

J. Aubert

Dr Jacques Aubert
Chargé de cours IUMG
Rue de Soleure 13
2525 Le Landeron
jac.aubert@bluewin.ch

Rev Med Suisse 2013; 9: 1917-20

INTRODUCTION

La pratique clinique de la médecine générale ambulatoire, désormais rebaptisée médecine de famille, connaît depuis une dizaine d'années une formidable métamorphose, grâce notamment au développement de toute une série d'outils auxquels le généraliste peut désormais recourir. Un inventaire du contenu fabuleux de la nouvelle boîte à outils du généraliste devrait permettre aux praticiens, le cas échéant, de compléter leur panel, aux spécialistes de se faire une idée plus juste de la réalité du travail quotidien du médecin de famille, et aux étudiants de comprendre que la pratique de la médecine générale ne saurait se résumer à de la «bobologie», au tri des patients et au soin de grippés et autres enrhumés.¹

Aux confins de la science et de l'art, le médecin généraliste œuvre constamment pour un patient dans sa globalité et dans l'espace d'une relation humaine toujours singulière, où éclôt précisément toute la saveur de l'originalité absolue de chaque temps de consultation. Mais en 2013, la consultation médicale ne ressemble plus guère à celle d'il y a quinze ou vingt ans : les généralistes de la génération précédente voyaient en effet peu de patients avec des maladies chroniques, mais beaucoup de pathologies aiguës similaires, infectieuses ou traumatiques. Aujourd'hui, la consultation ambulatoire de médecine générale se singularise par une extraordinaire variété de patients et de pathologies à traiter.

Le généraliste reste le médecin du premier recours, c'est souvent lui qui, par exemple avec un patient fatigué, a la tâche de poser un diagnostic, en endocrinologie, hématologie, infectiologie, allergologie, hépatologie, cardiologie, ou psychiatrie.

Le généraliste est aussi le médecin traitant au long cours qui, de plus en plus souvent, initie chez ses patients une insulinothérapie, effectue une désensibilisation, pose des perfusions pour traiter une carence martiale ou une ostéoporose, etc.

L'extraordinaire développement des boîtes à outils en médecine générale

Outils techniques, cliniques et de communication

Le généraliste reste aussi le médecin du dernier recours, assurant avec compétence des soins palliatifs de fin de vie en EMS ou à domicile. Et le généraliste reste le médecin de la personne, toujours sensible à la prise en compte de la réalité psycho-socio-affective de chaque patient.

Désormais reconnue comme spécialité authentique, la médecine générale se profile comme une discipline à part entière, dont le savoir, le savoir-faire et le savoir-être de ses praticiens se fondent sur l'acquisition de compétences spécifiques, d'ordres clinique, technique et communicationnel. La maîtrise de ces compétences permet au généraliste d'accomplir son métier de manière souvent autonome, efficiente et passionnante.

On peut ranger ces différentes compétences dans une sorte de précieuse boîte à outils dont cet article se propose de faire un important inventaire, même si non exhaustif.

OUTILS TECHNIQUES

Analyses de laboratoire spécifiques utiles au généraliste

Au cours des dix dernières années, les biologistes et biochimistes ont mis à disposition des médecins un nombre impressionnant de nouvelles analyses. Il convient évidemment de savoir retenir celles dont la pertinence est reconnue, en connaissant bien les indications et les limites de chaque test, comme par exemple dans le cas de la procalcitonine² ou du test Septin-9.³

Mais il ne fait pas de doute que la boîte à outils «analyses de laboratoire» offre au médecin de famille des opportunités d'aides au diagnostic et au suivi tout à fait séduisantes, facilite son autonomie de décision, et peut contribuer à améliorer l'implémentation de certaines pratiques de dépistage élargi proposées par l'Office fédéral de la santé publique, comme nous l'avons démontré avec le recours au test VIH rapide.⁴

Le [tableau 1](#) propose une liste non ex-

haustive d'analyses originales aujourd'hui disponibles pour le diagnostic et/ou le suivi en médecine générale ambulatoire.

Frottis couramment utilisés par le généraliste

Certains frottis sont d'un usage commun à la consultation et très utiles, tels les tests rapides ([tableau 2](#)). D'autres, tels les frottis urétraux, à la recherche de *Chlamydia* ou de gonocoques, ont été abandonnés au profit de la recherche d'antigènes par PCR dans les urines.

