votre médecin. On entend trop souvent, comme pour se rassurer : « Le docteur ne m'a rien dit, ce doit être bon. » Dites-vous bien que, si votre médecin, devant des symptômes, demande un examen complémentaire, c'est qu'il s'attend à ce qu'il soit anormal. Il est arrivé à tout médecin d'oublier ou de perdre un résultat d'examen essentiel, et ainsi de ne pas en avertir le malade. Et si cette analyse posait le diagnostic de cancer et imposait alors un traitement approprié et urgent ?...

Il est arrivé malheureusement qu'une grave anomalie passe à la trappe, malgré toute l'attention que vous porte habituellement votre médecin. Il est arrivé que lui-même n'ait pas reçu l'analyse de son confrère sur la biopsie d'une tumeur. Qui pensera alors à rappeler l'anatomopathologiste, si le médecin n'a pas établi la liste des analyses dont il attend le résultat ? Il est en effet impossible de retenir tous les dossiers d'une journée de consultations, sauf à avoir scrupuleusement noté tous les résultats en attente. Et de cette vigilance-là dépendra parfois la survie d'un patient !

« Et ma matrice, docteur ? »

Ce jeudi allait être une journée pas comme les autres. Lorsqu'une journée de consultations commence de la sorte, je sais que les heures vont être longues, et l'angoisse importante. Une jeune fille de 19 ans attendait patiemment dans la salle d'attente depuis 8 heures, pour me demander un avis sur une bande pigmentée partant de la base de l'ongle du majeur de sa main droite jusqu'à son extrémité.

Cette pigmentation n'apparaît pas inquiétante au premier abord, mais on doit toujours garder à l'esprit qu'elle peut témoigner d'une tumeur mélanique, c'est-à-dire d'un mélanome malin de la matrice de l'ongle. Le dermatologue est en général très embarrassé par une telle lésion. Il lui faut en effet déterminer avec précision s'il s'agit d'un naevus bénin de la matrice, c'est-à-dire de la partie recouverte par le repli sus-unguéal qui donne naissance à la tablette unguéale, ou s'il s'agit d'une tumeur maligne de cette même matrice, tumeur appelée mélanome. Pour le discerner, on va s'attacher à regarder s'il existe différentes variétés de pigmentation tout au

long du trajet de la bande mélanique, si celle-ci est irrégulière ou comme tracée à la règle, et s'il y a des débords de pigmentation sur les replis cutanés de chaque côté de l'ongle.

Il y a habituellement deux attitudes devant une telle demande. La première consiste à se rassurer et tenter de rassurer le malade en disant : « Nous allons faire une surveillance », tout en sachant qu'on ne sait pas quand cessera cette surveillance. Dès lors qu'un mélanome aura pris la place de cette tumeur *a priori* bénigne ? C'est un peu la roulette russe, car on laisse la possibilité, même faible, de voir quelque chose de grave se développer.

La seconde attitude, plus prudente, mais ô combien plus compliquée, consiste à réaliser une biopsie de la matrice, pour s'assurer du caractère bénin ou malin de la pigmentation. Certes, cette petite intervention sur le plan local va permettre de répondre avec une grande précision à l'interrogation sur la nature de la pigmentation. Cependant, la biopsie en elle-même pourra laisser une dystrophie de l'ongle sous forme d'une fente longitudinale, et donc d'une dépression, c'est-à-dire comme une petite vallée ou un petit chenal, un creux dans cet ongle dans le meilleur cas. C'est ce risque de handicap ultérieur, de séquelle en quelque sorte, qui limite souvent le médecin. Il regrettera d'avoir fait ce geste si le compte-rendu de la biopsie, c'est-à-dire du prélèvement, conclut à quelque chose de bénin. Et il faut bien reconnaître que l'attitude attentiste est celle qui prévaut chez les dermatologues, dès lors qu'il n'y a pas le moindre signe d'inquiétude chez le patient.

Dans le cas présent, compte tenu de l'existence d'une boursoufflure à la racine de l'ongle de cette jeune fille et du fait que cet ongle était déjà le siège d'une dystrophie peu esthétique, j'envisageai, pour plus de prudence, de la convoquer au bloc opératoire. Je commençai par endormir le doigt par une infiltration d'anesthésiques locaux en bague, ce qui consiste à injecter l'anesthésique de part et d'autre du doigt à sa racine, à l'endroit où l'on porte habituellement une bague, afin d'endormir les deux petits nerfs collatéraux qui innervent de façon sensitive tout le doigt. C'est en quelque sorte une anesthésie tronculaire du nerf. Puis, après avoir complété l'anesthésie par des petites injections tout autour de cette tumeur unguéale, je pus soulever le repli sus-unguéal et repérer, même si ce n'est pas facile, la zone pathologique qui donnait naissance à la bande noire.

Pour réaliser la biopsie, je prélevai un petit peu de la matrice de l'ongle, et l'envoyai à l'analyse. Puis nous avons attendu les résultats anatomopathologiques. C'est cette attente qui posait problème. Il n'est en effet pas dans l'habitude d'un médecin de planifier la réception des résultats d'examen, car le système est suffisamment bien huilé pour que l'on soit assuré de recevoir l'analyse dans un délai de dix à quinze jours. Sans me soucier du résultat qui n'arrivait pas, car je craignais peu qu'il s'agisse d'une tumeur maligne, je poursuivis donc mes consultations, jour après jour.

Mais deux mois plus tard, feuilletant une pile d'examens que la secrétaire devait classer, et parce que le résultat ne m'avait pas été adressé nominativement mais à l'ensemble du service dans lequel j'exerçais, je lus, stupéfait, sous la plume du médecin anatomopathologiste : « tumeur mélanique maligne d'exérèse incomplète ». Le terme « incomplète » ne me choqua point, car l'objectif n'était pas d'enlever toute la tumeur mais pour l'heure de faire un simple prélèvement. Cependant, quelle très mauvaise surprise que de lire un tel résultat ! Surtout, le délai avec lequel je l'apprenais n'était vraiment pas satisfaisant. Certes, le potentiel agressif de la tumeur était tel qu'un délai supplémentaire lié au défaut de réception n'aurait pas de conséquence péjorative pour la malade. Pour autant, il y avait là de quoi se dire que j'aurais dû être plus méthodique en inscrivant sur mon agenda la liste des résultats à attendre.

Il fallait donc prévenir sans tarder davantage cette patiente pour lui annoncer le diagnostic. Elle fut très surprise de recevoir un appel de ma part, lui donnant le triste résultat de cette biopsie, et de surcroît si tardivement. Elle avait tiré les conclusions de l'absence de courrier ou d'information. Pour elle, le résultat de cette analyse était « négatif ».

Que signifie le terme « négatif » ? Dans l'esprit des patients, négatif signifie bénin, qu'il n'y a rien de plus à faire. Souvent, on entend dire : « La voisine a eu un prélèvement sur le sein, c'était positif. » « Mince alors ! » répond-on catastrophé. Ces termes de « négatif » ou « positif » ne devraient pas être utilisés, car ils peuvent prêter à confusion.

Lorsque vous faites une prise de sang pour rechercher une maladie infectieuse, positif et négatif n'ont pas le même sens. Imaginons que vous souffrez d'une pneumonie. Votre médecin cherchera des bactéries responsables, par exemple la légionnelle. Si le sérodiagnostic revient

négatif, c'est-à-dire que vous n'avez pas ce microbe, cela n'est pas rassurant pour autant, car on est toujours à la recherche de la bactérie responsable, et tant qu'on ne l'aura pas découverte, on n'est pas certain que votre traitement est le bon.

Ici, le silence du médecin que je suis équivalait tacitement pour la patiente à la non-nécessité d'intervenir de façon supplémentaire. Cette attitude largement partagée peut, j'insiste, être très préjudiciable. C'est pourquoi, en tant que patient, il faut systématiquement exiger d'avoir connaissance dans les délais habituels des résultats de toute analyse ; et, dans tous les cas, ne jamais se contenter de la part de votre médecin ou du laboratoire d'un simple commentaire laconique comme : « Ce n'est rien » ou : « Ce n'est pas grand-chose », mais exiger que l'on vous donne le nom exact de la pathologie dont il s'agit – même si celle-ci a déjà disparu sous l'effet d'un premier traitement prescrit en même temps que les analyses. Car d'autres médecins auront aussi besoin de cette information, même des années plus tard.

Par ailleurs, il arrive parfois que cette expression – « Ne vous inquiétez pas, ce n'était rien » – dissimule en fait une anomalie, comme la perte du prélèvement. Il n'y aurait rien de pire que de cacher une négligence, un loupé, par une dissimulation complémentaire. Le malade pourrait déjà avoir pâti de ce retard ; il ne s'agit pas d'aggraver encore la situation.

C'est pourquoi ma jeune patiente fut invitée à revenir au plus vite à la consultation, et son heure serait la mienne. Il était important de lui expliquer à la fois qu'elle était bien porteuse d'un mélanome, c'est-à-dire d'une tumeur maligne, et pourquoi il y avait eu un tel délai entre la biopsie et cette annonce. La question qui me taraudait était : « Est-ce que ce retard au diagnostic, ce retard donc à entreprendre un traitement et, ici, à effectuer le geste thérapeutique *a priori* salvateur a été préjudiciable à la malade ? » Cette question est tout à fait légitime, car, en matière de cancer, le temps compte. Heureusement, ce délai ne fut en rien délétère pour elle, qui accepta le diagnostic, et même l'amputation de la phalange que ce cancer imposait.

Une seule chose me réconfortait, c'était d'avoir fait la biopsie. J'aurais pu me contenter d'un : « Nous allons surveiller ça... » Nous aurions alors sans aucun doute fait le diagnostic de mélanome trop tardivement, probablement au moment de l'apparition de ganglions. Je ne pouvais donc

que me réjouir d'avoir fait ce prélèvement, malgré sa difficulté technique. Cette jeune femme aujourd'hui vit bien, elle est guérie de ce cancer qui aurait pu être foudroyant. Mais que serait-il arrivé si, en l'absence d'un appel de sa part pour connaître son résultat, celui-ci n'était pas réapparu un beau matin dans une pile d'examens à classer portés à ma connaissance ?

Je connais les médicaments que je prends

Il est formidable de constater que la médecine moderne a aujourd'hui réponse à quasiment tous les soucis du quotidien. Vous avez mal à la tête ? Un gramme de paracétamol y remédiera. Vous souffrez d'une rhinite allergique ? Vous serez soulagé rapidement grâce aux traitements antihistaminiques. Votre père souffre d'une hypertension artérielle ou a été victime d'un accident vasculaire cérébral ? Un traitement en continu maintiendra sa tension artérielle à des valeurs normales, minimisant ainsi les risques. Votre enfant a une otite ? Vous éviterez les convulsions, les complications infectieuses à distance, grâce aux traitements bien choisis, etc.

Mais si les médicaments sont chaque jour si utiles, indispensables pour de nombreuses personnes, chaque médaille a son revers. Le jour où un médecin ou un pharmacien demande à une personne, pour des raisons qui peuvent être diverses, quelles médications elle prend, elle doit être en mesure d'en donner la liste avec précision. En effet, dans de multiples circonstances, la nature de son traitement aura des répercussions sur la prise en charge d'urgence d'une personne, ou même pourra expliquer des événements médicaux qui lui arrivent.

Les médicaments peuvent induire des effets non attendus, appelés effets indésirables, qu'il est parfois facile de rattacher aux médicaments pris, mais qui peuvent aussi leur être plus difficilement attribuables. En d'autres termes, cette fatigue apparue quelques jours après le début d'un traitement pour une hypertension est-elle due au médicament, ou bien est-ce une fatigue d'une autre origine ? De plus, il faut savoir que vous pouvez être

traité depuis dix ans par le même médicament, et un jour développer un de ses effets secondaires alors que vous l'avez très bien supporté jusque-là.

Parfois, c'est au premier jour de la prise des comprimés que l'incident ou l'accident arrive, parfois c'est au septième jour. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas imaginer que vous alliez chez votre médecin sans connaître le nom des médicaments que vous prenez, et depuis combien de temps. Il faut, pour ne pas l'oublier, inscrire sur son agenda le nom du traitement, la posologie et la date de début. C'est très important. Un traitement, ce peut être un collyre, une pilule contraceptive, une pommade, un gel, un suppositoire, un sirop. Tout compte ! Un médecin peut parfois mettre des jours et des jours à chercher l'origine d'une éruption cutanée, alors qu'il ne s'agissait que du sirop que vous avez pris pendant trois jours pour une petite toux, et que vous avez oublié de lui signaler...

« Venez vite, il étouffe ! »

Cet après-midi-là, alors que j'avais envisagé de me reposer juste après le déjeuner, de feuilleter la pile de revues médicales qui s'étaient accumulées sur le bureau du médecin que je remplaçais chaque été, un cri me fit sortir de la légère léthargie dans laquelle je me laissais aller.

« Venez vite, venez vite, docteur ! C'est mon père, il s'étouffe !

– Comment cela, il s'étouffe ? dis-je machinalement en refermant ma chemise.

– Il est sur son tracteur, il a été piqué par une abeille à la gorge. Il a voulu rentrer, et le tracteur a heurté le muret, il siffle quand il respire... Dépêchez-vous ! »

La situation s'annonçait des plus urgentes. C'était vraisemblablement un œdème de Quincke, peut-être même avec choc anaphylactique par hypersensibilité au venin d'abeille. C'est une urgence absolue. Je n'ai même pas eu le temps de prendre le dossier de monsieur Nourot, que je connaissais, je pense, par cœur. Je vérifiai rapidement que ma trousse contenait bien des corticoïdes injectables, de quoi perfuser et des ampoules d'adrénaline, traitement de l'urgence totale dans de tels cas.

En descendant les escaliers quatre à quatre tout en me demandant par quelle sortie du village j'allais prendre la route de la ferme de monsieur

Nourot, j'interpellai ma femme, qui attendait mes instructions (elle participait avec moi à la prise en charge des malades et devinait d'avance la gravité de chaque situation ; elle avait bien conscience qu'en remplacement le médecin avait absolument besoin de l'aide de sa compagne).

« Chérie, appelle le Samu ! Choc anaphylactique et œdème de Quincke chez un allergique connu aux abeilles. Probable nécessité d'intuber, et peut-être envisager une défibrillation. Maison Nourot, au croisement à la sortie vers Pige. Ils reconnaîtront ma voiture. Je vais mettre mon gyrophare. » C'est ce que je fis en démarrant. De la main gauche, je sortis le gyrophare qui se trouvait à mes pieds, et celui-ci se colla aussitôt par magnétisme au toit de ma 204.

« Bon sang de bon sang, marmonnai-je tout en roulant. Je lui avais pourtant dit de se faire désensibiliser. Mais cette tête de pioche n'a pas voulu. Il pensait qu'en mangeant de la gelée royale et en se frictionnant la poitrine à la propolis ça allait suffire... »

Sa dernière réaction, particulièrement violente, datait de l'année dernière – une piqûre sur le bras qui avait enflé très rapidement, au point de ne plus pouvoir le bouger. De plus, des signes systémiques, comme des vertiges et des difficultés respiratoires, étaient apparus. Heureusement que son fils était là, le grand, celui qui faisait des études à Besançon et qui, sur mes recommandations, avait mis dans la voiture, mais aussi dans une poche du tracteur et dans la cuisine, une boîte de comprimés de corticoïdes et un kit d'adrénaline. Ça s'était passé en quelques heures, mais nous avions pris alors la décision de faire un bilan immuno-allergique afin de déterminer avec précision la nature de l'antigène et de décider d'une désensibilisation en rush, qui se passe en hôpital de jour. Mais Pierrot n'avait jamais trouvé le temps. Trop de travail à la ferme, pas une journée qu'il puisse libérer pour cela.

Lorsque j'arrivai, des voisins avaient déjà descendu Pierrot du siège de son tracteur et l'avaient allongé. Il était en parfaite position latérale de sécurité, et je me demandai s'ils l'avaient placé ainsi ou bien s'il s'y était trouvé spontanément. Ils faisaient leur possible pour l'aider à respirer, mais il ne fallait pas être grand pontife pour deviner qu'il avait un œdème de la glotte et des voies laryngées qui bloquait tout passage d'air. Ses lèvres étaient cyanosées, et sa conscience était loin d'être au beau fixe. Pas le

temps de faire le score de Glasgow (un indicateur de l'état de conscience). On verrait bien plus tard.

Je lui mis immédiatement le masque à oxygène, je m'apprêtais à lui injecter un milligramme, puis un autre milligramme d'adrénaline. En sous-cutané ou en intramusculaire ? Cette question, je me la posais à chaque fois pendant que j'aspirais le contenu de l'ampoule dans la seringue, sachant qu'il y avait eu un débat à ce sujet, et que celui-ci n'était pas résolu. On disait que l'adrénaline injectée en intramusculaire entraînait une vasoconstriction qui empêchait sa diffusion. Étant plutôt doué pour les intraveineuses, je décidai d'aborder une veine du bras encore perceptible, et profitai pour introduire un cathlon pour brancher ma perfusion.

« Tension 8/6 », me dit une voisine du malade qui tenait un tensiomètre dans sa main. Je me rappelai alors qu'elle était sage-femme.

« Merci », lui répondis-je, en lui demandant de nous laisser de la place pour agir et, surtout, de faire déplacer les voitures, car le Samu était en route.

Je commandai à un voisin d'ouvrir la porte arrière de ma voiture et de m'apporter la bouteille d'oxygène, que j'ouvris rapidement en apposant un masque sur le nez et la bouche de Pierrot. Une fois l'adrénaline injectée, je perfusai rapidement 120 mg de Solumédrol. Tout cela ne prit que quelques secondes, je pense moins d'une minute.

« Comment sont le pouls et la tension ? » demandai-je de nouveau à la sage-femme, alors que j'évaluais les chances que j'avais de pouvoir intuber le malade. Il avait les mâchoires crispées et un tirage laryngé qui se manifestait par une forte aspiration des deux creux sus-claviculaire à chaque temps respiratoire. J'espérais de toutes mes forces que mes injections allaient entraîner la réversibilité de la situation, et je regardais au loin, en tendant l'oreille, si le Samu était en vue.

Toutes les vingt secondes, nous avions le point sur la situation cardiovasculaire : pouls filant, tension à 6, pâleur et cyanose. Je me hasardai à refaire 1 mg d'adrénaline, en me disant qu'ensuite, si la tension ne remontait pas, je n'aurai pas d'autre choix que de la faire en intracardiaque – ce que je n'avais encore jamais pratiqué. Je tentais de garder mon calme malgré la gravité de cet état de choc. La sueur perlait sur mon front, mais je ne voulais pas montrer que je ne pouvais maîtriser la situation.

« J'ai tout fait comme on me l'avait appris, et ça ne marche pas. Bon sang, aurais-je oublié quelque chose ?! »

À ce moment-là, je vis passer devant mes yeux le titre d'un article de la revue *Le Généraliste* de l'été dernier, qui attirait l'attention sur l'irréversibilité des chocs en cas de prise de bêtabloquants...

« Vous pouvez courir chez monsieur Nourot et m'apporter son carton à médicaments ? Il doit être dans la cuisine », dis-je en regardant trois voisins qui discutaient assis sur un muret. L'un d'eux se décida et, après quelques pas, se mit à courir. Il sentait l'urgence de la situation. En moins de temps qu'il ne fallut pour le dire, il revenait avec madame Nourot, qui s'était enfermée dans sa chambre pour prier.

« Ah oui, docteur, on ne vous a pas dit ! Mon mari est allé la semaine dernière chez le cardiologue parce qu'il avait des palpitations, et le docteur nous a donné ces cachets », dit-elle, la voix pleine de sanglots.

Sans prendre le temps de lui répondre, je pris la boîte qu'elle me tendait. Bon sang, du Propranolol ! C'était justement un bêtabloquant. Je comprenais maintenant pourquoi la tension ne remontait pas. Il était urgent que le Samu arrive.