Epreuves fonctionnelles effectuées chez le généraliste

Avec le développement de tests fonctionnels de plus en plus nombreux, variés et performants, le généraliste dispose aujourd'hui d'une boîte à outils extrêmement bien achalandée dans laquelle il peut trouver de précieux instruments aussi bien pour l'aide au diagnostic que pour le suivi des patients qu'il traite ([tableau 3](#)). Le recours à de tels moyens contribue à garantir la haute qualité de la prise en charge des patients par les médecins de famille, comme par exemple dans la BPCO⁵ ou dans l'AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs).⁶

SCORES CLINIQUES : QUELQUES OUTILS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La mode est aux scores cliniques, diagnostiques ou pronostiques. L'IUMG (Institut universitaire de médecine générale) lui-même, dans le cadre de ses activités de recherche, a œuvré au développement et à l'implémentation d'un score diagnostique, le «score TOPIC». Un certain nombre de ces scores font utilement partie des précieux outils du généraliste ([tableau 4](#)). La plupart des scores mentionnés dans ce tableau (ainsi que de très nombreux autres) sont disponibles en ligne sur la plateforme de formation continue de la *Revue Médicale Suisse* (www.medhyg.ch/scoredoc).

Tableau 1. Analyses de laboratoire à disposition en médecine générale

Analyses	Diagnostics/dépistages	Suivis
D-dimères	TVP/embolies pulmonaires	
Troponines	Syndrome coronarien aigu	
Procalcitonine	Infection bactérienne	
CRP	Réaction inflammatoire aiguë Diagnostic différentiel infection bactérienne/virale	Maladie inflammatoire
Pro-BNP	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque
HbA1c	Diabète sucré	Diabète sucré
Microalbuminurie	Néphropathie hypertensive/diabétique	Néphropathie hypertensive/diabétique
Anticorps antitransglutaminase	Intolérance au gluten	
Anticorps anti-CCP	Polyarthrite rhumatoïde	
Test Septine-9	Dépistage du cancer du côlon	
Calprotectine fécale	Maladie inflammatoire de l'intestin	Maladie inflammatoire de l'intestin
β-cross laps (C-télopeptides)		Observance du traitement aux bisphosphonates
Récepteur soluble de la transferrine	Besoin accru en fer	Besoin accru en fer
25(OH)-vitamine D3	Déplétion du pool de vitamine D	Déplétion en vitamine D
Antigènes urinaires	Gonocoques, <i>Chlamydia</i> , <i>Legionella</i> , pneumocoques	
Antigènes dans les selles	<i>Helicobacter pylori</i> , rotavirus, <i>Giardia lamblia</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
Quantiféron	Tuberculose	
Holotranscobalamine	Carence en vitamine B12	Carence en vitamine B12
PSA	Cancer de la prostate	Cancer de la prostate
Mutation du facteur V Leiden, mutation du facteur II, déficit en protéine C, S ou en antithrombine, anticorps antiphospholipides	Thrombophilie	
Sérologies (fréquentes)	Hépatites A, B, C, VIH, syphilis (TPHA/VDRL), <i>Helicobacter pylori</i> , EBV, borréliose (Lyme), infections parasitaires (si selles négatives), <i>Bordetella pertussis</i> (coqueluche), <i>Legionella</i> , rubéole/toxoplasmose	
Test VIH rapide	Infection VIH	
CDT	Alcoolisme chronique	

EBV: virus Epstein-Barr; VDRL: venereal disease research laboratory; TPHA: treponema pallidum hemagglutination assay; CRP: protéine C-réactive; TVP: thrombose veineuse profonde; PSA: prostate-specific antigen; BNP: brain natriuretic peptide; CDT: carbohydrate deficient transferrin; anti-CCP: antipeptide citrulliné.

OUTILS DE COMMUNICATION

En plus des outils techniques et cliniques évoqués ci-dessus, la pratique de la consultation en médecine générale s'est également enrichie ces dernières années de formidables outils de communication, contribuant à faire de la consultation médicale ambulatoire une pratique plus pertinente et

plus performante pour le patient, et clairement plus gratifiante pour le médecin. On est passé d'une démarche autrefois exclusivement EBM (*evidence based medicine*) à un paradigme nouveau, tout à la fois de type *patient oriented medicine* et *problem oriented medicine*. Il faut évidemment savoir gré à Michael Balint d'avoir su être le

fondateur visionnaire du grand art de la communication en consultation médicale.⁸