Les bêtabloquants sont des médicaments qui ont pour objectif de bloquer les récepteurs à l'adrénaline sur les cellules cardiaques, ralentissant ainsi le cœur. Or, en cas de choc, on a justement besoin de réactiver les cellules cardiaques. En injectant de l'adrénaline, on stimule ces fameux récepteurs qui vont alors rendre les myocytes plus contractiles, plus puissants, et donc accélérer le pouls et faire remonter la tension artérielle. La prise de Propranolol avait conduit chez monsieur Nourot la sidération de ces récepteurs, incapables de réagir à mes injections d'adrénaline.

À ce moment arriva à toute allure le véhicule médical transportant l'urgentiste, qui précédait l'ambulance. Sans véritablement s'occuper de moi, le médecin du Samu plongeait sur le malade, pendant que je lui donnais des éléments temporels, les traitements que j'avais administrés, et la dernière information qu'il m'avait été donné de connaître, ces fameux bêtabloquants. En un éclair, il avait compris la situation.

« Laissez-moi faire, s'il vous plaît », demanda-t-il, afin que chacun lui donnât la place d'agir.

Pendant que l'infirmier, arrivé par ambulance, vérifiait la solidité de la voie puis installait les électrodes, l'urgentiste, après avoir retiré le masque à oxygène, ouvrit la bouche de monsieur Nourot – non sans mal – et tenta une intubation avec une sonde de diamètre faible compte tenu de l'œdème qu'il imaginait important.

L'intubation fut un succès, et le fermier retrouva peu à peu un rythme cardiaque normal. Il put être transporté jusqu'à l'hôpital. Étant donné que je lui avais déjà inoculé 3 mg d'adrénaline, il ne restait guère d'alternative à l'urgentiste pour agir, si la tension venait à rechuter, que de préparer de la dobutamine, un médicament aux propriétés tonicardiaques.

L'état neurologique de Pierrot s'était aggravé, car il s'était passé pas mal de temps depuis la chute de tension et l'arrivée du Samu. Cela suffit à entraîner une souffrance cérébrale du fait de l'hypoxie. Néanmoins, après quinze jours de réanimation, il put sortir sans séquelle.

Il comprit facilement – et je l'y aidai, ayant eu très peur pour lui – la double erreur qui avait été la sienne. D'abord, ne pas avoir informé le cardiologue qu'il était allergique aux venins d'hyménoptères, et qu'il pouvait à tout moment faire un choc. Le cardiologue n'aurait alors certainement pas prescrit cette classe pharmacologique et aurait privilégié un autre traitement anti-arythmique. Par ailleurs, si le malade, au retour de sa consultation cardiologique, m'avait fait savoir ce qu'on lui avait prescrit, j'aurais pu en parler avec le cardiologue.

Ainsi, sa seconde erreur avait été de ne pas m'informer de la prise de ce traitement bêtabloquant. Rien n'est anodin, en médecine, et les médicaments qui sauvent sont aussi les médicaments qui peuvent tuer. Ce fameux Propranolol traitait ses troubles du rythme cardiaque, mais il avait aussi été la cause de l'inefficacité du traitement du choc anaphylactique, qui de ce fait avait prolongé un état d'hypovolémie qui aurait pu être très préjudiciable aux organes nobles que sont le cerveau, le cœur et les reins. Voire tout bonnement à sa survie...

Je ne confonds pas effets secondaires et contre-indications

Les notices qui se trouvent dans les boîtes de médicaments sont souvent lues par les malades. Or, elles contiennent des informations si vagues et générales qu'elles pourraient convenir pour à peu près n'importe quel traitement... Mais, surtout, il y manque des informations cruciales, ou bien celles-ci sont difficilement repérables, comme la classe pharmacologique à laquelle appartient le médicament, et les posologies recommandées.

Tout patient éduqué est apte à comprendre la classe du traitement qu'il prend. Ainsi, sans connaître toutes les molécules d'une même classe, un patient est à même de dire à un médecin que les IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) lui sont par exemple contre-indiqués. Il serait donc bon que l'appartenance de ce médicament (utilisé pour lutter contre l'hypertension, les maladies coronariennes et l'insuffisance cardiaque chronique) à telle famille pharmacologique soit clairement et aisément lisible sur la notice de la boîte de Captopril, par exemple, qu'il pourrait être amené à prendre.

Les malades ont tendance à mettre sur le compte du médicament qu'ils prennent l'épisode médical qui survient par la suite. Souvent, il ne s'agit que d'une coïncidence, mais si sur la fameuse notice figure un symptôme proche ou plus ou moins apparenté aux manifestations ressenties, alors on se convaincra rapidement que le fautif est ce nouveau traitement. Par exemple, dès lors que des risques d'éruptions cutanées sont signalés, un malade aura tendance à mettre sur le compte du médicament toute plaque qui apparaîtra sur la peau pendant le traitement.

Les effets secondaires, ce sont ces risques qu'il faut assumer, mais ceux-ci sont bien inférieurs en termes de fréquence aux bénéfices escomptés. *A priori*, il n'y a pas lieu de craindre une telle complication du traitement.

Une contre-indication, c'est tout autre chose. C'est le fait que tel médicament ne peut pas être prescrit à telle personne pour des raisons médicales, ou en raison d'incompatibilités avec un autre traitement suivi.

Par exemple, les corticoïdes systémiques sont le plus souvent contre-indiqués en cas de diabète sucré, car ils peuvent l'aggraver. Il y a ainsi des contre-indications relatives qui découlent d'un risque lié à la synergie de deux médicaments. De même, si vous devez recevoir des corticoïdes, et si, de surcroît, vous êtes sous traitement anticoagulant, il y a un risque accru de saignement digestif.

Acné et isotrétinoïne

Lorsqu'arriva à la consultation ce jeune homme de 18 ans, je me vis à son âge avec toute la souffrance que pouvait me procurer un seul bouton d'acné qui s'était révélé pendant la nuit. Mais lui était couvert de dizaines de lésions acnéiques, purulentes, nodulaires, sur le front, les joues et le menton. Elles laissaient déjà place à des cicatrices en relief appelées chéloïdes. Ce jeune homme, accompagné de ses parents, venait chercher un remède miracle. Il avait déjà consulté plusieurs dermatologues. Il avait eu des cures de cyclines, puis de zinc, et des traitements locaux. Mais il était indéniable qu'une telle acné, tant elle était sévère, ne pouvait pas être traitée autrement que par un traitement systémique par isotrétinoïne.

Je sentais une certaine réticence chez ce jeune patient qui, dès son arrivée, se positionna comme un adversaire des médicaments « forts ». « Je ne veux pas de traitement fort, docteur ! Je suis plutôt homéopathie... » Ainsi, avant d'avancer ma proposition, je voulus établir l'étendue de la maladie. Le torse et le dos étaient eux aussi couverts de lésions acnéiques, très douloureuses de surcroît. Il n'y avait pas d'autres solutions que ce traitement. Si je ne lui prescrivais pas, s'il ne le prenait pas, ses lésions persisteraient durablement et il resterait défiguré.

« Écoutez, docteur, répondit sa mère lorsque je leur exposai mes conclusions, nous avons vu un autre médecin qui nous a dit que jamais il ne

prescrirait ce médicament car il est dangereux. Et il a tellement de contre-indications...

– Madame, les contre-indications sont des situations qui font que le médicament ne doit pas être prescrit. Dans le cas de votre fils, il n’a pas de problèmes de santé qui lui contre-indiqueraient ce médicament. Ne confondez pas les contre-indications et les effets secondaires. Les contre-indications représentent un ensemble de situations – par exemple l’existence d’un diabète, d’une hypertension artérielle, d’une maladie oculaire, d’une allergie connue – qui font que tel ou tel médicament ne peut pas être prescrit. Que sont les effets secondaires ? Ce sont des effets attendus ou inattendus, cependant non souhaités, qui peuvent apparaître sous l’effet d’un traitement. On connaît parfaitement tous les effets secondaires de l’isotrétinoïne, qui sont de faible importance, qui peuvent même ne pas apparaître, tout cela étant lié à la posologie et aux pathologies éventuellement associées. Croyez-moi, le bénéfice est largement supérieur aux effets secondaires. »

Par ailleurs, il me semble qu’un médecin ne peut pas déclarer qu’il refuse de prescrire tel ou tel traitement. Il a bénéficié de l’argent public pour faire sa formation. La formation médicale officielle faite dans les facultés ne peut pas être discutée dans ses applications, ou alors il lui faut sortir du champ de la médecine et de sa prise en charge par la Sécurité sociale. Si un médecin ne se sent pas à la hauteur pour prescrire et suivre un traitement, il ne doit pas le contre-indiquer, mais adresser son malade à un médecin qui saura le faire.

« Oui, mais docteur, intervint le jeune patient, on a parlé de suicides, avec ce médicament...

– Savez-vous de quoi il s’agit exactement ? Avez-vous eu connaissance des études sur ce sujet ? Savez-vous quelle est la position de l’Agence nationale de santé, la seule habilitée à dire aux médecins s’ils peuvent ou non prescrire tel ou tel médicament ? S’agissant des suicides, il faut faire très attention à ce que l’on déclare. En effet, il ne suffit pas qu’il y ait des personnes qui se suicident alors même qu’elles sont sous traitement pour en déduire que c’est le traitement qui est responsable. Ces mêmes personnes ont certainement un réfrigérateur dans leur cuisine et, pour autant, il ne viendrait à l’idée de personne de mettre en cause la détention d’un réfrigérateur. De plus, le suicide est la première cause de mortalité chez les

adolescents. Il est donc logique d'observer des suicides chez des adolescents prenant ce traitement, comme on en observe chez des adolescents qui ne le prennent pas. Ce qui est intéressant à considérer, c'est combien d'adolescents sous traitement se suicident, et combien d'adolescents qui ne prennent pas ce traitement bien qu'atteints d'acné se suicident également. Il n'y a pas de différence entre les deux groupes. Il y a même tout lieu de penser que le fait d'avoir une acné non curable, qui n'est pas traitée, puisse rendre un adolescent dépressif, et, dans ce cas, qu'il puisse y avoir dans le groupe d'adolescents acnéiques non traités une plus grande fréquence de suicides.

– Mais on lit tellement de choses sur Internet !

– Il faut beaucoup se méfier d'Internet dans le domaine de la santé – comme dans d'autres domaines, d'ailleurs. Ce que l'on voit sur Internet est-il le modèle de ce qu'il faut faire dans la vie ? Certainement pas pour beaucoup de situations. Pour ce qui concerne la médecine, beaucoup de personnes s'expriment parce qu'elles ont des pratiques sectaires, parce qu'elles ont un tempérament qui s'oppose au modernisme, aux médicaments. Ces personnes sont tellement convaincues de leurs idées qu'elles n'hésitent pas à passer de nombreuses heures sur Internet pour transmettre leurs convictions. Il y a donc des excès évidents dans ce domaine. Par ailleurs, si vous tapez “effets secondaires de l'isotrétinoïne ?” sur Internet, vous verrez en effet toute la liste des effets secondaires qui ont pu être observés depuis la mise sur le marché de ce médicament dans les années 1980 jusqu'à maintenant, et ce sur des millions de patients. Cela signifie-t-il qu'un seul patient aura tous ces effets secondaires ? Certainement pas. C'est comme si vous montiez dans une voiture et qu'on vous remettait un document de tout ce qui peut arriver à quelqu'un qui se met au volant. On a vu des choses incroyables, des personnes mourir spontanément au moment de monter dans une voiture. Il s'agissait d'un arrêt cardiaque sans rapport avec la voiture. Cet effet secondaire serait cependant noté dans le cas d'un médicament ? On a vu des personnes écrasées par une charge tombée sur le véhicule : il s'agit là encore d'un effet secondaire sans rapport avec le fait de conduire une voiture ! »

Dans le cadre du médicament, il faut être vigilant quant à la façon d'analyser les effets secondaires supposés. L'acte médical est une convention établie tacitement entre un médecin et son malade. La personne

la plus apte à suivre les effets positifs ou délétères d'un traitement et à répondre aux interrogations sur celui-ci, au cas où quelque chose surviendrait en relation ou sans relation avec le traitement, est le médecin traitant ou le spécialiste. Par son expérience, ses connaissances, il saura dire aisément si le traitement peut ou ne peut pas, doit ou ne doit pas être poursuivi.

Je ne fus pas mécontent de mes explications, très affirmatives, même s'il demeure parfois quelques doutes. Mais le malade, lui, ne doit pas douter. Il doit faire confiance. Si je montre que j'ai moi-même quelques incertitudes, alors il est vraisemblable que le traitement ne sera pas suivi. J'ai tellement vu de malades subir les conséquences de leur décision de ne pas suivre tel ou tel traitement... Je sais combien ils peuvent le regretter après avoir traversé des années de douleurs physiques ou morales, après avoir cherché en vain une solution qui leur avait déjà été proposée.

Je savais que, si Clément ne suivait pas ce traitement, le seul qui soit suffisamment efficace pour mettre son acné très sévère en rémission, alors sa vie d'adulte serait perturbée. Il aurait honte de son visage, de son corps, de sa peau. Ce qui aurait forcément des répercussions sur sa vie affective.

« Docteur, je vais réfléchir et je reviendrai, me dit-il.

– Cher Clément, laisse-moi te considérer comme mon fils. En tout cas, le traitement que je te prescris, je le prescrirais à mes enfants. Pourquoi réfléchir alors que je suis là pour répondre à tes questions ? Ne crois-tu pas qu'à un moment tu dois te laisser guider, suivre mes conseils ? Nous sommes dans un domaine où tu n'as pas les connaissances nécessaires et suffisantes pour juger. De nous deux, seul moi peut le faire. »

Cette forte conviction ainsi exprimée eut raison des réticences du jeune homme, qui accepta sans discuter davantage le traitement.

Environ six semaines plus tard, je vis arriver à ma consultation un jeune homme au teint rose, radieux, et le visage souriant.

« Docteur, je vous ai battu !

– Pourquoi me dis-tu cela ?

– Vous m'aviez dit qu'en un mois et demi j'aurais 80 % d'amélioration. Eh bien, j'en ai 90 % ! me dit-il sur un ton plaisantin.

– En effet, tu es plus fort que moi ! » dis-je, heureux d’avoir accompli ma mission.

Il ne me restait plus qu’à renouveler chaque mois la prescription, suivre les paramètres biologiques, et, en huit mois, la dose totale nécessaire pour un traitement quasiment définitif fut absorbée.

« Nous pouvons arrêter le traitement, dis-je. Termine la boîte qu’il te reste, puis stop.

– Docteur, je voudrais vous dire quelque chose...

– Quoi donc ?

– Merci, merci infiniment. Sans vous, je serais encore couvert de ces horribles boutons. Et puis, avec vous, j’ai appris à faire confiance, à m’en remettre à un tiers ; mais pas n’importe lequel. Un médecin, qui sait ce qui est bon pour moi. »

Ces paroles me firent un immense plaisir. Le médecin n’est pas seulement un thérapeute, il doit aussi être un pédagogue capable d’expliquer, de convaincre, de vaincre les réticences d’un patient face à un traitement réellement contraignant ou traînant une mauvaise réputation. En effet, sans l’acceptation et l’adhésion du patient, il n’y a pas de bonne médecine possible.

Je ne change pas mon traitement de mon propre chef

Tout le monde ne peut pas avoir suivi dix ans d'études de médecine. Mais il faut se méfier de ceux que la fréquentation des sites et forums médicaux a convaincus qu'ils pouvaient avoir un avis aussi pertinent que celui d'un médecin. La méconnaissance de ce qu'est une molécule, et notamment un médicament, peut avoir des conséquences lourdes, et parfois même dramatiques.

Ainsi, modifier un traitement sans en informer son médecin peut se révéler catastrophique. Il est presque aussi important de commencer un traitement dans les règles que de savoir l'arrêter correctement. La prise de certains médicaments ne peut pas être arrêtée simplement en avalant le dernier comprimé. Il peut y avoir des risques de rechute aiguë, des risques de manque, des effets paradoxaux. La durée d'un traitement a été déterminée en fonction de votre pathologie. Même si les effets sont rapides, et que l'on ne se sent plus dépendant du médicament, le stopper avant la fin de la durée de prescription fait courir des risques quant à une reprise évolutive de la maladie.

Nul ne peut se passer aujourd'hui d'un agenda. Qu'il soit classique, c'est-à-dire papier, ou électronique, tenu sur son téléphone. C'est comme un assistant personnel qui, notamment, nous rappelle nos rendez-vous. Alors qu'il serait si simple d'y noter des informations médicales importantes, il est dommage d'observer que le début d'un traitement (tout comme la date d'apparition de certains symptômes) est rarement connu d'un malade, de même que les périodes pendant lesquelles il a reçu un autre traitement pour une maladie intercurrente.

Connaître la durée de la prise d'un médicament est important. Prenons les anxiolytiques. On sait que, si ces médicaments sont pris en continu pendant six mois, on court le risque d'une dépendance dans la moitié des cas. On sait aussi que, si un traitement par isotrétinoïne pour l'acné sévère est arrêté trop tôt, c'est-à-dire avant que le patient ait reçu 120 mg/kg (donc, s'il pèse 60 kg, 7 200 mg), alors celui-ci aura près de 20 % de chances de voir son acné revenir comme au début.

Il est des informations, dans un agenda papier, qui se trouvent au début : les données personnelles comme les nom, prénom, téléphone, adresse. À cet endroit devraient apparaître, sinon les maladies, du moins les principaux traitements reçus, avec la date de début et la posologie – informations qui seront reportées chaque début d'année sur le nouvel agenda. Cela pourra être très utile en cas d'accident ou de situation d'urgence, et vous obligera à garder bien en tête ces informations essentielles pour votre santé.

Toutes ces recommandations sont idéales dans le meilleur des mondes. Mais on ne prend jamais le temps de s'arrêter et noter. On fait beaucoup confiance à sa mémoire. Pourtant, si vous saviez le temps que vous gagneriez à tout noter !

J'ai souvent proposé à mes patients une méthode très simple : un semainier pour la famille. Un tiroir pour chaque membre de la famille. Et, dans ce tiroir, on y met tout – les ordonnances, les résultats de prise de sang, même les médicaments. On peut y glisser un morceau de papier sur lequel on a griffonné « diarrhée le 5 octobre, deux jours après le début du traitement ». Lorsqu'on doit se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, on prend le tout, on le range dans une chemise : on a alors tout ce qu'il faut pour que la consultation soit optimale.

Décédée pour avoir arrêté son traitement sans en parler à son médecin

Madame Dupain, âgée de 35 ans, avait accouché pour la troisième fois, d'une petite fille. Sa grossesse avait été compliquée, difficile à suivre. Et, au cours de l'accouchement, on avait déploré une hémorragie au niveau de la glande hypophyse, entraînant un syndrome de Sheehan, c'est-à-dire une nécrose hémorragique de cette glande pituitaire – un drôle de nom pour dénommer l'hypophyse. Un tel événement, plutôt rare, aurait des

conséquences pour le reste de la vie de la patiente, puisque la glande hypophyse, chef d'orchestre de toutes les autres glandes, ne pourrait plus donner ses instructions aux gonades, c'est-à-dire aux ovaires, ni même aux glandes surrénales et à la glande thyroïde.

Il est intéressant de noter qu'en physiologie humaine ces glandes, pour être fonctionnelles, ont besoin d'être stimulées régulièrement par des hormones provenant de la glande hypophyse qui, en libérant de la LH (hormone qui facilite l'ovulation) et de la FSH (qui, entre autres, pousse les ovaires à sécréter des œstrogènes), va agir sur les ovaires et faciliter leur fonctionnement. Par sa délivrance de TSH, l'hypophyse agit alors sur une autre glande, la glande thyroïde, pour induire une sécrétion d'hormones thyroïdiennes. Au travers de la sécrétion d'ACTH, autre hormone de l'hypophyse, la glande surrénale va se trouver prête à fabriquer les glucocorticoïdes, c'est-à-dire du cortisol.

Chez madame Dupain, du fait de la disparition posthémorragique de la glande hypophyse, les glandes périphériques n'avaient plus de contrôle positif. En l'absence de traitement, la survenue rapide d'une insuffisance de fonctionnement de ces trois organes (ovaires, glandes surrénales, glande thyroïde) était à craindre, avec insuffisance thyroïdienne, et donc hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne – et apparition d'une ménopause précoce.

Les médecins spécialistes qui étaient intervenus à la suite de l'accident avaient préconisé à la patiente la prise d'hormones thyroïdiennes, de cortisol (qui s'appelle d'un point de vue médicamenteux l'hydrocortisone), et bien sûr d'œstrogènes et de progestatifs, c'est-à-dire une pilule. Avec ce traitement, la patiente se trouvait en parfaite santé, comme si ces hormones étaient délivrées directement par ses glandes, alors que, dans le cas présent, elles étaient administrées par voie orale. Depuis plus de dix ans, madame Dupain vivait donc paisiblement, avec ce traitement parfaitement bien équilibré et des taux d'hormones circulantes tout à fait satisfaisants.

Lorsqu'il fallut renouveler son ordonnance, en cet automne 2004, elle demanda à son médecin de bien vouloir y réinscrire les 125 µg de L-thyroxine, les 40 mg d'hydrocortisone, ainsi que la pilule qu'elle prenait tous les jours. Puis elle se rendit comme chaque mois à sa pharmacie pour se procurer ces précieuses hormones sans lesquelles elle ne pourrait vivre normalement. Pour la première fois, elle y rencontra un jeune pharmacien

venu là en remplacement et qui, visiblement, s'intéressait beaucoup au traitement des patients, allant jusqu'à commenter l'ordonnance de madame Dupain.

En relevant que celle-ci prenait de l'hydrocortisone, il eut un petit mouvement de recul et, levant les yeux, regarda la patiente de haut en bas, probablement à la recherche de signes d'imprégnation cortisonique. Il lui déclara :

« Depuis combien de temps prenez-vous de la cortisone ?

– Depuis un peu plus de dix ans, après mon accouchement.

– Oh làà ! Vous savez que ce n'est pas très bon de prendre de la cortisone au long cours ?! Vous risquez une déminéralisation osseuse et une prise de poids. Vous devriez aussi savoir que ça favorise la chute des cheveux. Et vous allez voir comme votre peau va se fragiliser et s'amincir... À votre place, puisque vous êtes très loin de l'accouchement, j'arrêtera ce traitement. Parlez-en à votre médecin. »

Pour la première fois, une personne discutait le traitement que je lui avais remis à l'hôpital et que son médecin renouvelait sans rechigner chaque mois. Ayant un peu oublié, depuis le temps, quel était le rôle de chacun de ces médicaments, elle se laissa convaincre que la cortisone qu'elle prenait pouvait lui être préjudiciable – ce d'autant que sa belle-mère avait été elle aussi mise sous corticoïdes et que, en effet, elle avait présenté assez rapidement les effets secondaires décrits soigneusement par ce jeune pharmacien.

Sans en informer ni son médecin traitant ni moi-même, et parce qu'elle avait confiance dans les propos de ce jeune homme, madame Dupain décida de soulager son traitement quotidien en arrêtant les trois comprimés du matin et le comprimé de midi de cette précieuse hydrocortisone, qu'elle avait malheureusement confondue avec un corticoïde de synthèse. Il ne s'agissait en fait que de cortisol, hormone naturelle présente dans tous les organismes humains. Car il ne faut pas confondre cortisone et cortisol !

Il y a le cortisol, que l'on peut aussi appeler hydrocortisone, et qui est l'hormone que vos glandes surrénales sécrètent chaque jour. Ces glandes portent ce nom car elles se situent juste au-dessus des reins, faisant un petit chapeau sur le pôle supérieur du « rognon » – c'est ainsi que l'on appelle le rein chez les animaux. Elles libèrent dans le sang 30 mg environ, de façon

continue à partir de 8 heures du matin, puis 10 mg supplémentaires aux environs de midi. Il faut aussi savoir qu'en cas de stress, ou de maladie intercurrente, les glandes, sous l'effet de l'hypophyse, vont sécréter davantage. Or, madame Dupain n'ayant plus d'hypophyse, elle n'avait pas d'autre solution que d'augmenter elle-même les doses d'hydrocortisone qu'elle prenait dans ces situations de stress.

Le cortisol ne doit pas être confondu ni comparé aux corticoïdes. Cette famille de médicaments développés chimiquement, s'ils ont en effet une structure comparable au cortisol, a des effets beaucoup plus puissants, ce qui en fait leur intérêt. Les corticoïdes sont administrés en cas de maladie inflammatoire, soit de façon aiguë, soit de façon chronique. Ils miment les effets du cortisol en retenant le sel dans l'organisme, mais, malheureusement, là où le cortisol a un effet anabolique (c'est-à-dire favorise les synthèses de protéines), les corticoïdes ont l'effet contraire, dit catabolique. Ainsi, ils font fondre les protéines de l'os, des muscles, de la peau.

Le jeune pharmacien, auquel on ne peut faire le grief de son manque d'expérience, et qui avait probablement loupé un chapitre de ses cours, se convainquit que madame Dupain prenait des corticoïdes depuis trop longtemps. Et ce qui devait arriver arriva. Trois ou quatre jours après l'arrêt du traitement et sans qu'elle le mît elle-même en relation, madame Dupain souffrit de douleurs abdominales, d'une soif intense avec besoin d'uriner et d'une grande lassitude. Le médecin appelé à son chevet, à qui la patiente n'avait pas dit qu'elle avait arrêté l'hydrocortisone, constata en effet une pâleur, une fatigue, et même une hypotension artérielle assez importantes. Sans pouvoir déceler une cause particulière, il en déduisit qu'elle faisait un épisode infectieux viral, qu'il lui fallait se reposer, et que tout rentrerait dans l'ordre.

Mais la patiente ne lui avait pas dit non plus qu'elle devait partir le surlendemain en vacances en Amérique du Sud. Prenant sur elle et malgré la fatigabilité musculaire, elle ne put se priver de ce long voyage prévu depuis plusieurs mois, son mari voulant célébrer ainsi leur quinzième anniversaire de mariage.

Malheureusement, en cours de séjour, ne trouvant pas de service médical compétent, madame Dupain décéda une nuit après des douleurs abdominales intenses, un état de déshydratation considérable, des suites de

ce qu'il faut bien appeler une insuffisance surrénalienne aiguë. En effet, le fait de priver soudainement son organisme d'une hormone essentielle (le cortisol) avait conduit madame Dupain à la déshydratation et à ses conséquences funestes, troubles ioniques avec perte de sodium dans les urines. S'y étaient ajoutés des troubles glycémiques, avec hypoglycémie conduisant à une perte de connaissance. Une confusion entre hydrocortisone et le terme galvaudé de « cortisone », qui ne veut rien dire en soi, avait ainsi conduit une patiente à supprimer sans demander l'avis de son médecin, un médicament indispensable à sa vie.

Autant les corticoïdes de synthèse, prednisolone, prednisone, médicaments utilisés en cas de maladies inflammatoires, doivent faire l'objet d'une surveillance particulière avec, notamment, régime sans sel, régime hypocalorique et hypoglycémiant ; autant l'hydrocortisone, que l'on reçoit par voie orale si l'on souffre d'une insuffisance surrénalienne, ou sous forme de cortisol directement par les glandes surrénales lorsque tout va bien, ne justifie aucunement de régime particulier. De surcroît, ce cortisol n'entraîne pas de prise de poids, car, si tel était le cas, nous serions tous obèses, nous aurions des vergetures et nous souffririons d'ostéoporose.

Les hormones d'origine surrénalienne ont été découvertes dans les années 1950, et leurs fantastiques propriétés en ont fait des médicaments espérés, mais aussi suspectés, à tel point qu'il est plus difficile pour un médecin, encore aujourd'hui, de prescrire un corticoïde ou même de l'hydrocortisone que de traiter un trouble du rythme cardiaque.

Il faut bien comprendre que nul ne peut penser connaître la nature d'un traitement sur la seule base du nom du médicament. Des rapprochements trop faciles peuvent avoir des conséquences dramatiques. Et surtout – surtout ! –, un patient ne doit *jamais* interrompre tout ou partie d'un traitement en cours sans consulter auparavant le médecin qui le lui a prescrit. On vient de le voir : dans certains cas, c'est même une question de vie ou de mort !

Je respecte les silences de mon médecin

Le médecin exerce une profession qui nécessite une réflexion intense, qui impose de chercher au fond de son cerveau des connaissances parfois enfouies. Il doit dans le même temps se remémorer différentes choses relevées lors de son interrogatoire, et intégrer les anomalies biologiques qu'il a vues sur les analyses du malade. S'il est distrait par d'incessantes prises de parole de son patient, il ne pourra pas se concentrer suffisamment. Dans la plupart des professions – prenons le cas d'un avocat ou d'un notaire –, les préconisations ne seront pas énoncées immédiatement au cours de la consultation initiale, mais après un délai permettant une analyse fine du dossier. On demande beaucoup au médecin. Certes, il a l'habitude de travailler vite, ses études le lui ont imposé. Pour autant, un patient doit savoir lui laisser le temps de la réflexion. Lorsque l'interrogatoire est terminé, lorsque les informations importantes ont été données, le patient doit savoir différer anecdotes et bavardages inutiles. Il en va de son intérêt et de la justesse du premier diagnostic qui sera alors délivré.

J'ai failli oublier de prescrire un examen essentiel

Ce jour-là, j'étais assez contrarié par des examens biologiques que j'avais reçus et qui ne correspondaient pas à ma demande. Là où j'avais réclamé une coprologie fonctionnelle, c'est-à-dire une analyse chimique des selles, le laboratoire me répondait en me donnant une bactériologie des selles, ce qui n'avait vraiment rien à voir. Le patient s'inquiétait de voir tant de bactéries et pensait que j'avais mis le doigt sur une pathologie, alors qu'en

fait il s'agissait de microbes dont la présence dans le tube digestif est tout à fait normale.

Lorsque la patiente suivante arriva, le tableau clinique m'apparut rapidement très complexe. C'était une jeune femme de 40 ans qui, visiblement, souffrait beaucoup, avec un visage rouge, la peau infiltrée, et un handicap majeur avec des douleurs articulaires qui limitaient sa marche devenue précautionneuse. Tout cela était apparu une dizaine de jours auparavant, après un séjour en vacances au soleil.

Il ne s'agissait pas d'une pathologie aiguë qui allait céder rapidement, mais bien l'entrée dans une maladie chronique, compte tenu des antécédents familiaux que je connaissais. Sa mère avait eu une polyarthrite rhumatoïde, une de ses sœurs une thyroïdite de Hashimoto, maladie auto-immune de la glande thyroïde (extrêmement fréquente puisqu'elle touche presque une femme sur dix de plus de 50 ans), une autre une maladie de Biermer, c'est-à-dire une carence en vitamine B12 liée à une maladie auto-immune qui touche l'estomac.

J'étais si concentré que j'oubliais la présence de son mari, très effacé, très discret. En général, il est utile de s'adresser aussi au conjoint pour quantifier l'importance des souffrances, mais je ne le sentais pas prêt à intervenir dans ce questionnement méthodique.

En reprenant la fiche de la patiente, j'observai qu'elle m'avait consulté quatre ans plus tôt pour un syndrome de Raynaud. Elle souffrait alors d'un syndrome des extrémités d'ordre vasculaire, avec un arrêt brutal de la circulation correspondant à la phase syncopale de ce syndrome lors de l'exposition au froid. Cela se produisait à chaque fois qu'elle touchait son volant de voiture froid, ou quand elle ouvrait sa porte avec des clés gelées en hiver. Il était aisé alors de lui faire décrire la phase asphyxique où les doigts, après cette phase blanche, devenaient violets, puis la phase de récupération, où les doigts redevenaient rouges avec une douleur très importante, que certains, dans notre région, appellent l'onglée.

Une fois l'interrogatoire terminé, je pris ma tête entre mes mains et me mis à rassembler les éléments pour tâcher de construire un diagnostic. J'avais bien observé et retenu que la patiente présentait une photosensibilité, des douleurs articulaires inflammatoires et un syndrome de Raynaud. Elle avait consulté pendant son séjour de vacances, et le médecin avait demandé une numération formule qui mettait en évidence une

neutropénie, soit un abaissement de certains globules blancs, les polynucléaires neutrophiles. On y voyait également un abaissement des plaquettes, c'est-à-dire une thrombopénie, et l'électrophorèse des protéines, examen simple mais riche en informations, mettait en évidence un excès de gammaglobulines, c'est-à-dire d'anticorps. Tout ce tableau clinique correspondait de façon tout à fait nette à un lupus érythémateux systémique, c'est-à-dire une maladie auto-immune de l'ensemble de l'organisme. Cette maladie touche la peau, les articulations, les reins. Elle a de multiples manifestations : chaque malade a sa propre présentation clinique, qui peut être très différente de l'un à l'autre.

L'interrogatoire avait visé à rechercher des facteurs de gravité tels que la notion de phlébites ou de fausses couches, et l'examen clinique avait mis en évidence de nombreux petits ganglions tout à fait compatibles avec ce tableau. La patiente était très inquiète.

Ce qui m'avait frappé aussi, c'est qu'elle était très bavarde ! Ne pouvant écrire « bavarde » dans le dossier, je notai : « forte logorrhée ». Alors que son mari, lui, gardait un silence total, elle n'arrêtait pas de parler, rappelant l'importance des sensations de cuisson qu'elle ressentait au niveau du visage, évoquant ses douleurs articulaires qu'elle décrivait comme intenable, puis ses douleurs musculaires et ses troubles du sommeil... Je n'avais pas fini de recueillir les informations précédentes que, soit elle revenait sur des aspects déjà mentionnés, soit elle apportait d'autres éléments, plus ou moins utiles à l'élaboration du diagnostic. Il était pourtant important que je réfléchisse longuement et soigneusement au bilan biologique nécessaire à établir le diagnostic. J'avais déjà clairement envisagé le traitement, que j'allais débiter sans tarder, car cette maladie peut entrer en phase de complications subitement.

Au moment de commencer à rédiger l'ordonnance de prescription des examens spécifiques, la patiente accapara de nouveau mon attention, m'obligeant à poser mon stylo. La sentant très anxieuse, je ne voulais pas l'interrompre brutalement et lui donner à croire que ses préoccupations n'étaient pas les miennes. Je réussis enfin à noter le dosage des anticorps antinucléaires qui sont les marqueurs biologiques de la maladie auto-immune dont il était question, mais je savais que, par l'interrogatoire, des éléments importants m'avaient été donnés, qu'il me fallait maintenant conforter par des dosages spécifiques. Ces dosages ne sont pas de pratique

courante et nécessitaient de ma part une réflexion pour les transcrire précisément. Devant le discours ininterrompu de la patiente, cependant, je n'arrivais pas à mobiliser ma mémoire pour trouver le nom de ces sacrés autoanticorps antiphospholipides que je devais absolument doser. Je laissai donc la ligne vide pour passer à d'autres dosages plus simples et, bêtement, je me vis prêt à écrire « dosage des triglycérides et du cholestérol », comme si ces examens avaient une quelconque utilité – ce qui n'était pas le cas et qui, de plus, était redondant, puisque déjà effectué antérieurement.

Quand le patient ne laisse pas le temps au médecin de réfléchir aux bonnes prescriptions, il arrive à ce dernier, pour ne pas rester sec devant sa feuille blanche de prescription, de demander des examens totalement inutiles qui coûtent cher et qui n'apportent rien au diagnostic. Ma page de prescription, qui aurait dû compter une dizaine de lignes, n'en comportait que trois, tant j'avais été inhibé et bloqué par ce discours incessant.

La sentant très pressée de voir quel traitement j'allais lui remettre, j'interrompis la phase des recherches biologiques, et je pris une nouvelle ordonnance pour prescrire l'hydroxychloroquine, qui est le médicament de fond de cette maladie. J'en expliquai brièvement l'intérêt. Ce médicament suscite généralement beaucoup d'inquiétude, car les patients lisent sur la notice qu'il faut faire un examen ophtalmologique et qu'il existe des risques oculaires. En réalité, ces risques sont peu fréquents. Ils justifient néanmoins un examen oculaire systématique tous les six mois, que je devais prescrire. Mais là encore, devant les nombreuses questions posées par la patiente, et alors même que cela m'était passé par l'esprit, je ne mentionnai pas la nécessité de ce suivi ophtalmologique. Cela ne me contraria pas, il serait assez tôt de le lui recommander lors de la visite suivante, qui devait avoir lieu dans un mois.

La consultation dura suffisamment longtemps – près d'une demi-heure –, sans pour autant que j'aie la satisfaction d'avoir fait une prise en charge correcte. Il me semblait avoir oublié un certain nombre de choses, de ne pas avoir abordé tous les aspects avec la patiente. Pour autant, mon cerveau était vide, incapable de réagir, tant elle avait tenu à me donner des informations inutiles, me détaillant par exemple son après-midi à la piscine au cours duquel l'éruption avait commencé à apparaître. Elle me décrivait l'endroit où elle se trouvait, le linge de plage sur lequel elle s'était étendue,

les personnes avec lesquelles elle avait discuté, et il m'était impossible de mettre fin à son discours qui reflétait une terrible angoisse.

Je revins à mon bureau et reçus la patiente suivante. Mais, au bout de cinq minutes, je me redressai sur mon siège et regardai fixement la porte d'entrée en me disant : « Mince, il y a au moins trois choses que j'ai oublié d'aborder et qui sont essentielles ! Je ne lui ai pas dit qu'il faut une surveillance ophtalmologique. Il est clair que, compte tenu de son degré d'angoisse, elle va paniquer et ne pas prendre le traitement, ou alors chercher de multiples raisons de ne pas le prendre en questionnant autour d'elle ou en regardant sur Internet... »

Enfin me revenait le nom de ces fameux auto-anticorps antiphospholipides qu'il me fallait prescrire, compte tenu de la notion de fausses couches dans un contexte de lupus. Cette patiente risquait de faire un accident vasculaire cérébral ou des phlébites. Ce n'était pas tant la possibilité d'être inquiet pour avoir oublié de doser ces anticorps que le souci d'une absence de prévention à l'égard de ces accidents vasculaires qui me préoccupait. Je ne pouvais continuer la consultation suivante sans avoir revu cette patiente pour intervenir sur tous ces points. D'autant plus qu'un autre aspect très important n'avait pas été abordé : son vraisemblable état dépressif.

Le discours logorrhéique qu'elle m'avait tenu témoignait en effet d'une véritable souffrance morale qui ne m'était pas apparue immédiatement. Alors même que la prise en charge en consultation comporte quatre étapes essentielles, à savoir l'interrogatoire, puis l'examen clinique, la prise de connaissance d'examen biologiques antérieurs et, enfin, un questionnaire sur la souffrance morale, je n'avais pas pu relever chez cette patiente un état dépressif qui concourait au développement du lupus.

Je demandai donc à ma secrétaire de la rappeler immédiatement et, comme elle n'était pas encore trop loin, elle revint sur ses pas, toute paniquée, convaincue que j'allais lui annoncer quelque chose de grave.

« Madame, lui dis-je, je m'en veux, et je vous en veux aussi. Car je n'ai pas pu prendre le temps nécessaire pour vous donner un certain nombre d'informations et rechercher chez vous les facteurs de risque que crée la maladie lupique. Je comprends votre désir de m'exposer de la façon la plus exhaustive possible les soucis qui sont les vôtres, mais il me faut maintenant, tranquillement et de façon très pragmatique, vous poser des

questions auxquelles vous répondrez précisément et sans détails inutiles. Vous m'avez bien dit que vous avez eu des fausses couches, n'est-ce pas ?

– Oui, docteur, j'en ai fait deux. Mais vous savez, il n'y a pas que moi qui...

– Merci, madame, je n'en veux pas plus. Cette information me suffit pour vous prescrire le dosage des trois autoanticorps dont je cherchais le nom tout à l'heure. Je vais les écrire tout de suite. S'il vous plaît, gardez le silence tant que je n'ai pas levé la plume de l'ordonnance et que je ne vous ai pas redonné la parole. »

Comme je commençais à écrire le nom des anticorps anticardiolipine, puis de l'anticorps antibêta-2-glycoprotéine 1, la malade m'interrompit :

« Docteur, j'ai oublié de vous dire...

– Madame, je vous ai demandé de ne pas m'interrompre tant que je n'avais pas fini cette prescription. Cela est de la plus haute importance, et je dois d'ailleurs rajouter un traitement à celui que je vous ai prescrit. »

La patiente, interloquée, regarda son mari, qui lui fit comprendre qu'en effet elle exagérait, et qu'elle devait maintenant me laisser travailler convenablement. Je terminai donc cette ordonnance. Sur la feuille de prescription, je rajoutai de l'aspirine à faible dose, en prévention des accidents potentiels qu'elle pourrait avoir dans le laps de temps précédant l'arrivée des résultats de ces fameux autoanticorps.

Cela étant fait, il me restait à aborder avec elle l'existence de troubles du sommeil, d'une douleur morale, d'une tristesse... Je pris une longue inspiration et la regardai droit dans les yeux.

« Madame, comment dormez-vous ? »

À cette question, elle me répondit qu'elle bougeait la nuit, qu'elle se réveillait toutes les deux heures, et, en réponse à ma question suivante, elle m'indiqua qu'elle ne rêvait plus depuis longtemps.

« Qu'avez-vous eu comme coups durs dans votre vie ? » lui demandai-je. À cette question, la patiente commença à s'agiter, son visage changea de couleur, ses yeux s'humectèrent, et elle se mit à pleurer, cherchant fébrilement dans son sac un mouchoir en papier. La poursuite de l'interrogatoire mit en évidence une douleur morale importante, un état dépressif caractérisé. C'était le point-clé qu'il me restait à aborder pour

débuter un traitement sérotoninergique, terme « pudique » pour indiquer un traitement antidépresseur.

Son état de santé avait commencé à s'altérer quatre ou cinq ans auparavant, à la suite d'un divorce qu'elle s'était obligée à demander compte tenu de l'infidélité de son mari. À ce moment, elle m'avait d'ailleurs consulté pour son syndrome de Raynaud. Je compris alors que l'homme qui l'accompagnait n'était pas son mari, mais son nouveau compagnon avec qui elle était depuis peu de temps. Cela expliquait sans doute pourquoi il était peu prolixe et restait à ce point en retrait. À l'époque de ce divorce difficile, je ne l'avais pas questionnée sur de possibles troubles psychiques associés, et il était possible qu'elle avait alors déjà commencé à souffrir de cet état dépressif.

Je passai donc les quelques minutes qui restaient à expliquer à ma patiente la nécessité du traitement sérotoninergique, à montrer des photographies de patients qui en avaient tiré profit, afin qu'elle pût être convaincue que ce médicament n'allait pas la mettre au fond de son lit, n'allait pas l'épuiser ni la rendre apathique, mais bien au contraire lui ouvrir l'esprit, accroître sa sensorialité et faire disparaître sa douleur morale.

Sans les silences forcés que j'avais enfin obtenus, je n'aurais certainement pas réussi à mener ma consultation jusqu'à son terme de la façon la plus exhaustive possible, abordant tous les points de la maladie. J'aurais alors rendu un diagnostic incomplet, qui n'aurait pas correctement soigné ma patiente et aurait impliqué des doutes inutiles, de nouvelles analyses, et peut-être même la consultation d'un autre médecin.

C'est dire si cette discipline est essentielle – pour le médecin comme pour le patient !

Je comprends qu'un test négatif n'élimine pas la cause envisagée

Prenons pour exemple les allergies alimentaires. Il ne suffit pas qu'un test allergologique soit positif pour que cela signifie que l'on a trouvé la cause au problème du patient. De même, ce n'est pas parce qu'un test est négatif qu'il n'y pas d'allergie...

La notion d'allergie alimentaire est quelque chose de bien connu par le grand public. Qui n'a jamais souffert d'une éruption d'urticaire après l'ingestion de fraises ? L'urticaire est en effet une des manifestations de l'allergie alimentaire. Encore faut-il se souvenir que les causes des urticaires sont nombreuses ; parmi celles-ci, il faut envisager l'intolérance ou l'allergie à un aliment, mais aussi certains parasites internes, le rôle de certains médicaments, l'intervention de certaines maladies dites auto-immunes.

Les manifestations de l'allergie alimentaire ne se résument pas à la survenue d'une simple urticaire. Certains malades se présenteront avec un syndrome migraineux, la migraine pouvant être le mode d'expression d'une allergie ou, plutôt, d'une intolérance alimentaire dans environ 5 % des cas. C'est le cas notamment avec les sulfites, ces conservateurs que l'on trouve, nous l'avons vu, dans certains vins blancs, dans des conserves, sur les crevettes roses, sur les figues sèches. D'autres se plaindront d'une fatigue intense, persistante, notamment après les repas. D'autres encore présenteront des symptômes digestifs comme les vomissements ou les régurgitations (chez le nourrisson), des diarrhées, de la constipation... Un même mécanisme peut être à l'origine de manifestations cliniques

différentes. Cela dépend de l'individu lui-même, et du terrain qu'il représente.

L'eczéma constitutionnel, terme qu'il faut bannir pour n'utiliser que le terme d'eczéma atopique, est le mode d'expression privilégié de mécanismes immunitaires, allergiques, métaboliques, liés à un ou plusieurs aliments. Ces aliments portent le nom de trophallergènes dans le langage médical.

Comment un nourrisson peut-il développer une allergie alimentaire ? On sait aujourd'hui que l'allergie à certains aliments peut se développer dès la vie *in utero*, et donc bien avant même que le nourrisson ait ingurgité les aliments auxquels il est déjà allergique. Si l'allaitement maternel est la nourriture préférentielle à utiliser chez un nouveau-né, il ne peut totalement empêcher, chez des enfants prédisposés de façon génétique ou familiale, le développement d'un eczéma atopique en relation avec une allergie alimentaire.

Un enfant peut-il être allergique au lait maternel ? Oui, c'est également possible, car il s'y trouve des extraits d'aliments provenant du lait de vache, de l'œuf, de l'arachide... On sait d'ailleurs que, chez un enfant qui développe un eczéma atopique en relation avec une allergie alimentaire, par exemple aux protéines de lait de vache, le fait que sa mère évite formellement tout aliment à base de lait de vache va permettre la poursuite de l'allaitement dans des conditions favorables, avec amélioration nette de l'eczéma.

Les laits maternisés contiennent eux aussi différentes protéines, et notamment des protéines du lait de vache comme la caséine. Certains enfants deviennent allergiques et, dans ce cas, il faut utiliser des laits dits anallergéniques, c'est-à-dire avec des protéines de lait hydrolysées, diminuant ainsi leur pouvoir allergénique ou immunogène. Ces laits sont maintenant d'utilisation courante, en raison de l'augmentation de fréquence de l'allergie alimentaire chez les nourrissons. Ils sont dits « laits de régime ». Or ce seul terme suffit à inquiéter les mères, qui craignent de voir apparaître des carences chez leur enfant ainsi nourri – ce qui bien sûr n'est pas le cas, et au contraire. Si le lait maternisé traditionnel ou le lait maternel est à l'origine ou a favorisé la survenue d'un eczéma atopique chez le nourrisson, et si ce lait anallergénique permettait d'améliorer significativement l'eczéma de l'enfant, pourquoi serait-il délétère ? Il

s'avère en outre que ce lait dit de régime, par le fait qu'il diminue les réactions immunitaires et allergiques qui naissent au niveau du tube digestif, est un lait mieux toléré, donc mieux absorbé, plus apte à corriger d'éventuelles carences qui auraient pu survenir si le mode d'alimentation antérieur avait été maintenu. Il est ainsi attendu de voir reprendre une courbe pondérale satisfaisante chez un petit enfant atopique lors de l'utilisation de lait anallergénique, alors que la courbe de croissance commençait à s'infléchir de façon inquiétante sous une alimentation soit maternelle, soit par lait maternisé.

Plus tôt l'allergie alimentaire est reconnue chez le petit enfant, plus tôt elle pourra être corrigée. On sait que le nombre d'aliments auxquels l'enfant est allergique augmente de façon exponentielle en fonction de l'âge. Il y a donc urgence à exclure de l'alimentation tout aliment à l'origine de manifestations cliniques. L'exclusion de cet ou de ces aliments pendant un temps suffisant va permettre de faire disparaître l'allergie. Ces constatations sont hélas inopérantes chez l'adulte. Chez celui-ci, en raison de la polysensibilisation, l'éviction des aliments en cause est soit impossible, soit sans effet patent, sauf lorsque ceux-ci sont peu nombreux et parfaitement identifiés.

Lorsque l'allergie alimentaire se présente sous la forme d'un eczéma, les conséquences restent modérées. En revanche, quand elle se manifeste par une urticaire géante, par un œdème de Quincke, ou même par un choc anaphylactique, les conséquences sont bien plus graves. On observe de nos jours de plus en plus d'allergies à l'arachide qui peuvent avoir, dans certains cas, des conséquences mortelles. C'est pourquoi il est important de dépister ces allergies et de les prendre en charge, la meilleure façon de le faire étant encore l'éviction, c'est-à-dire la suppression totale de l'aliment incriminé.

Ce travail de recherche est du domaine du médecin, généraliste ou spécialiste, dermatologue ou allergologue. Cette démarche procède d'une réflexion clinique, de l'analyse de résultats biologiques, et de la réalisation et de l'interprétation de tests cutanés. Au bout du compte, seul le résultat compte : si, en supprimant un aliment suspecté, l'eczéma ou les autres manifestations de l'allergie ne disparaissent pas, c'est que soit d'autres allergènes n'ont pas été reconnus (comme si d'autres fuites n'avaient pas été identifiées dans une plomberie), soit l'aliment suspecté n'était pas celui qui était en cause.

**« Si seulement je ne m'étais pas trompée dans l'interprétation
des tests... »**

« Docteur, c'est sur les recommandations de mon assistante maternelle que je vous amène ma fille de six mois. C'est intenable : elle pleure toute la journée, et les nuits, je ne vous dis pas... »

C'était un véritable cri d'alarme que lançait cette maman désespérée, fatiguée, épuisée même, qui ne savait comment faire pour soulager sa petite Amira, rouge des pieds à la tête, dont même le visage n'était pas épargné.

Avant de déshabiller et d'examiner la petite, je pris connaissance de son carnet de santé. L'eczéma était apparu à l'âge de deux mois. Sur plusieurs pages du précieux carnet, je pouvais lire : régurgitations, coliques après le biberon, constipation... Mais aussi : nombreuses bronchiolites, rhinopharyngites, et même des otites.

« Allons voir la courbe pondérale », dis-je à la maman, qui ne comprenait pas pourquoi je m'attardais aussi longuement sur le carnet de santé. Ce qui était marqué lui semblait tout à fait normal ; en tout cas, cela n'avait choqué aucun médecin.

De manière très claire, la courbe présentait à l'intersection du mois de naissance et du poids un infléchissement marqué dès l'âge de trois mois. Certes, le poids restait à l'intérieur des deux limites supérieure et inférieure, appelées percentiles ; pour autant, la courbe que devait prendre l'enfant n'était plus tout à fait harmonieuse, mais s'inclinait vers le bas. Ainsi, le gain de poids était inférieur à ce qui aurait été normalement attendu.

« Donc il y a malabsorption de nutriments, et certainement de vitamines. S'il y a malabsorption, c'est qu'il y a allergie, et donc allergie alimentaire, m'entendis-je conclure ma réflexion selon une formule que j'utilise à chaque fois. Cet eczéma dit atopique provient directement ou indirectement d'une réaction à un ou plusieurs aliments. C'est donc une voie d'entrée digestive qui conduit à une éruption sur la peau.

– Mais, docteur, comment peut-on en être sûr ?

– Tout simplement en observant la guérison de votre enfant après les mesures d'éviction des aliments responsables de cette allergie. »

À quoi cet enfant pouvait-il être allergique ou intolérant ? La première cause tient bien sûr au lait. Pourquoi ? Parce que, en termes de fréquence,

c'est l'aliment le plus souvent incriminé. Et puis, dans le cas de cette fillette, la survenue de manifestations ORL et respiratoires comme des bronchiolites, rhinopharyngites, otites signalait une intolérance au lait. C'est une femme médecin pneumologue pédiatre de Toulouse, le docteur Fabienne Rancé, qui l'a parfaitement démontré.

« En agissant sur la cause, c'est-à-dire en supprimant l'aliment auquel votre fille est allergique, elle va guérir. Ce n'est pas plus difficile que cela.

– Mais alors pourquoi les médecins que nous avons consultés ne m'ont jamais parlé de cela ? »

On pouvait en effet se poser la question. Il est en médecine des choses parfaitement établies, connues, que les médecins vont pourtant chercher à écarter presque aussitôt. Est-ce parce que la prise en charge, la gestion d'un enfant allergique aux aliments est difficile, ou est-ce par manque de conviction ?

J'ai récemment entendu dire qu'un collègue allemand reconnu pour son expertise dans le domaine de la dermatite atopique venait d'avoir un bébé qui, deux mois après la naissance, développa un eczéma sévère. Ce médecin traita son enfant comme il traitait les autres enfants de sa patientèle, c'est-à-dire avec des dermocorticoïdes et des crèmes hydratantes. Bien sûr, l'enfant n'allait pas mieux. Ce médecin avait pourtant écrit en préambule de chacun de ses articles scientifiques sur la dermatite atopique : « L'eczéma atopique procède du rôle d'allergènes, dont la première voie d'entrée est le tube digestif, puis la voie pulmonaire et la peau... » Quelqu'un finit par souffler à l'oreille de ce grand spécialiste qu'il ferait bien d'arrêter le lait maternisé de son enfant pour lui donner un lait anallergénique, c'est-à-dire incapable de déclencher une réaction immunitaire ; ce qu'il fit, avec succès. Il aura fallu cette expérience personnelle pour qu'enfin il mette en œuvre les préconisations, ou du moins les indications, qu'il répétait dans ses articles médicaux.

« Amira ne tolère pas le lait. Elle fait une réaction allergique ou une intolérance, ce qui en définitive correspond à la même chose. Il faut arrêter le lait en poudre que vous achetez, et je vais vous prescrire une formule, qui est un lait prédigéré, en quelque sorte, car les protéines sont coupées afin de les rendre non allergisantes. C'est ce qu'on appelle un hydrolysât de protéines. »

Je terminai mon explication en demandant à la maman de repasser un mois plus tard, pensant que nous pourrions alors constater une quasi-guérison de son enfant, et l'arrêt des symptômes digestifs.

Mais, un mois plus tard, quelle ne fut pas ma déception !

N'avais-je pas été assez convaincant ce jour-là ? Avais-je heurté des convictions chez la maman ? C'est ce que je m'imaginai, car aucun de mes conseils n'avait été suivi. La maman d'Amira ne pouvait pas imaginer qu'un médecin spécialiste de la peau puisse retenir une cause allergique s'il ne se déclarait pas compétent dans ce domaine. Il n'est pourtant pas besoin d'être allergologue pour poser le diagnostic d'une cause allergique. (Et puis, en plus, je suis allergologue !) Elle préféra donc consulter un allergologue. Celui-ci, pour vérifier mes hypothèses, fit des *prick-tests*, c'est-à-dire des tests cutanés sur la peau d'Amira avec le lait maternisé. Les tests étaient négatifs. L'allergologue ne conclut nullement qu'Amira n'était pas allergique, mais la maman fit une toute autre analyse.

Ainsi, lorsque la maman revint à la consultation comme nous en étions convenus, Amira était encore plus atteinte que le mois précédent, centrée sur elle-même, se griffant à force de se gratter. Je demandai à sa mère ce qui s'était passé, si l'état de la petite ne s'était pas amélioré, si elle avait suivi mes préconisations, si elle avait remplacé le lait habituel par celui que je lui avais indiqué... Je ne comprenais pas ses motivations à revenir, puisqu'elle n'avait pas suivi mes recommandations. Était-ce pour me mettre face à une incohérence, à une erreur dans mon jugement ?

« Vous voyez, docteur, ma fille n'est pas allergique, les tests sont négatifs !

– Madame, si vous allez à la pêche et que vous n'attrapez pas de poissons, est-ce que vous pouvez affirmer pour autant qu'il n'y a aucun poisson dans la rivière ? »

Pour la grande majorité des personnes, les tests ont une valeur formelle. Un test positif démontrerait le rôle de l'allergène, et un test négatif l'écarterait. Or, ce n'est pas si simple...

Tout d'abord, en cas d'allergie alimentaire (la capacité qu'a un fragment d'aliment à créer une réaction allergique), c'est au niveau de l'intestin que cela se passe, et non au niveau de la peau. Ainsi, les cellules immunitaires, les anticorps IgE, peuvent se trouver ou ne pas se trouver dans la peau, alors

qu'ils seront dans l'intestin. Ne se trouvant pas dans la peau, ils ne pourront pas être à l'origine de la positivité d'un test cutané fait avec l'aliment contre lequel ils sont dirigés. De plus, un aliment peut devenir allergénique après qu'il a été digéré. La digestion peut ainsi démasquer des allergènes, ce que ne peut faire la peau, qui n'a pas de systèmes enzymatiques. Enfin, dans certains cas, notamment lors de l'intolérance au lactose, il y a déficit en une enzyme appelée lactase qui dégrade le lait dans un but de digestion. Il n'y a donc aucune raison à s'attendre à une réaction allergique sur la peau au contact du lait.

Pour toutes ces raisons, la négativité des tests allergologiques pratiqués n'excluait en rien le rôle de l'aliment suspecté dans l'eczéma d'Amira. La connaissance de faits, de choses, n'a pas forcément besoin d'être assortie à une démonstration. Après ces explications, la maman accepta le seul test thérapeutique que je lui demandai, sur la base de mon affirmation : Amira n'aurait plus d'eczéma dans un mois.

Elles revinrent pour un troisième rendez-vous, presque un mois après la seconde consultation.

« Bonjour, jeune fille, dis-je souriant ce matin-là. Comment vas-tu ?

– Elle va bien, s'empressa de répondre la maman, elle est en pleine forme. Vous verriez, docteur, comme elle a repris du poids ! Mais, surtout, sa peau est tout à fait normale maintenant. »

J'étais fier de ce résultat spectaculaire, heureux d'avoir tenu mes promesses, mais, surtout, enchanté d'avoir su convaincre cette mère qui s'était tant entendu dire qu'il n'y avait rien à faire, et qui s'était convaincue que l'allergie alimentaire n'était pas prouvée.

Certains médecins, certaines familles, excluent le rôle des allergies alimentaires parce qu'ils ont fait des évictions qui n'ont pas été couronnées de succès. En fait, imaginez que vous soyez allergique à plusieurs aliments : en supprimer un seul ne guérira pas votre dermatose. C'est comme si vous aviez un tuyau d'eau avec plusieurs trous. En boucher un, même si ce trou-là existe bien, n'empêchera pas la fuite par les autres perforations. Donc, en cas d'allergie alimentaire, ce sont *tous* les allergènes qu'il faut supprimer. Mais cela n'est pas toujours possible, faute de connaître les allergènes, ou parce qu'ils sont trop nombreux. Dans ce cas, il existe encore d'autres manières de prendre en charge le malade, et de lui permettre d'espérer la disparition de sa maladie.

Je ne crois pas aux idées reçues

Certaines idées ont la vie dure, surtout lorsqu'elles découlent d'observations lointaines.

Prenons l'exemple de la vitamine C, dont on entend dire qu'elle pourrait exciter, énerver, stimuler au point d'empêcher de dormir. Cette idée date-t-elle de l'époque de la découverte de l'Amérique, lorsque les conquérants épuisés par leur traversée, perdant leurs dents et cheveux, couverts de plaies qui ne cicatrisaient pas, ont vu tous leur état s'améliorer dès lors qu'ils eurent consommé des agrumes ?

Lorsque la vitamine C a été découverte, il y a un peu moins d'un siècle, on a remarqué qu'elle était capable d'augmenter la vigilance et la conscience des personnes qui en étaient déficientes. De ces constatations, on a conclu qu'elle pouvait empêcher le sommeil si elle était prise le soir. Or des études très convaincantes, dont une menée à Strasbourg, ont démontré qu'il n'en était rien. Ce qui n'empêche pas cette idée reçue de continuer de faire la quasi-unanimité parmi mes patients, mais pas seulement.

On m'a conseillé de prendre mon fer et ma vitamine C au coucher

En arrivant à la pharmacie avec son ordonnance, Maëlle, qui avait consulté deux jours plus tôt pour une chute de cheveux, tendit le précieux papier à l'homme de science qui se trouvait de l'autre côté du comptoir. C'était un jeune étudiant en pharmacie qui effectuait son stage pratique.

« Voyons voir ! dit-il en soulevant ses lunettes. Du fer et de la vitamine C. Je n'ai pas cette forme-là, mais j'ai du Vitaferol C, c'est la même chose. Ça vous va ?

– Oui, bien sûr », répondit la jeune fille pressée de disposer d'un médicament qui stopperait enfin sa chute de cheveux.

Il était vrai qu'avant de prendre la pilule, elle avait des règles très fréquentes et abondantes, et il n'était pas étonnant, elle qui ne mangeait pas de viande, qu'elle ait une telle carence, comme le lui avait dit le docteur.

« Tiens, je vois que votre médecin vous a conseillé de le prendre au coucher ! Il a dû faire une petite boulette... Il a oublié qu'il y a 500 milligrammes de vitamine C, et que ça va vous empêcher de dormir ! »

Maëlle, qui s'était fait cette même réflexion, ne fut pas surprise de l'entendre.

« Je suis étudiant en pharmacie, insista le jeune homme, et chacun connaît les effets de la vitamine C sur le sommeil... »

Eh bien il ne les connaissait justement pas ! Il s'était fait sa propre idée de cela, car il ne l'avait certainement pas entendu en cours à la faculté. Ce sont des choses qui se disent en famille. Jamais il n'avait lu de telles choses sur la vitamine C, car celle-ci n'empêche pas de dormir. Les professionnels de santé doivent veiller à ne pas croire, et encore moins véhiculer des informations qui n'ont aucune réalité. Mais, parfois, les convictions sont si fortes...

Ainsi, puisque le fer est associé à la vitamine C pour améliorer son absorption et doit être pris à jeun, il peut l'être au coucher. Je pense que moi-même, quand j'étais étudiant, je ne serais exprimé comme le jeune pharmacien en devenir si on ne m'avait pas persuadé du contraire.

Mais la jeune fille n'écouta pas les conseils que j'avais prodigués. Elle prit son comprimé le matin à 8 heures, à jeun selon elle. Deux mois de traitement ne firent pas augmenter le taux de ferritine, qui est le marqueur des réserves en fer de l'organisme. C'est pourquoi elle consulta à nouveau.

« Docteur, j'ai fait comme vous avez dit, j'ai pris le comprimé à jeun !

– À quel moment de la journée, le soir au coucher ?

– Non, le matin à 8 heures, juste avant mon petit déj », répondit-elle fièrement.

Mais Maëlle ignorait que prendre son comprimé à 8 heures, puis boire un café avec des biscuits ou du pain fait que le médicament se trouve avec d'autres aliments dans l'estomac. Prendre ses comprimés le matin avant le petit déjeuner ne correspond pas à ce qu'il convient d'appeler à jeun. Ce que l'on appelle être à jeun, c'est avoir l'estomac vide depuis deux heures, et qu'il reste vide encore deux heures. C'est donc loin des repas, et l'heure du coucher est idéale.

Certains médicaments s'absorbent bien mieux avec des aliments ; pour d'autres, c'est le contraire. Concernant le fer, il a la particularité de se lier, on dit « se chélater », avec le café, le thé, le blé et d'autres aliments : il n'est alors pas correctement absorbé. Il n'est pas étonnant que l'on trouve beaucoup de carence en fer dans la population du Maghreb. C'est effectivement la viande qui apporte le plus de fer à l'organisme humain (et pas les légumes, même les épinards ou les lentilles) ; mais, si cette viande est absorbée avec du blé, comme c'est le cas dans le couscous, alors l'absorption de fer sera faible.

On a raconté beaucoup d'histoire autour du fer. Le héros de dessin animé Popeye a fait croire à des générations entières qu'il fallait manger des épinards pour s'enrichir en fer. En fait, le fer des végétaux est absorbé par l'organisme des animaux tels que les bovins, les ovins, les équidés, mais ce fer-là n'est pas ou très peu absorbé par l'intestin humain. Le fer de la viande rouge, des abats, est celui qui enrichit notre organisme en fer. D'où la nécessité, pour les végétariens ou pour toute personne qui ne mange pas de viande (ce qui est de plus en plus fréquent de nos jours), de prendre des comprimés de fer associé à de la vitamine C, notamment pour compenser les pertes gynécologiques de la femme.

Les recommandations que j'avais formulées à Maëlle furent dès lors suivies à la lettre. Non seulement la prise, cette fois véritablement à jeun, de ce comprimé contenant à la fois du fer et de la vitamine C ne lui prodiguait plus de douleurs abdominales, mais, surtout, les symptômes ressentis qui étaient en relation avec cette déficience disparaissaient.

Le temps consacré par le médecin à l'explication de la manière de prendre les traitements est très important. De la façon dont les conseils du médecin sont énoncés, compris, puis suivis dépend souvent leur efficacité.

Je comprends qu'une même cause peut conduire au développement de maladies différentes

En médecine, il faut savoir que ce n'est pas tant et toujours l'agent pathogène qui est responsable de l'apparition des symptômes, c'est plutôt le mode de réaction de l'organisme. Par exemple, on sait que le virus de l'hépatite B est contagieux et peut provoquer des atteintes hépatiques très graves ; à tel point qu'un vaccin obligatoire pour certaines professions, notamment médicales, a été imposé. Or, imaginons que cinq personnes victimes d'un accident de la route aient besoin d'une transfusion dans un pays où le dépistage du virus de l'hépatite B ne se fait pas sur les prélèvements de don du sang. Elles se trouvent contaminées par une transfusion sanguine. Mais parmi elles, certaines vivront, d'autres mourront, et, en tout cas, par suite de maladies différentes.

En effet, l'une pourra être porteuse du virus de l'hépatite B toute sa vie, tout en étant saine et en parfaite santé. C'est ce qu'on appelle un porteur sain : contagieux, mais en bonne santé. La deuxième pourra développer une hépatite fulminante, c'est-à-dire une destruction rapide du foie, dont le seul traitement relève d'une greffe hépatique, si celle-ci est réalisable. La troisième pourra contracter une cirrhose du foie, c'est-à-dire une maladie chronique qui, petit à petit, nuira aux fonctions hépatiques, pour aboutir à l'insuffisance hépatique par défaut de production de facteurs de coagulation, d'albumine... La quatrième pourra, pour avoir été infecté par le virus de l'hépatite B toujours, souffrir d'une maladie qui n'a rien d'infectieux, une périartérite noueuse. C'est une maladie inflammatoire des gros vaisseaux qui se manifeste par un asthme, des douleurs articulaires, une neuropathie, c'est-à-dire une atteinte des nerfs périphériques avec des

troubles sensitifs, moteurs, et parfois des nodules cutanés. Cette maladie se traite le plus souvent par des médicaments à visée immunosuppressive (ce que l'on appelle les immunosuppresseurs). La cinquième pourra avoir une maladie aussi bénigne que l'urticaire, des nodosités cutanées de type érythème noueux, ou une éruption de papules prurigineuses disséminées, c'est-à-dire qui démangent, comme un lichen plan. C'est dire la variété de maladies ou de situations pathologiques qu'une même cause, qu'un même agent, peut induire !

Ainsi, on voit que, selon son patrimoine génétique entre autres, chaque individu est susceptible de réagir de façon tout à fait différente face à un même agent infectieux – ici celui de l'hépatite B, qui est un virus –, mais des phénomènes identiques sont observés avec les bactéries ou avec les parasites. Voilà qui contribue à brouiller un peu plus les pistes, et à compliquer à la fois l'investigation du médecin et la bonne compréhension de sa pathologie par le patient. Mais c'est ainsi, et il faut que chacun se persuade qu'en médecine il n'y a pas (ou très peu) de diagnostic automatique.

Une salpingite qui conduit au rhumatisme

La jeunesse a cela que la vieillesse n'a plus : l'insouciance. À 20 ans, la vie sexuelle s'apparente parfois à la roulette russe, surtout si l'on oublie de se protéger, parce qu'on ne peut imaginer que les amis qui partagent notre vie amoureuse puissent être porteurs de maladies sexuellement transmissibles. Et pourtant...

Suzie n'avait eu que trois amants. Le premier était un amour de lycée. Cela s'était fait sans l'avoir prévu. Ces dix minutes d'étreinte fougueuse avaient été pour l'un comme pour l'autre la « toute première fois ». Leur cœur battait fort, l'émotion était à son comble, les sens étaient éveillés comme si une réaction chimique inattendue se mettait en route en présence de deux agents réactifs. Mais l'entrée à la faculté avait séparé les amants du lycée.

Et puis, la vie se déroula comme celle de toutes les jeunes filles de son âge, enjouées, insouciantes, jusqu'à ce qu'elle sentît sous son doigt, lors de sa douche, un petit relief rugueux sur sa vulve. Suzie, depuis l'adolescence, ne se servait plus de gant de toilette, mais utilisait ses mains pour se

savonner le corps. Rien de mieux, de plus précis pour la toilette des endroits intimes. Les doigts découvraient ainsi les variations anatomiques de cette zone périnéale, sensible à la période du cycle menstruel. Cette élévation perçue à la face interne des petites lèvres inquiéta la jeune fille qui, miroir à la main, essaya de mieux voir. « On dirait une verrue », se dit-elle, sans imaginer qu'il ne s'agissait pas du tout des mêmes verrues que celles de son petit frère, celles qu'il avait autour des ongles et qu'il allait chaque semaine faire brûler à l'azote chez le dermatologue. « Où ai-je attrapé cette cochonnerie ? Dans les toilettes de la fac qui sont tellement sales ? » se demanda Suzie.

Le père de son amie Manon était gynécologue. Suzie lui demanda si elle pouvait venir le consulter avant la fin de la semaine. Elle voyait son copain le week-end suivant, et elle voulait savoir quoi lui dire, si c'était contagieux, et si cela pouvait compromettre leurs rapports. Elle obtint rapidement son rendez-vous. Le père de Manon la connaissait bien depuis le collège. La rencontre fut sympathique, le premier quart d'heure consacré à savoir ce qu'était devenue Suzie depuis, et ce qu'elle envisageait de faire.

Il fallait maintenant examiner ce que le docteur Chatuis suspectait déjà d'être des condylomes, bien avant d'avoir effectué le test à l'acide acétique, qui, appliqué sur les muqueuses, rend toutes les verrues génitales visibles avec un relief blanc. Néanmoins, pour être sûr de ne pas se tromper et confondre ces tumeurs minuscules avec les papilles physiologiques de la vulve, il annonça : « Je vais appliquer un petit liquide, comme du vinaigre. Ça peut piquer un peu, et, tu verras, ça a une odeur bien particulière. Ensuite, je t'inviterai à te rincer à l'eau du robinet. »

Suzie finit par se rhabiller en silence, tentant d'imaginer le diagnostic que le docteur allait lui annoncer, et ses conséquences.

« Vois-tu, Suzie, tu as attrapé une MST... »

À l'énoncé de ce mot, Suzie se releva de son siège de façon automatique, comme mue par un ressort. Puis elle se rassit en tendant l'oreille, pour mieux intégrer les propos du médecin.

« Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible qui... »

Suzie le coupa net et dit :

« Mais ce peut être les toilettes, non ? »

– Non, je peux quasiment être formel. Tu as rencontré un compagnon qui était porteur de telles lésions, parfois invisibles, et qui t'a contaminée. »

Immédiatement Suzie pensa à Benoît, son amant du moment, qui était forcément le coupable.

« Tu as pu être contaminée il y a plusieurs années, et les condylomes peuvent n'apparaître que maintenant. »

Suzie se rappela alors cet Allemand rencontré au camping il y a trois ans, avec qui elle avait eu une relation fugace et peu satisfaisante. Elle avait ressenti dans les jours qui avaient suivi un état fébrile, et des pertes et douleurs qu'elle avait traitées par quelques ovules vaginaux.

« Ça se traite ? demanda-t-elle en bredouillant.

– Oui, bien sûr, dit le docteur Chatuis pour la rassurer. Mais il va falloir faire une prise de sang, d'abord. »

Pour ne pas l'inquiéter davantage, le gynécologue ne lui révéla pas que le fait d'être porteuse de condylomes lui conférait un risque de 50 % d'avoir été contaminée par un autre microbe, et notamment une chlamydia. Il tira de son sous-main une ordonnance, sur laquelle il écrivit toute une liste de sérodiagnostics à faire, et notamment les hépatites, le VIH et les bactéries responsables de MST.

« Quant au traitement, il te faudra appliquer ce gel d'imiquimod selon le schéma que voici, dit-il en lui tendant un document décrivant soigneusement la fréquence, la modalité et la durée du traitement local. Mais il faut dorénavant utiliser des préservatifs masculins, et au moins six mois après la guérison, que j'espère pouvoir constater d'ici deux mois. »

Suzie se sentit brusquement pestiférée. On lui donnait quasiment l'obligation de se protéger ou de protéger ses partenaires, comme si elle avait le sida. Elle n'aurait jamais imaginé que cela pût lui arriver !

Suzie passa au laboratoire faire sa prise de sang. Les jours passèrent sans qu'elle s'inquiétât des résultats. Puis elle reçut un appel du docteur Chatuis.

« Ma petite, lui dit sur un ton paternaliste le gynécologue, il faut que tu repasses à mon cabinet. Tu as un autre microbe qu'il faut traiter.

– Quoi, un autre microbe ? Mais je ne ressens rien !

– C'est une chlamydia. Ton sérodiagnostic est très positif. Si on ne traite pas, il peut y avoir des conséquences à long terme, notamment en termes de fertilité. Le traitement n'est rien, juste des antibiotiques à prendre pendant trois semaines ! »

Suzie se sentit vieillir de dix ans. Elle avait déjà eu beaucoup de mal à expliquer à son copain ce qui lui arrivait, elle s'était aperçue qu'il n'était plus aussi empressé envers elle, qu'il la touchait beaucoup moins... Se rendant sans tarder au cabinet, elle s'entendit dire qu'elle avait en fait une salpingite, c'est-à-dire une infection des trompes, dont le risque était la stérilité si les trompes se bouchaient. Il fallait traiter sans tarder.

Prête à tout pour s'en sortir définitivement, Suzie suivit scrupuleusement les indications du médecin. Elle respecta le repos qu'il l'obligea à prendre et prit les gélules chaque soir au repas, sans rechigner, même si elles lui donnaient des douleurs gastriques assez intolérables.

En tant que médecin, j'ai souvent été surpris de constater avec quelle indifférence certaines femmes prenaient connaissance d'une infection génitale sans exprimer de colère à l'égard d'un partenaire qui les a contaminées alors qu'il se sait *a priori* infecté lui-même. Pourtant, les infections génitales – gonorrhées, chlamydioses, infections à mycoplasmes – sont étroitement liées au nombre de partenaires sexuels, et bien sûr au fait que l'usage du préservatif est accessoire.

Les mois qui suivirent, elle eut envie de savoir si ce qu'il lui était arrivé était habituel. Elle apprit ainsi d'une jeune femme que celle-ci, à la suite d'une salpingite, s'était mise à souffrir de rhumatisme et, plus précisément, d'une spondylarthrite. Elle avait pourtant suivi un traitement. Mais son médecin était persuadé que son rhumatisme résultait d'une réaction de son organisme, réaction inflammatoire contre des structures de ses articulations qui ressemblent à la bactérie qui l'avait infectée. Il lui avait expliqué qu'elle était porteuse d'un gène qui la prédisposait à cela (le B27). Suzie pouvait très bien subir les mêmes conséquences, si elle avait les mêmes prédispositions. Mais elle avait quatre chances sur cinq de ne pas être porteuse de ce gène.

Un jour, elle vint à ma consultation, parce qu'elle avait appris que les condylomes et les MST peuvent aussi être pris en charge par le dermatologue. Elle voulait un autre avis.

Dans un premier temps, elle fut rassurée d'apprendre que le rhumatisme des articulations sacro-iliaques, dont souffrait la jeune femme après avoir fait une salpingite, peut aussi survenir après une infection pulmonaire due à la même bactérie. Animée par une culpabilité absurde, elle avait eu peur, si un jour il lui arrivait une autre maladie provoquée directement ou

indirectement par ce microbe, d'être montrée du doigt pour avoir « péché » !

Pendant la consultation, mon attention fut attirée par des « pustules » des mains et des pieds, que ma jeune malade pensait être une dyshidrose. Or, ces pustules ne contenaient pas de liquide clair et ne démangeaient pas. Elles avaient *a priori* toutes les raisons d'être liées aussi à l'infection gynécologique, comme peut l'être un œil rouge ou une uvéite.

C'est le fameux syndrome de Reiter, également appelé Fiessinger-Leroy-Reiter. La même prédisposition génétique portée par les gènes du système HLA peut conduire au développement de maladies dites réactives ou réactionnelles, justement à un microbe des voies génitales, du tractus digestif ou des voies aériennes.

« Vous avez déjà eu des malades comme moi ? me demanda Suzie.

– Oui, bien sûr, ce n'est pas rare. »

Je pris ensuite tout le temps pour lui expliquer que ce qu'il lui était arrivé était courant, connu, et fort heureusement curable ; et qu'il n'était pas plus honteux d'attraper une infection génitale qu'une infection de la peau ou de la gorge. Néanmoins, la même cause pouvait en effet provoquer des maladies complètement différentes, en fonction de l'individu, de son patrimoine génétique, et de ses mécanismes de réaction immunologiques. Le savoir plus tôt lui aurait évité de paniquer à l'écoute du récit de la jeune femme qu'elle avait rencontrée, et donc un stress bien inutile.

Ainsi, à partir d'une contamination par un partenaire infecté, Suzie avait contracté une maladie virale due à un virus appelé papillomavirus, qui induit des sortes de verrues sur les muqueuses génitales, mais qui, de surcroît, est l'agent causal du cancer du col de l'utérus. Comme c'est habituellement le cas, ce n'était pas une seule, mais deux maladies qui s'étaient développées en même temps. Cela aurait pu être une syphilis, dont l'incidence s'accroît d'année en année (les nouveaux cas sont en expansion !). Ce fut une chlamydie, qui infecte les trompes et la cavité utérine.

Tout aurait pu en rester là, évoluer favorablement sous traitement, s'il n'y avait pas eu ce gène dont Suzie était porteuse. Il avait fait que son organisme s'était mis à réagir et à développer cette pustulose palmaire et

plantaire, parce que ses anticorps, croyant combattre la bactérie chlamydia, s'étaient attaqués à sa peau.

Cette cascade de maladies démontre l'absolue nécessité de connaître parfaitement ses antécédents, de garder précieusement toutes les analyses et les ordonnances des traitements antérieurs, car, si vous consultez pour des douleurs aux articulations, votre dossier médical tenu à jour ouvrira plus vite la voie à un diagnostic précis.

Suzie va désormais très bien, tout cela n'est plus que du passé. Mais que de soucis rencontrés et d'épreuves traversées !

Je ne tire pas de conclusions hâtives d'une analyse biologique

Effectuer un prélèvement bactériologique ou mycologique de la peau ou des muqueuses est courant. Dans la plupart des cas, ce prélèvement s'apparente à ce que pourrait faire un technicien informatique qui, invité à se prononcer sur la cause de l'extinction intempestive de l'écran d'un ordinateur, ferait un prélèvement de sa surface. L'analyse montrera qu'il existe de la poussière ; pour autant est-ce cette poussière qui est responsable du dysfonctionnement de cet ordinateur ? Certes non.

Lorsqu'un médecin prescrit un examen bactériologique, fongique ou parasitologique, il doit avoir une idée préalable de la nature du germe qu'il recherche. Il doit aussi savoir que, si ce prélèvement est négatif, cela n'exclut pas la présence d'un microbe, et que si le prélèvement est positif, cela ne signifie pas que le microbe soit responsable de la pathologie. En effet, trouver un microbe sur un prélèvement ne signifie pas qu'il est responsable de votre maladie.

Mycose à toutes les sauces

Chaque fois qu'il se passe quelque chose sur la peau, dans la bouche ou au niveau des muqueuses génitales, on a tendance à parler de mycose. Cette idée que toute rougeur, toute démangeaison, serait due à une mycose a « la peau dure ». Or les mycoses représentent en fait des situations pas si fréquentes que cela.

Cette femme d'un certain âge, probablement déjà grand-mère, se présentait pour la troisième fois à la pharmacie en un mois.

« Donnez-moi quelque chose, s'il vous plaît ; j'ai une mycose sur la langue, et ça me brûle. »

Cette sensation semblait la perturber sérieusement. Elle était devenue nerveuse et irritable. Ne voulant pas délivrer un médicament sans s'être assuré du diagnostic, puisque la malade n'avait pas d'ordonnance, le pharmacien lui demanda de tirer la langue. Celle-ci apparaissait lisse, légèrement rosée, ou rouge par endroits. Il n'existait pas d'autres symptômes visibles. Bien sûr, cette langue n'était pas tout à fait comme on peut en voir d'habitude, mais de là à dire que c'était une mycose !....

« Vous n'avez pas fait de prélèvement ? demanda le pharmacien.

– J'ai gardé les résultats d'un prélèvement que l'on m'a prescrit il y a six mois et qui indiquait : “présence de quelques colonies de *Candida albicans*” »

Elle pensait que c'était en quelque sorte son laisser-passer pour certifier son propre diagnostic et se voir délivrer un traitement. Ce qu'elle ignorait, c'est que la présence de candida (un champignon) ne signifiait pas qu'elle souffrait d'une mycose. Car il est physiologique, c'est-à-dire normal, de voir sur des muqueuses sèches ou atrophiques une telle levure, sans que cela soit pathologique. Il était donc vraisemblable que le traitement contre le champignon ne pourrait apporter le moindre soulagement. L'aspect de la langue resterait le même, et les sensations douloureuses ne seraient pas modifiées. Tout cela soulignait que la présence de cet agent fongique, de ce champignon en quelque sorte, n'avait rien à voir avec les troubles.

Le pharmacien était soucieux de ne pas renouveler un traitement qui ne semblait pas bénéfique. Il connaissait la mycologie, discipline bien enseignée en faculté de pharmacie, et prit beaucoup de temps à expliquer à sa cliente ce qu'il savait. Ce type de microbe constitue une flore qui vit en parfaite harmonie avec l'organisme. Dans certaines circonstances, cette flore peut prendre un développement anormal et créer une pathologie. Une candidose buccale, ce n'est pas simplement la présence d'une langue à l'épithélium atrophique. On observe une langue rouge framboisée, des dépôts blanchâtres comme du lait caillé et, très souvent, des pustules.

Cette démonstration vaut également pour le domaine génital, chez l'homme comme chez la femme : les mycoses génitales sont bien trop souvent surdiagnostiquées sur la seule présence de démangeaisons ou de rougeurs. Alors qu'il y a d'autres explications à un prurit vulvaire ou génital !

Cette femme qui souffrait de la bouche depuis plusieurs mois présentait en fait une tout autre maladie. Il s'agissait d'une glossodynie. La glossodynie peut être une perception subjective sans qu'il y ait de signes visibles. Dans ces cas-là, on sait que c'est en quelque sorte l'expression d'un état dépressif, sensation qui disparaîtra donc sous traitement de la dépression. Il s'agit d'un état dépressif que la patiente ignore ou ne veut reconnaître, du moins tant que ce diagnostic ne lui aura pas été expliqué clairement.

Ayant assisté à mes consultations pendant son stage de cinquième année de pharmacie, le jeune pharmacien questionna la patiente comme il m'avait vu le faire.

« Comment dormez-vous, chère madame ?

– Oh, vous savez, je me réveille souvent : quatre ou cinq fois au cours de la nuit. Je remue aussi beaucoup et, le matin, je suis épuisée.

– Vous souvenez-vous de vos rêves ?

– Jamais ! Cela fait bien des années que je n'ai pas rêvé. »

Les troubles du sommeil sont les signes les plus fréquemment associés à cette glossodynie : sommeil de très mauvaise qualité, non réparateur, qui ne fait pas son travail de « scan disk » et de « defrag » comme le ferait un ordinateur programmé chaque soir pour cela.

Chaque jour s'ajoutent ainsi les conséquences de l'absence d'un sommeil de qualité, et le grand programmeur qu'est le cerveau risque peu à peu de donner des ordres farfelus au système nerveux périphérique, quand ce n'est pas au système immunitaire.

Une fois l'accent mis sur ce sommeil agité, il était plus aisé de faire prononcer à la malade les signes qui caractérisaient son état dépressif.

« Êtes-vous triste ?

– Oui », dit-elle en regardant autour d'elle, vérifiant qu'il n'y avait pas d'autres clients dans la pharmacie.

Elle se sentit ainsi plus à l'aise, car elle ne voulait nullement donner l'impression d'une femme mal dans sa peau, d'une femme qui souffre intérieurement, d'une femme dépressive.

« Vous savez, la tristesse peut conduire les uns et les autres à avoir des idées noires. Cela vous est-il arrivé ?

– Ah non, pas jusque-là, quand même. »

Une réaction de retenue s'imposa à la malade, qui se protégeait, alors qu'elle sentait bien que le pharmacien était sur la bonne voie.

Il reprit :

« Je voulais dire, vous êtes-vous dit que la vie ne valait pas le coup d'être vécue ? Vous êtes-vous demandée à quoi cela servait d'être sur terre ?

– Ça a pu arriver en effet. »

Les principaux points de l'état dépressif étaient là. Il n'était pas difficile de révéler chez cette patiente un sentiment de dévalorisation et cette sensation de ne pas pouvoir faire face.

Elle souffrait de la bouche, de cette langue qui la brûlait, qui picotait, mais elle avait aussi – et dirais-je, surtout – un syndrome dépressif.

Avant d'évoquer ce diagnostic, le pharmacien voulut s'assurer que la bouche était bel et bien normale, car il sentait qu'il était allé un peu loin dans sa démarche, qui était quasiment médicale. Il demanda donc à la patiente d'ouvrir de nouveau la bouche, et profitant du calme de cette fin de matinée, fit un examen de la cavité digne d'un bon médecin. Lampe de poche à la main gauche, le pharmacien tenait dans l'autre main un abaisse-langue dont il jouait pour écarter les lèvres et les rabattre, tantôt vers le haut tantôt vers le bas, pour écarter la langue latéralement afin de dégager les culs-de-sac latéraux et pour l'aplatir jusqu'au réflexe nauséeux, afin d'examiner le voile du palais, la luette et, dans le fond, les amygdales.

S'il existe une atrophie de la muqueuse de la langue, cela signifie qu'il existe un état carenciel, qui peut être associé à une maladie digestive. Il n'est pas rare d'observer de tels symptômes chez des patients porteurs d'une maladie coeliaque, c'est-à-dire d'une atrophie de la muqueuse intestinale en relation avec une atrophie villositaire, elle-même secondaire à une intolérance au gluten. Mais une autre forme d'atrophie peut être due à un déficit en vitamine B12.

Il était, ici, clair que la bouche était indemne de champignon ou de toute autre forme de microbes. Le pharmacien confirmait que la présence d'un champignon sur une muqueuse ne signifiait nullement qu'il y avait mycose. On peut imaginer le nombre de semaines d'errance diagnostique si l'on s'était seulement fié aux résultats du prélèvement buccal !

De la même façon, dans une autre circonstance, un prélèvement négatif, c'est-à-dire qui ne révélerait aucun microbe, ne signifie pas qu'il n'y a pas d'infection. En effet, l'identification d'un microbe passe le plus souvent par sa mise en culture au laboratoire, et il arrive souvent que le microbe ne veuille pas se développer dans une boîte de culture. Ce qui, certes, ne facilite ni le travail du biologiste ni les investigations du médecin.

La cliente demanda si on pouvait tout de même lui conseiller quelque chose – des bains de bouche peut-être ? Son pharmacien voulait bien lui vendre une solution buccale pour adoucir ses sensations douloureuses. Mais il lui dit que, ce qu'il lui fallait maintenant, c'était aller consulter un médecin, en lui expliquant qu'elle souffrait d'une tristesse *et* de sensations de brûlures dans la bouche.

Par chance, un de mes patients s'était désisté, et je pus la recevoir rapidement. À peine fut-elle entrée dans mon bureau qu'elle tira de son sac à main un petit papier qu'elle déplia, regarda, puis remit à sa place. « Docteur, dit-elle, je suis triste et... » Je ne la laissai pas poursuivre. « Hop, hop, hop, dis-je en souriant, n'allons pas trop vite ! »

Je repris la main, c'est-à-dire que j'allais conduire, moi, l'entretien, et poser toutes les questions nécessaires pour construire mon diagnostic.

« Votre pharmacien a raison, je crois : vous avez un authentique état dépressif. C'est l'élément essentiel. »

La poursuite de l'interrogatoire et l'examen clinique qui suivit me convainquirent que cette patiente, qui était connue pour avoir une thyroïdite, maladie auto-immune de la glande thyroïde, avait bien de surcroît une carence en vitamine B12. Cette carence était responsable des picotements et brûlures, ces signes neurologiques étant amplifiés par la douleur morale et la dépression.

« Mais pourquoi aurais-je une carence en vitamine B12 ?

– “Aurais-je ?” dites-vous... Vous *avez bien* un déficit.

– Mais vous n’avez pas fait de prise de sang !

– Certes, mais celle-ci viendra juste le confirmer. Lorsque vous avez une thyroïdite, vous avez 30 % de risques d’avoir une atteinte de la muqueuse de l’estomac, qui conduit à une atrophie, laquelle entraîne la mauvaise absorption de cette vitamine. J’ai relevé beaucoup de signes en relation avec le manque de cette vitamine. Tout d’abord, les gênes que vous ressentez dans la bouche. Mais aussi vos cheveux blancs : c’est banal à votre âge, me direz-vous. Néanmoins, dans un contexte de terrain auto-immun, cela a beaucoup de valeur. Et puis, vous avez vu que vous vous étiez trompée lorsque je vous ai demandé quelle était la position de votre gros orteil quand je l’ai bougé ? Tous ces signes sont ceux de la maladie de Biermer. »

Je lui expliquai ainsi pourquoi la muqueuse de sa langue s’était atrophiée, constituant ce qu’on appelle la glossite de Hunter. Fort heureusement – et c’est la magie du diagnostic dès lors qu’il est précis –, nous disposons du traitement efficace. En un mois à peine, elle vit un changement manifeste de sa santé en général ; mais, surtout, le traitement antidépresseur lui apporta un sommeil de qualité et entraîna la disparition des signes négatifs qu’étaient cette tristesse et ce regard si noir sur sa vie. Et, bien sûr, les symptômes buccaux disparurent, parallèlement à l’amélioration de son humeur et à la supplémentation en vitamine B12.

Je n'ai pas d'idées fausses sur les médicaments

Ce n'est pas à moi, médecin, de faire le reproche à des patients de ne pas comprendre la façon par laquelle un médicament mis sur le marché pour une maladie précise (on dit « pour une indication précise ») peut agir sur une autre maladie qui n'a rien à voir. C'est souvent avec le temps que des propriétés nouvelles sont dévoilées pour des médicaments anciens et bien connus.

Un médicament qui a été identifié comme antibiotique parce qu'il a une action négative sur le développement de microbes peut s'avérer utile, voire même être le traitement de référence d'une maladie qui n'a rien d'infectieuse. On parle beaucoup des « fameux antibiotiques » que l'on prescrit pour l'acné. La doxycycline en est un, appartenant à la famille des cyclines. Or la doxycycline, qui va traiter une maladie bactérienne comme une salpingite (infection des trompes chez la femme) due à la bactérie *chlamydia*, se révèle aussi un des meilleurs traitements antiacnéiques. L'acné n'est pas une maladie infectieuse, même si des microbes comme *Propionibacterium acnes* peuvent jouer un rôle. Ce sont les propriétés de ce médicament sur les processus inflammatoires qui font son intérêt dans le traitement de l'acné. Ainsi, si vous êtes traité par doxycycline pour votre acné, ne dites pas : « Je suis sous antibiotique. »

Ce médicament est un des plus précieux médicaments que je connaisse, tant il agit sur de nombreux dysfonctionnements de l'organisme. Il calme les globules blancs appelés polynucléaires neutrophiles, empêchant qu'ils migrent trop rapidement vers un organe ou la peau. On dit qu'il « inhibe le chimiotactisme des polynucléaires ». Mais il a aussi un rôle anti-inflammatoire propre, si bien que, dans certaines maladies, il remplace

efficacement les corticoïdes. On l'emploie parfois pour les rhumatismes inflammatoires. Ces fameuses cyclines peuvent encore remplacer une enzyme déficiente dans l'organisme – les enzymes qui sont des freins naturels pour éviter l'emballement de la coagulation, de l'inflammation ou même du cancer. Enfin, c'est en bloquant l'action d'une enzyme qui clive les triglycérides en acides gras, la lipase, que les cyclines sont de puissants anti-acnéiques. C'est dire le vaste spectre de leur action, et donc de leur intérêt.

N'en voulez pas à votre médecin s'il vous prescrit de l'aspirine, non pour votre mal de tête mais pour fluidifier le sang : c'est parce que l'aspirine a aussi cette propriété. Ne vous étonnez pas s'il vous remet un anti-inflammatoire pour faire remonter votre tension artérielle : il va jouer ici sur les propriétés de cette molécule sur les prostaglandines, substances à action vasculaire.

Autre exemple : un médicament contre le paludisme, l'hydroxychloroquine, sera votre traitement si vous avez un lupus érythémateux. Soyez rassuré : ce médicament est prescrit par millions d'exemplaires pour la première maladie, ce qui vous garantit une certaine sécurité si vous devez le prendre pour la seconde.

Par ailleurs, tel médicament qu'on vous donne pour un parasite intestinal n'est pas mauvais s'il vous provoque une diarrhée. C'est justement qu'il a bien atteint sa cible : en détruisant le ver qui vous a colonisé, il a seulement déclenché une réaction de l'intestin sous forme de diarrhée.

Acceptez que, pour être efficace, un médicament soit un peu mal toléré – pas pendant toute la durée du traitement, ce qui ne serait pas supportable, mais pendant les premiers jours. Il en est ainsi des antidépresseurs, médicaments fort utiles, quasiment indispensables dans bon nombre de maladies générales associées à un état dépressif. Ceux-ci vont inmanquablement induire chez vous pendant les six premiers jours un état de fatigue, des nausées, une hypertranspiration, un mal-être, voire même un malaise. Mais, si on veut guérir, si on veut aller mieux, il faut en passer par là, serrer les dents pendant une petite semaine, en comptant les jours qu'il reste à tenir. Et, comme votre médecin vous l'aura dit, au septième jour, et parfois plus tôt, vous vous réveillerez après une nuit faite d'un sommeil réparateur, et surtout avec du soleil dans les yeux.

Non, les antibiotiques ne fatiguent pas

« Cette jeune femme de 30 ans porte véritablement sa croix », pensai-je après l'avoir examinée. Quelle épouvantable maladie que cette maladie de Verneuil, avec ses abcès suppuratifs sous les aisselles, sous les seins, au niveau du périnée.

« Je n'ai plus de vie, docteur, si vous comprenez ! »

Oh oui, je comprenais bien qu'avec une telle pathologie il était impossible d'avoir des relations sexuelles. Certes, la malade accumulait les facteurs prédisposants : un surpoids, frisant l'obésité, un tabagisme important.

« Et, pour autant, toutes les femmes fortes qui fument n'ont pas ma maladie, n'est-ce pas ? »

– Vous avez totalement raison. Il y a une part de génétique à laquelle vous ne pouvez rien. »

Comme à chaque poussée, le seul traitement relativement efficace consistait en une association d'antibiotiques.

« Ah non, pas encore des antibiotiques, docteur ; ça me fatigue ! »

Ça y était, le mot était lancé ! « Les antibiotiques *fatiguent*... » Depuis combien de temps entend-on cette ineptie ?

« Non, madame, les antibiotiques ne fatiguent pas plus que n'importe quel autre traitement. Il y a eu beaucoup de confusions. Parce que ces médicaments traitent des maladies infectieuses, maladies par définition asthéniantes, car l'organisme est attaqué par des agents infectieux, on a cru que la fatigue ressentie au cours de la maladie, et donc à la phase de traitement, était due aux antibiotiques. Il n'en est rien ! »

Sa réflexion me fit penser à toutes ces remarques faites sur tel ou tel médicament. Par exemple, les corticoïdes entraîneraient un ulcère à l'estomac – assertion bien sûr fausse, mais qui avait conduit pendant des années les médecins à prescrire des médicaments antiulcéreux associés. Il me fallut convaincre cette jeune femme de suivre ce traitement quelques semaines, le seul qui pourrait améliorer son état. J'avais expérimenté avec elle tant d'autres traitements, hélas inefficaces, que la littérature médicale soulignait pourtant comme actifs dans cette affection... La fatigue ressentie relève souvent de la lassitude de devoir accepter une maladie chronique,

mais aussi d'un certain degré de désespérance de ne pas apercevoir de solutions définitives.

C'est aussi le rôle du médecin d'expliquer tout cela, autant de fois qu'il sera nécessaire, d'accompagner, de voir tout ce qui se cache derrière de telles paroles. À lui de ne pas forcément prendre les mots de son patient à la lettre, mais de décrypter une interrogation légitime, une remarque venant du cœur, une critique dissimulée. À lui, ensuite, de trouver la réponse adéquate, celle qui permettra au patient de « prendre son mal en patience », comme on dit, de garder espoir et, surtout, confiance en son médecin et en les différents traitements qui pourront lui être successivement prescrits. Cela aura pour effet de le maintenir le mieux possible sur le chemin de la guérison et, dans le cas d'une maladie chronique « incurable », de lui permettre d'avoir une existence supportable.

Si ma patiente ressentait de la fatigue, ce n'était pas seulement l'expression d'une crainte. Il fallait en chercher les causes. Après un bon mois de traitement et une amélioration pas si nette que cela, il m'apparut clairement que cette lassitude devenait pour elle aussi pénible que ses abcès qui, eux, s'étaient en partie taris et avaient réduit leurs poussées. Ce n'était donc pas la prétendue fatigue due aux antibiotiques qui causaient son état qu'elle peinait à décrire. Tout lui était difficile : elle avait du mal à se lever tant elle était lasse, sans entrain, aller faire ses courses était épuisant, surveiller les devoirs des enfants un calvaire...

Derrière la fatigue, il y a toutes les maladies possibles. Cela va des maladies infectieuses comme la tuberculose, en passant par la dépression, ou par des états de carence. Je ne pouvais pas laisser cette malade ainsi, car, si ce n'étaient pas les médicaments qui la fatiguaient, ce n'étaient pas non plus les abcès qui affectaient sa peau. Il me restait à évaluer et rechercher la possibilité d'une maladie associée qui, elle, pourrait la fatiguer, l'éreinter.

Alors, comment procéder ? Comme à l'accoutumée, il me fallait tout reprendre, en laissant cette fois de côté les abcès. Je devais procéder à un questionnement, puis un examen clinique et, si besoin, établir la prescription d'examen complémentaires qui répondraient aux questions que je me posais.

L'interrogatoire, que j'avais négligé lors la première consultation tant la défection et la réfection des pansements avaient occupé une grande partie de la consultation, fut déterminant. Comment avais-je pu passer à côté de

ballonnements, de gaz, de douleurs abdominales, mais, surtout, de diarrhées avec des glaires ? De plus, la malade avait des aphtes relativement fréquents. Je me surpris à taper avec mon poing droit dans la paume de la main gauche, tel le commissaire Maigret lorsqu'il avait soudain compris qui était le coupable !

« Je pense que vous avez une maladie de Crohn, madame. Rien de très drôle, mais celle-ci, outre qu'elle explique les douleurs que vous avez, induit des malabsorptions de nutriments et de vitamines, et je ne serais pas étonné que vous soyez carencée. »

Et c'est alors, et à ce moment seulement, qu'elle se décida à me donner des éléments importants dans ses antécédents : un de ses frères avait cette maladie, tout comme une cousine germaine.

« Mais pourquoi moi ? J'ai déjà assez donné avec cette fichue maladie de Verneuil !

– Il s'avère, madame, que cette entéropathie, dont je n'ai pas la certitude à cette heure, est relativement représentée chez les malades souffrant du Verneuil. »

Le lien était établi, nous n'étions plus dans la sphère des simples hypothèses. Il y avait un support qui liait les deux maladies. Et les analyses complémentaires que je lui prescrivais confirmèrent le diagnostic. De surcroît, cette malade avait bien une profonde carence en vitamine B12 et en vitamine D. Il était vraisemblable que les autres vitamines, qui normalement s'absorbent elles aussi au niveau de l'iléon, cette partie terminale de l'intestin grêle où se produit la maladie de Crohn, seraient elles aussi très basses. Mais les dosages sont coûteux, et je préfèrai extrapoler que de faire subir une dépense peu utile à cette femme.

La carence en vitamine D était à ce point importante qu'elle avait une ostéomalacie, c'est-à-dire une certaine décalcification, qui expliquait la démarche « en canard » que j'avais remarquée. Le manque en vitamine B12 aggravait ses troubles de la marche, puisqu'elle avait l'impression de marcher sur du carton, ou sur du coton.

« C'est une grande chance que vous avez, lui dis-je en lui apprenant qu'elle était bien atteinte de cette fameuse MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin), après que le gastro-entérologue l'eut mise en évidence par la coloscopie.

– Mais pourquoi donc, docteur ? Vous vous moquez de moi ?

– Non, madame, cette maladie va devoir être traitée : et puisqu'elle est reliée à votre maladie de Verneuil, si peu accessible à des traitements efficaces, j'espère sérieusement guérir votre peau en traitant votre intestin. »

Et l'évolution me donna raison. Les soins que mit en place mon confrère gastro-entérologue entraînèrent à la fois la disparition des symptômes digestifs et des signes cutanés.

« Vous aviez raison, docteur, j'ai vraiment eu de la chance dans mon malheur », finit par reconnaître la patiente. Elle ne se plaignait désormais plus de fatigue, parce que les carences avaient été corrigées, initialement en apportant les éléments comme le zinc, les vitamines par voie injectable, puis par la bouche dès lors que l'intestin réparé fut capable de les absorber.

Je laisse à mon médecin le temps de la réflexion

La consultation médicale est un moment unique, même s'il se répète maintes fois dans une vie. Cet instant, qui dure en général de quinze à quarante-cinq minutes, doit être le lieu de l'expression spontanée (ou suscitée) de tout ce qui permettra au médecin de faire le diagnostic que vous attendez, et de vous prescrire le traitement qui soulagera au mieux vos maux. C'est la rencontre entre un professionnel, libéral ou hospitalier, et un usager, autour du thème de la santé. Il est curieux d'observer que, selon que le « client » se trouve dans une étude de notaire, dans un bureau d'avocat ou dans le cabinet d'un médecin, son attitude et les relations bilatérales ne sont pas du tout les mêmes.

Le temps est un élément important en matière de médecine et, plus généralement, de santé, parce qu'il fait et défait les choses. Il n'y a pas de maladie à vie, comme il n'y a pas de traitement à vie. Un malade intolérant au gluten pourra un jour en manger, un malade hypertendu ne le sera un jour plus. Le temps, c'est aussi celui que doit prendre le médecin pour sa réflexion, pour se documenter, puis pour décider. Même pour le plus simple rhume, il n'est pas évident pour un médecin de vous donner en quelques secondes des recommandations. En effet, les manifestations sont différentes d'une personne à l'autre. Par ailleurs, la recommandation d'un médicament pourrait se trouver être en contre-indication avec le traitement d'une des autres maladies du patient.

Un médecin réfléchit toujours. Il a pris l'habitude de réfléchir vite, de relier des symptômes à des mécanismes, puis à un traitement. C'est parfois un réflexe. Mais il ne peut se passer de reprendre sa réflexion de façon structurée, ne serait-ce que pour faire venir à son esprit des informations

nouvelles, qu'il a acquises en lisant des revues médicales ou en participant à des congrès.

De plus, le médecin, même s'il a une tête bien remplie, ne peut pas tout avoir en mémoire. Il a besoin d'ouvrir des ouvrages de référence. Cela prend du temps, il le fait le soir après ses consultations, ou le week-end.

Un médecin qui répond du tac au tac à une question pourrait vous impressionner par son savoir ; préférez en réalité celui qui vous reconvoque pour prendre le temps de parler de votre problème.

Certes, on peut faire de la médecine vite. Statistiquement, il n'y aura pas trop d'erreurs, car, heureusement, les maladies graves sont moins nombreuses que les maladies bénignes, dont certaines guérissent toutes seules. Mais, si on veut accorder la même priorité, la même importance à chaque personne, on ne peut jouer à pile ou face en répondant à une question.

Il est étonnant de voir que les malades prennent parfois le médecin pour un médium. « Mon médecin pense que c'est parce que j'ai pris des antibiotiques que j'ai... » ou : « Mon docteur croit que j'ai attrapé un microbe. » Le médecin ne pense pas ni ne croit : il est convaincu ou il ne l'est pas !

Il faut que le malade respecte les priorités. Ce n'est pas au cours d'une consultation pour une grande altération de l'état général avec de la fièvre qu'il faudra demander au médecin d'examiner vos grains de beauté ou de vous retirer une verrue. Les premiers signes cliniques sont suffisamment importants pour qu'il y consacre toute son énergie et sa réflexion.

De même, en société, votre médecin n'est pas un docteur. Il est un convive comme vous. Ce n'est pas le lieu de lui poser une question médicale. D'ailleurs, j'ai remarqué que mon cerveau n'est pas capable de bien répondre à une demande médicale quand je suis en dehors de mon cabinet. Une fois la blouse portée, toute ma concentration se trouve au service de la médecine et du malade. Mais ce n'est possible que dans un service de soins.

Le médecin n'est pas un surhomme. Même s'il voit des choses que vous n'aviez pas vues, même s'il a les moyens de soulager des souffrances importantes, il a ses limites. Il ne peut pas passer d'un malade à un autre sans se reconcentrer, sans vider son cerveau de tout ce qui s'est dit lors de la

consultation précédente. Il doit en effet, lorsque vous entrez dans sa salle de consultation, être prêt à ouvrir votre dossier et à vous consacrer vraiment toute son attention.

« Je viens juste pour renouveler mon ordonnance »

« Bonjour, docteur, je viens juste pour le renouvellement de mon ordonnance.

– Mais vous n’avez pas rendez-vous ?

– Non, mais comme il ne s’agit que de refaire une ordonnance à l’identique, j’ai pensé que vous pourriez le faire entre deux patients. »

Pour ne pas être désagréable avec la malade, j’acceptai de la recevoir, mais juste quelques minutes. Et, au lieu de reprendre son dossier, je tâchai de me souvenir quels avaient été les motifs de la consultation initiale.

Je n’avais d’ailleurs aucun souvenir d’elle, que j’avais pourtant vue six mois plus tôt, mais qui ne faisait pas partie de ma patientèle par le passé. Il était inscrit sur l’ordonnance une prescription d’hydroxychloroquine. Parce que la salle d’attente était pleine, je feignis de me souvenir parfaitement de son histoire clinique et considérai qu’elle avait un lupus.

L’ordonnance initiale que j’avais remise était valable six mois, le médecin ne pouvant prescrire que pour un mois, mais pouvant faire renouveler l’ordonnance tout au long des six mois suivants. À l’issue de cette période, il fallait la refaire. Le problème, dans cette maladie, n’était cependant pas tant de renouveler l’ordonnance que de refaire le point sur la pathologie.

Coincé par l’irruption intempestive de cette patiente dans ma consultation, je ne pris pas le temps de la réflexion que j’aurais eue normalement si nous avions eu rendez-vous. J’aurais alors recommencé mon interrogatoire et fait un nouvel examen clinique.

La malade, pensant que dans sa maladie tout était dit, et qu’il suffirait qu’elle suivît ce traitement tout au long des prochaines années pour aller bien, fut satisfaite de se voir remettre une prescription identique pour six nouveaux mois.

Quelques semaines plus tard, je tombai par hasard sur son dossier, que ma secrétaire avait ressorti, car un examen complémentaire était arrivé, qui devait être archivé. Je me plongeai alors à nouveau dans mon observation, pour lire avec angoisse sous ma plume un courrier que j'avais adressé au cardiologue, mais aussi au néphrologue (le spécialiste des reins). J'avais en effet entendu à l'auscultation un souffle valvulaire, et révélé, avec une simple bandelette de test, la présence d'albumine dans les urines. Ce qui m'inquiétait, c'était qu'il n'y avait dans le dossier aucun courrier envoyé par ces spécialistes, comme si la malade ne les avait pas consultés. De surcroît, j'avais demandé une surveillance biologique, qui n'avait pas été faite non plus. C'est parce que la malade avait consulté un gynécologue quelques jours plus tôt que le laboratoire m'avait envoyé ses résultats, car je faisais partie du listing des médecins de cette femme.

« Comment ai-je pu renouveler cette ordonnance sans revoir à fond ce dossier et interroger la malade sur les raisons pour lesquelles elle n'a ni consulté mes confrères ni réalisé ces examens complémentaires ?! » pensai-je, culpabilisé d'avoir fait le contraire de ce que j'enseigne aux étudiants. Je n'avais même pas pris le temps de vérifier que la malade avait fait l'examen ophtalmologique obligatoire sous ce traitement. Parce qu'elle avait été suffisamment persuasive, j'avais pensé qu'elle était suivie par mes soins depuis plusieurs mois, voire des années, et qu'elle avait l'habitude d'effectuer cet examen tous les six mois.

J'avais donc tout faux ! À l'improviste au milieu de mes consultations, ma prise en charge n'avait absolument pas été de qualité. Que penserait un confrère en voyant la légèreté avec laquelle j'avais represcrit de l'hydroxychloroquine sans avoir réévalué la gravité de la maladie de la patiente ni, surtout, cherché d'autres atteintes viscérales toujours susceptibles de survenir ? En effet, dans cette maladie, il est rare que l'évolution soit parfaitement stable, et qu'il n'y ait pas d'autres signes cliniques qui apparaissent, par exemple des signes témoignant d'un état d'hypercoagulabilité, ou encore la survenue d'une autre maladie auto-immune.

Il me fallait agir rapidement et de façon formelle, car, visiblement, la patiente n'avait pas pris la mesure de la gravité de sa pathologie et de la nécessité absolue d'un véritable suivi. Je rédigeai donc un courrier pour

l'inviter à me consulter rapidement, en lui faisant entendre que j'avais des informations à lui communiquer.

Elle accepta de me revoir sans tarder et se présenta de nouveau spontanément à la consultation, mais ma secrétaire fit volontairement barrage, l'empêchant d'accéder à la salle d'attente sans rendez-vous. Celui-ci enfin pris, l'indisciplinée se présenta le lendemain à 17 heures. Enfin, j'allais pouvoir tout reprendre – les symptômes initiaux, les signes apparus secondairement, les résultats des examens biologiques. Surtout, je lui fis part de ma stupéfaction de ne pas avoir dans le dossier le compte-rendu des spécialistes auxquels je l'avais adressée.

« Docteur, depuis que vous m'avez remis le traitement, je vais bien ! J'ai pensé que ce n'était pas la peine de consulter d'autres spécialistes, car il me semblait que vous aviez vu ce que j'avais.

– Je ne vous ai pas adressé à ces médecins pour qu'ils posent le diagnostic de votre maladie, puisque je venais de le faire moi-même. Mais c'était pour qu'ils vérifient l'absence de complications, tant au niveau du cœur qu'au niveau des reins. J'avais tout lieu de le craindre, car j'avais entendu un souffle à votre auscultation. Par ailleurs, vous aviez beaucoup trop d'albumine dans les urines, comme j'avais pu le constater.

– Je suis désolée, docteur, je ne pensais pas avoir mal agi. Je suis certainement négligente, mais aussi étourdie. »

Me disant cela, la malade se mit à pleurer. Je devinai au travers de ses larmes un profond désarroi. Je jetai un œil à son dossier, pour voir si j'avais cherché l'existence d'un syndrome dépressif. À l'époque, la consultation avait été si longue que, malheureusement, je n'avais pas abordé cet aspect, pourtant indispensable dans la prise en charge de *tous* les malades, et notamment une malade lupique. Je ne tardai pas à confirmer, par des questions supplémentaires, l'existence d'un tel syndrome qui ne pouvait qu'aggraver la maladie tant qu'il n'était pas traité.

Je ne pus pas m'empêcher de faire gentiment la leçon à cette patiente, en lui disant combien sa prise en charge aurait été négligée si je ne l'avais pas reconvoquée. Je lui rappelai aussi qu'elle aurait dû avoir à ce stade une consultation chez l'ophtalmologiste. Dans sa profonde détresse, elle avait abandonné tout suivi médical autre que la prise des médicaments que je lui avais prescrits. « Je ne me ferai plus reprendre à ce petit jeu », pensais-je en la raccompagnant...

Chaque moment médical est important, et un temps minimal doit lui être consacré, car le temps de la réflexion est essentiel. Au bon patient de savoir cela, et de donner à son médecin les meilleurs atouts pour établir le meilleur diagnostic et lui prescrire ensuite le meilleur suivi possible.

Je ne parle pas de ma maladie inconsidérément

J'ai toujours pensé qu'il valait mieux ne pas parler de sa maladie. Annoncer que l'on est malade peut, malheureusement, passer pour un aveu de faiblesse, qui peut être préjudiciable, en fonction de la personne à qui cela est révélé. Si c'est à votre famille, ce n'est pas très grave. Au contraire, même. Le réconfort des uns et des autres pourra être d'une grande aide, sauf si vous vous plaignez tant à vos proches que ceux-ci vont craindre le pire, imaginer que vous n'êtes pas bien pris en charge, et se mettre à paniquer, et à vous paniquer. Si la révélation de vos problèmes de santé se fait dans le cadre de votre travail, cela peut avoir des répercussions insoupçonnées. On vous croira moins capable, moins apte. Cela dépend aussi de la maladie que vous avez. Une maladie chronique peut être à l'origine d'arrêts de travail répétés, et cela peut inquiéter votre employeur. Quant à vos amis, certains pourraient, devant votre faiblesse, même si elle est passagère, hésiter à vous convier à des dîners ou des soirées, de peur de vous fatiguer. Sans compter tous ces gens que la maladie des autres fait fuir à grande vitesse...

Par ailleurs, selon la maladie dont vous souffrez, vous risquez d'entendre des avis divers et variés qui vont vous faire douter inutilement, vous faire perdre la confiance que vous avez en votre médecin. Chacun ne se représente pas la maladie de la même façon. Si des tiers vous interrogent sur votre traitement, vous risquez aussi d'entendre des suspicions sur tel ou tel médicament, et vous pourriez être poussé à ne plus suivre un traitement pourtant indispensable. Cela se révèle très vrai dans le domaine de la dépression ; celle qui est cachée, dissimulée dans la vie de tous les jours, mais qui va s'exprimer face au médecin qui saura poser les bonnes questions. Si vous annoncez que vous prenez un traitement antidépresseur,

vous rencontrerez inmanquablement des réticences, des réserves formulées par les uns et les autres, racontant leur expérience, ou celles que d'autres personnes encore leur ont racontées. Si l'on creuse, on s'aperçoit que l'on ne parle pas toujours de la même chose, les uns parlant des anxiolytiques sans le savoir en croyant parler d'antidépresseurs, d'autres d'une famille d'antidépresseurs qui n'est pas celle que vous prenez.

Nous vivons hélas dans un monde où tout état de faiblesse est rapidement stigmatisé. La maladie reste du domaine du privé, du secret : c'est bien pour cela qu'existe le secret médical. Préservez-vous et, pour cela, n'étaiez pas vos troubles, qui seront répétés, car les discussions entre amis, entre collègues, portent souvent sur les problèmes de santé des uns et des autres. C'est un sujet de conversation amplifié et exagéré, trop souvent masqué derrière des sentiments de fausse compassion.

« Maman, elle en parle tout le temps ! »

Une seule réservation de consultation pour deux enfants de 7 ans, cela peut être normal s'il s'agit d'une pathologie bénigne. C'étaient par ailleurs des petites jumelles. Ma secrétaire a pensé que la prise en charge de l'une vaudrait pour la seconde.

« Par qui commence-t-on ?

– Par Adeline », dit la maman.

C'était la plus grande, celle qui était née la première et qui, en effet, paraissait plus âgée d'au moins un an que sa sœur. Cette petite avait vu apparaître six mois plus tôt des plaques pigmentées sur ses membres inférieurs, au niveau des cuisses, de façon asymétrique, qui prenaient une texture particulière, blanc nacré, un peu scléreuse. Ces plaques étaient inesthétiques et avaient empêché l'enfant de profiter de la piscine tout l'été. Nous étions à présent au mois de septembre. L'examen général révéla des plaques identiques au niveau du dos, notamment dans la partie lombaire, ainsi qu'une plaque de la face interne du bras gauche qui était peu ou prou passée inaperçue. Le diagnostic clinique était aisé : il s'agissait de morphées, encore appelées sclérodermie en plaques.

« Une sclérodermie, docteur, est-ce que c'est grave ?

– Non, il ne s’agit pas d’une sclérodermie au sens de la maladie générale, dite maladie de système, mais simplement de petites plaques cutanées correspondant à une maladie propre.

– Mais j’ai beaucoup entendu parler de la sclérose en plaques, et j’ai une voisine qui est complètement paralysée !

– La sclérodermie en plaques n’a rien à voir avec la sclérose en plaques. Cette dernière est une maladie neurologique qui touche essentiellement la femme adulte. Il s’agit de plaques au niveau cérébral, et pas du tout cutané. Certes, c’est aussi une maladie considérée comme auto-immune, mais qui n’a aucun lien direct ou indirect avec la “morphée”.

– La morphée ?

– Oui, on appelle ainsi la sclérodermie localisée à la peau, la sclérodermie en plaques. »

Je m’aperçus une fois de plus combien les malades peuvent confondre deux maladies dont les dénominations sont relativement proches.

Rien, dans l’interrogatoire de cette enfant, ni dans son passé médical ni dans le passé familial, ne permettait de mettre en lumière un quelconque fait, une quelconque pathologie, aucun antécédent, aucun trait génétique pour expliquer cette éruption. Bien sûr, il me vint à l’esprit de rechercher une piqûre de tique qui aurait pu passer inaperçue, car on sait que le microbe inoculé par certaines tiques, à savoir la *Borrelia*, peut induire des formes cutanées proches de la sclérodermie en plaques. De façon systématique, je prescrivis un sérodiagnostic *Borrelia* – qui se révéla négatif. Aucun trouble fonctionnel, juste un aspect cutané inesthétique. Cette affection, selon la façon dont elle est vécue, peut simplement bénéficier d’un traitement local et d’un suivi, ce que nous allions entamer.

« À la petite sœur, maintenant ! »

Élodie, plus menue, paraissait beaucoup plus juvénile que sa jumelle et semblait tout à fait détachée du motif de consultation. Je l’ignorais encore, mais je suspectais qu’il puisse également s’agir d’une maladie auto-immune. C’est lorsque cette enfant s’allongea sur la table, et que sa mère lui demanda d’enlever sa culotte, que je compris que quelque chose se passait à ce niveau...

« Docteur, Élodie se gratte depuis des semaines. J’ai remarqué que la surface de son sexe était devenue beaucoup plus blanche, et qu’il y avait

des modifications tout à fait visibles qui m'inquiètent. Je ne voudrais pas qu'elle puisse avoir des ennuis lorsqu'elle sera adulte ! »

Avant d'examiner cette enfant avec toute la délicatesse qu'une telle localisation impose, je tins à poser un certain nombre de questions qui, comme pour Adeline, furent peu indicatives, car, contrairement aux adultes, les enfants n'ont pas encore eu le temps de constituer un passé pathologique.

Pour en avoir vu plusieurs cas et en avoir lu des rapports dans la littérature médicale, je m'étais forgé une conviction quant à la signification de cette maladie. Ainsi, je tâchai de savoir si Élodie avait subi une agression d'ordre sexuel, qu'il s'agisse d'attouchements ou de contraintes. En effet, plusieurs pédiatres avaient remarqué ce point : le lichen scléreux – car c'est de cette maladie dont il s'agissait – peut se développer après une atteinte d'ordre sexuel. Il n'y en avait pas eu *a priori*, Élodie ne semblait pas traumatisée. Elle accepta que je l'examine avec à mes côtés sa maman, qui ne manquait pas de m'indiquer telle ou telle zone qui lui paraissait anormale dans l'anatomie de la vulve de sa fille.

Très vite, je confirmai le diagnostic de lichen scléreux, que j'avais subodoré. Le terme de lichen est inapproprié, car il évoque une maladie végétale, que d'aucuns peuvent rapprocher des champignons, alors qu'il s'agit tout simplement de la résultante d'une agression de la muqueuse par des globules blancs appelés lymphocytes. Cette dermatose des muqueuses survient le plus souvent chez la femme adulte. Elle est très prurigineuse, c'est-à-dire qu'elle démange beaucoup, et c'est le grattage intempestif qui conduit les patientes à consulter. Elle peut laisser place à quelques zones rouges violacées qualifiées de purpuriques et des zones d'un blanc nacré.

À cet instant, dans mon esprit, je rapprochai la maladie de sa sœur avec la sienne, la sclérodermie en plaques avec ce lichen. Les deux maladies sont considérées comme cousines germaines, elles relèvent du même mécanisme. Je demandai alors si la grande sœur n'avait pas des symptômes vulvaires semblables. La maman, qui avait examiné ses muqueuses, me répondit instantanément : « Non, il n'y a rien chez Adeline. »

Les deux enfants rhabillées, je leur expliquai par des mots simples ce qui se passait, essayant de leur dire que leur peau ou leurs muqueuses étaient la cible de leurs défenses immunitaires, qui, dans leur cas, n'attaquaient pas des agents étrangers mais leurs propres tissus. Il faudrait beaucoup de

patience et de temps pour voir les choses se stabiliser et, pourquoi pas, régresser.

De consultation en consultation, tous les deux mois environ, j'appréciais l'évolution ou l'évolutivité de la dermatose vulvaire pour l'une, et des plaques de morphee pour l'autre. Je notais une absence d'involution, une persistance toujours aussi aiguë du tableau dermatologique. Ces consultations étaient pour moi d'une certaine lourdeur. D'une part, parce qu'il me fallait faire deux consultations pendant le temps d'une, et donc forcément prendre du retard, faire attendre les patients suivants ; mais, surtout, j'observais le regard inquiet, voire dramatique, de la maman, qui me dévisageait pendant que j'examinais ses filles. Elle cherchait à déceler sur mon propre visage l'expression, soit d'une satisfaction, soit d'une déception. Je tâchais de ne rien laisser paraître pour n'avoir qu'une attitude observatrice neutre.

Au fur et à mesure des consultations, je sentais les petites filles de plus en plus renfermées, s'exprimant de moins en moins. J'étais de plus en plus convaincu qu'elles avaient vécu un événement douloureux, mais qu'il leur était difficile de l'exprimer. Je tentai à nouveau d'interroger directement, puis indirectement, les petites filles en m'adressant à la maman.

« Ont-elles vécu des choses difficiles, douloureuses ? Comment ça se passe avec leurs amis à l'école ? »

Non, rien, dans la vie de ces enfants, ne les avait *a priori* perturbées.

Un jour, les voyant de plus en plus résignées, je demandai à leur mère si elle m'autorisait à les questionner en dehors de sa présence. Elle avait les yeux écarquillés, la bouche ouverte, elle était saisie de surprise, mais semblait se dire qu'elle ne pouvait me refuser cet entretien singulier que je demandais, tout en soupçonnant par avance les questions que j'allais poser.

Les deux petites filles, âgées alors de 8 ans et demi, étaient donc devant moi, et je les sentais véritablement solidaires, jumelles comme jamais je ne les avais vues, l'une contre l'autre, attendant la question comme on attend un ballon dans un match de volley. Je savais que la confiance entre elles et moi était établie depuis de nombreux mois, et je ne pris pas de précautions pour poser la question qui me brûlait les lèvres depuis déjà plusieurs consultations.

« Vous me semblez tristes, renfermées... Qu'est-ce qui se passe à la maison ? »

Dans la seconde qui suivit, elles éclatèrent en sanglots toutes les deux, comme si les larmes étaient prêtes à sortir, comme si elles n'attendaient que cette occasion qui leur était offerte de s'exprimer. Je les entendais sangloter sans que je puisse comprendre les mots qu'elles prononçaient. Puis, au milieu des onomatopées, j'entendis Élodie dire :

« Elle en parle tout le temps !.... »

Et Adeline de répéter : « Elle en parle tout le temps...

– Mais de qui parlez-vous ? Qui parle tout le temps ?

– Mais maman. Tout le temps. À table le midi, à table le soir, quand on rentre de l'école...

– Est-ce que votre maman vous regarde les plaques sur la peau ou au niveau de la zigounette régulièrement ?

– Oui, elle le fait chaque fois qu'on se déshabille, elle veut voir, elle regarde si ça s'est aggravé ou pas. Elle nous dit : “Attention, c'est plus grave qu'hier, attention, c'est plus foncé, tu as vu ces petites taches violettes maintenant ?” »

Je commençai à comprendre ce qui se passait, mais je ne savais pas encore de quoi il s'agissait lorsqu'elles disaient : « Elle en parle tout le temps. » Lorsque je le leur demandai, elles furent incapables de me répondre. Visiblement, il s'agissait de quelque chose de grave, de lourd, un secret de famille, et jamais elles ne pourraient l'exprimer ; en tout cas, pas maintenant.

« Est-ce que votre maman pourra me dire de quoi il s'agit ?

– Oui », dirent-elles en chœur.

Notre entretien s'acheva sur ces mots, et je fis rappeler la maman par l'étudiante en médecine qui assistait à ma consultation. Elle revint s'asseoir et s'étonna de voir ses deux filles en larmes. Elle voulait me questionner, mais elle aussi était dans l'attente d'une question de ma part. Pendant quelques secondes, un lourd silence s'établit.

« Madame, vos filles m'ont parlé de quelque chose que vous évoqueriez tout le temps. Elles n'ont pas voulu m'en dire plus. Je suis intrigué, car cela semble les perturber énormément. »

Interloquée, la maman regardait successivement ses filles puis moi. Des larmes apparurent dans ses yeux, et je la sentais sur le point de défaillir. Je lui offris un mouchoir en papier et, en s'essuyant les yeux, elle me déclara :

« Oui, j'ai été violée à l'âge de 18 ans. Je ne cesse de mettre mes filles en garde quand elles partent à l'école, quand elles sortent avec leurs copines... »

Voilà l'événement douloureux lié à la sexualité qui avait certainement déclenché le lichen scléreux d'Élodie. Ce cas illustre parfaitement les liens qui peuvent exister entre une souffrance morale, un événement douloureux de la vie relié à la sexualité, et cette maladie immunitaire des muqueuses, comme si les globules blancs de l'organisme s'étaient donné pour mission de détruire la muqueuse vulvaire, celle-là même qui avait été forcée, abîmée, violée. Voilà qui vous rappellera l'histoire de la « petite chambre » de madame Granger.

J'étais convaincu, depuis le début de mon internat, des relations étroites entre les répercussions cérébrales et les agressions dont ont pu être victimes certains malades. Les enseignements du professeur Pierre Simon à la Pitié-Salpêtrière, outre qu'ils me permirent d'acquérir une attestation d'études approfondies en neuropsychopharmacologie, m'en expliquèrent les mécanismes et les causes. Des faits marquants douloureux, parmi lesquels un divorce, un incendie, un vol, une agression sexuelle sont les plus représentatifs. La littérature médicale confirma mes présomptions, et les faits sont maintenant parfaitement établis.

Il est important de rappeler ici que certaines choses que vous avez vécues, mais qui vous sont propres et personnelles, même si elles peuvent être exprimées à un moment, ne doivent pas devenir une rengaine et être données pour exemple sans cesse. Je sais qu'il s'agit d'une manière de conjurer le sort, mais que de mal cela peut faire !

Cette consultation, qui fut d'une telle intensité, d'une telle tension, s'avéra finalement être l'une des plus importantes. En effet, la chronicité de ces maladies auto-immunes était chez ces deux petites filles entretenue par la relation particulière qu'elles avaient avec leur maman, mais, surtout, par toute la souffrance que cette mère aimante, sincère et attentionnée leur faisait porter sans s'en rendre compte.

Les visages d'Élodie et d'Adeline étaient désormais souriants. Elles paraissaient véritablement épanouies. La maman aussi, d'ailleurs. Les

consultations ultérieures, pour les accompagner dans leur traitement, les encourager, relever les signes de progression ou d'amélioration, furent beaucoup plus détendues, beaucoup plus simples. Et, un jour, Élodie, plus enhardie que sa sœur, entra sans même me saluer, par oubli ou négligence, s'avança vers moi et me livra cette phrase qu'elle avait sans doute préparée dans sa tête depuis le départ de la maison :

« Docteur, vous savez quoi ? Je crois que je suis guérie.

– Guérie, me dis-tu ? Alors je veux voir cela, car c'est la réussite de ton travail, c'est ta victoire ! Même si j'y suis un peu pour quelque chose, glissai-je à mi-voix en lui faisant un petit clin d'œil.

– Bien sûr, me dit-elle, mais, aussi, je m'étais fait un vœu, et je veux le réaliser tout de suite. »

Posant son petit sac à dos qu'elle tenait à la main, elle s'avança précipitamment vers moi et me sauta au cou pour m'embrasser sur la joue, comme le faisaient mes enfants chéris lorsque je rentrais à la maison après une journée de travail.

« Voilà, j'avais décidé de vous embrasser pour vous dire merci ! »

Cette manifestation de bonheur m'emplit de joie et d'émotion. Je ne savais que répondre, mais, ayant toujours aimé taquiner les enfants, je lui dis, avant de m'adresser à Adeline qui attendait en retrait que l'on s'occupât d'elle :

« Mais, au fait, tu ne veux pas te marier avec moi ? »

Tout le monde éclata de rire, à commencer par les deux parents des fillettes. Tout en essuyant des larmes d'émotion, parce que les mots aident parfois à guérir une maladie, je m'adressai à Adeline :

« Bonjour, Adeline. Je crois que tu as une bonne nouvelle à m'annoncer aussi, non ?

– Oui, je passe en sixième ! » dit-elle.

Nous explosions de rire à nouveau. J'étais empli du bonheur d'avoir trouvé le bon diagnostic et d'avoir ainsi soulagé ces deux adorables petites filles, ainsi que cette belle famille qui menaçait autrement de s'enfoncer dans une crise morale inquiétante.

La consultation terminée, je restai seul quelques minutes pour mieux savourer ce moment. C'est aussi pour ce genre d'instant que je pratique

depuis plus de trente ans, avec tant d'obstination et d'exigence, ce formidable métier de médecin.

Conclusion

Comment toutes les histoires racontées dans ce livre, tous ces cas si personnels ont-ils pu rester ainsi intacts dans ma mémoire, aussi vivaces que le jour où je les vivais ? Ma pratique, qui s'est imposée année après année, m'a conduit non pas à traiter des maladies, mais des malades. Des patients qui, pour moi, étaient tous importants et tous singuliers. C'est cela qui fait toute la différence.

Aujourd'hui encore, on enseigne la médecine maladie par maladie, et non pas par symptômes. Ce pourrait pourtant être utile, car, nous l'avons vu, la cause d'une diarrhée est loin d'être toujours intestinale. Lorsqu'on enseigne à nos étudiants une matière comme la rhumatologie, on leur parle par exemple de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ; si bien que le jeune médecin, voyant une femme souffrir de ses articulations, posera en quelques instants un diagnostic de polyarthrite, et cherchera les examens à faire pour « coller » avec son diagnostic. Combien d'étudiants ai-je entendu dire : « Qu'est-ce que l'on cherche dans une PR ? » Ainsi, le médecin a défini le tableau et va essayer d'y faire rentrer le maximum d'éléments, de manifestations, pour que ça puisse coller avec sa première idée. C'est comme si l'on vous présentait une photographie d'un paysage, et que votre première préoccupation était de deviner de quelle région il provient. Vous auriez la possibilité de questionner sur le climat, sur l'existence d'un océan à proximité, d'analyser la nature des arbres, la marque des véhicules, les éventuels animaux. Mais vous n'en feriez rien, vous vous convaincriez juste que l'image a été prise dans les Landes, alors qu'en fait il s'agit d'une belle nature suédoise. Vous seriez donc très loin de la vérité.

De plus, s'il existe autant de traitements différents, c'est que chaque malade doit bénéficier d'une approche qui lui est propre. Cet homme angoissé ne réagira pas de la même façon au traitement d'un asthme qu'une femme sportive pour laquelle la cause serait une allergie alimentaire. Il est tellement aisé de recueillir le maximum d'informations par le questionnement, de chercher nombre de signes cliniques, comme des ganglions, des anomalies des réflexes, un souffle cardiaque, par un examen

clinique qui doit être systématique, puis d'aller mettre en relief des anomalies dans les prises de sang ! Quand tout cela est posé sur « le bureau », quel médecin ne serait pas capable de faire le diagnostic précis et personnalisé de la maladie dont souffre son patient ?

Outre que cette procédure permet de révéler de nombreuses choses, elle met le malade au centre de la rencontre médecin-malade. Elle pose en désordre les pièces d'un puzzle qui sont les signes cliniques, les dosages biologiques, et il ne reste au médecin qu'à visualiser la maladie qui va apparaître peu à peu. Cette approche « engagée » permet au médecin de mieux connaître ses malades dans toutes leurs particularités personnelles, familiales et professionnelles. Le docteur n'est plus le « médecin de la maladie », comme un spécialiste du lupus ou de l'eczéma, mais il est le médecin qui vous aura écouté, entendu. Et guéri.

Je suis certain que vous êtes ou que vous deviendrez sous peu, après avoir refermé ce livre, un « excellent patient ». Soyez sûr que, en suivant les recommandations prodiguées tout au long de ce livre, que vous aurez relevées subtilement, et en vous comportant ainsi, vous donnerez à votre médecin les moyens de ne pas passer à côté du bon diagnostic, et les meilleures chances de devenir, s'il ne l'est déjà, un « excellent médecin ».

Je tiens ici à remercier :

Mes patients, sans lesquels ma vocation n'aurait pas lieu d'être, eux qui m'ont tant appris sur la vie, sur les maladies, sur la souffrance, et qui ont été là pour me soutenir à chaque instant.

Mon Maître, le professeur Jean-Louis Dupond, qui m'a tout appris, notamment à écouter et à examiner un malade, à prendre en compte chaque mot, chaque symptôme, chaque résultat d'examen, normal ou anormal. C'est un orfèvre dans l'art médical, un de ces grands cliniciens dont aucune médecine, même la plus moderne, ne pourrait se passer. Je lui dois tant.

Ceux dont j'admire également le savoir, l'approche du malade et l'humilité. Je nommerai le Pr Abdelaziz Maaouni, le Pr Pierre Godeau, le Dr Ahmed Bourra, feu le Dr Hubert Mallet, le Dr Bruno Stimesse, feu le Pr Robert Leconte des Floris, feu le Pr Pierre Agache, le Pr Patrick Hervé, le Pr Michel Gillet, le Pr Georges Mantion, feu le Pr Lucien Rumbach, le Pr Pierre Bechtel, le Pr Jacques Massol, feu le Pr Joël Combe, les Drs Christian Rondot, Valérie Girard, Rémy Tarrius et Philippe Abastado, et tous ceux qui ont croisé mon parcours. Ces grands médecins furent ou sont des modèles dont je me suis toujours inspiré.

Mes étudiants et mes internes qui ont compris mon mode de fonctionnement, et qui, je le souhaite, le reproduiront dans leur pratique quotidienne.

Mentions particulières pour Madame Isabelle Bruey, documentaliste, pour son assistance constante, pour Madame Brigitte Putet, inlassable secrétaire qui m'a accompagné pendant vingt-cinq ans, et pour Agnès Renaud, ainsi que pour toutes mes équipes de recherche.

Si vous souhaitez vous exprimer sur l'ouvrage que vous venez de lire, ou vous adresser à son auteur, vous pouvez le faire à cette adresse :

Avezvousunbonmedecin@gmail.com

Ouvrage publié sous la direction d'Éric Maitrot

Pour des raisons de confidentialité et en vertu du secret médical,
les noms et prénoms des personnes citées dans cet ouvrage
ont été modifiés.

Couverture : Jeanne de Nîmes
Photographie : © Sandrine Roudeix

© Librairie Arthème Fayard, 2018

ISBN : 978-2-213-70717-4

Table des matières

[Couverture](#)

[Page de titre](#)

[Du même auteur](#)

[Extraits du code de déontologie des médecins](#)

[Introduction](#)

[I](#) [**AVEZ-VOUS UN BON MÉDECIN ?**](#)

[1. Mon médecin prend son temps
pour me questionner](#)

[2. Mon médecin prend le temps de m'écouter](#)

[3. Mon médecin m'examine
de la tête aux pieds](#)

[4. Mon médecin ne se contente pas
de regarder là où ça « fait mal »](#)

[5. Mon médecin échange
suffisamment avec ses confrères](#)

[6. Mon médecin est curieux
de tout symptôme](#)

[7. Mon médecin ne sous-estime pas
la part des événements douloureux](#)

8. Mon médecin n'énonce pas
un diagnostic à tort et à travers

9. Mon médecin s'attache
à poser un diagnostic précis

10. Pour mon médecin, diarrhée
ne veut pas seulement dire intestin

11. Mon médecin ne prescrit pas
de médicaments inutiles

12. Mon médecin garde
son sang-froid quoi qu'il arrive

13. Mon médecin admet
qu'il ne peut pas tout savoir

14. Mon médecin se remet constamment
en question et persévère

15. Mon médecin est mon avocat
en toutes circonstances

II ÊTES-VOUS UN BON PATIENT ?

1. J'apporte toutes mes analyses
à mon médecin

2. J'ai compris qu'un « bilan complet »
ne sert à rien

3. Je n'omets aucun renseignement,
même le plus anodin

4. Je réclame tous les résultats
et toutes les conclusions

5. Je connais les médicaments que je prends

6. Je ne confonds pas effets secondaires
et contre-indications

7. Je ne change pas mon traitement
de mon propre chef

8. Je respecte les silences de mon médecin

9. Je comprends qu'un test négatif
n'élimine pas la cause envisagée

10. Je ne crois pas aux idées reçues

11. Je comprends qu'une même cause
peut conduire au développement
de maladies différentes

12. Je ne tire pas de conclusions
hâtives d'une analyse biologique

13. Je n'ai pas d'idées fausses
sur les médicaments

14. Je laisse à mon médecin
le temps de la réflexion

15. Je ne parle pas de ma maladie
inconsidérément

Conclusion

Page de copyright

Notes

1. Région de la cage thoracique située entre les deux poumons.

Notes

1. Certaines consultations, dans le cadre hospitalier, sont menées, avec l'accord du patient, en présence de quelques étudiants de 4^e, 5^e ou 6^e année, lesquels n'interviennent pas mais débutent ainsi la partie pratique de leur formation. Ils prennent connaissance de la façon de mener une consultation, et apprennent beaucoup sur les pathologies vues avec le médecin, celui-ci leur expliquant en présence – ou parfois hors de la présence – du malade les principaux traits de la pathologie.

Notes

- [1.](#) *La Cité de la peur*, d'Alain Berbérian.

Notes

1. Les centres de compétence sont des services d'hôpital où les médecins sont reconnus pour être des spécialistes sur telle ou telle maladie. Ainsi, pour mieux suivre, pour mieux traiter ces pathologies, il est logique d'adresser les malades à ces centres qui vont collecter des données et faire progresser les connaissances sur la maladie.

Notes

[1.](#) Le sang filtré était passé aux ultraviolets, après que l'on a introduit dans les poches de sang un médicament appelé psoralène.