Les trois espaces de la relation médicale

A une époque où le premier des quatre principes de la bioéthique, à savoir le principe d'autonomie, connaît un succès sans précédent, il n'est sans doute pas inutile de rappeler que certains patients, ceux qui nous disent : «c'est vous le docteur, c'est vous qui savez...», ont du mal à assumer l'autonomie qu'on voudrait leur reconnaître : c'est justement parce qu'ils habitent encore, et peut-être pour toujours, le premier espace de la relation médicale. Louis Velluet a théorisé et décrit les trois espaces de la relation médicale qu'il faut savoir reconnaître avec chaque patient:⁹

- Dans le *premier espace*, le patient se cantonne dans une attitude infantile d'obés-

Tableau 2. Frottis couramment effectués en médecine générale

SARM: staphylocoques dorés résistant à la méticilline.

Sites	Diagnostics	Suivis
Gorge/amygdales	Streptocoques A, C, G	
Nez	Staphylocoques dorés (furonculose), dépistage des SARM	Staphylocoques dorés (furonculose)
Nasopharynx	<i>Bordetella pertussis</i> (coqueluche), <i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	
Conjonctives	<i>Chlamydia trachomatis</i> , gonocoques	
Génital	Dysplasie/cancer du col utérin, papillomavirus humain	Dysplasie/cancer du col utérin, papillomavirus humain

Tableau 3. Tests fonctionnels en médecine générale

ABI: anklé brachial index (index de pression systolique); AOMI: artériopathie oblitérante des membres inférieurs; FA: fibrillation auriculaire.

Outils	Diagnostics	Suivis
Pulsoxymètre	Insuffisance respiratoire	Insuffisance respiratoire
Spiromètre	Asthme/BPCO	Asthme/BPCO
ApneaLink	Syndrome d'apnées du sommeil (SAS)	SAS
Doppler (ABI)	AOMI	AOMI
Holter	Arythmie/FA	Arythmie/FA
Remler	HTA/hypoTA	HTA/hypoTA
Prick tests	Allergie	Allergie
ECG	Divers	Divers
Radiologie	Divers	Divers
Echographie	Divers	Divers
Glucomètre-USB		Diabète sucré

Tableau 4. Scores cliniques utiles en médecine générale

Outils	Objets de l'évaluation	Diagnostics suspectés
Score FRAX	Risque de fracture	Ostéoporose
Score d'Epworth	Somnolence	Syndrome d'apnées du sommeil
Score AGLA (GSLA)	Risque cardiovasculaire	Maladie cardiovasculaire potentielle
• Score de Wells • Score de Genève	• Probabilité d'une TVP • Probabilité d'une embolie	Maladie thromboembolique
Score TOPIC	Douleurs thoraciques	Syndrome coronarien
• Score de Centor • Score de Fine	• Paramètres cliniques • Risques associés à une pneumonie	• Pharyngite à streptocoques • Pneumonie compliquée justifiant l'hospitalisation
PrimeMD	Trouble de l'humeur	Dépression majeure
MMS	Compétences cognitives	MCI/démence
GDS	Trouble de l'humeur	Dépression gériatrique
CAGE/score AUDIT	Consommation d'alcool	Abus/dépendance OH
Score CHA2DS2-VASc	Bénéfice d'une anticoagulation lors de FA	Risque d'AVC sur FA
Score HAS-BLED	Risque d'une anticoagulation lors de FA	Risque d'hémorragie sous ACO

La plupart de ces scores sont disponibles en ligne sur la plateforme de la *Revue Médicale Suisse* (www.medhyg.ch/scoredoc).

MCI: mild cognitive impairment; ACO: anticoagulation orale; FA: fibrillation auriculaire; TVP: thrombose veineuse profonde; GDS: geriatric depression scale; MMS: mini-mental state.

sance aveugle à toutes les recommandations et ordonnances du «docteur qui sait tout».

• Dans le *deuxième espace*, le patient se trouve ou a évolué vers une attitude proche de celle de l'adolescent, à savoir celle de la *négociation permanente*.

• Le *troisième espace*, l'espace «idéal», est celui de la relation d'adulte à adulte, celui typiquement de la *décision partagée*, où le médecin propose et le patient, capable de discernement et dûment informé, dispose et décide.

Le bon déroulement de toute consultation est subordonné à la prise de conscience de l'espace relationnel dans lequel on se

trouve et, peu ou prou, à l'adoption de comportements adaptés à l'espace relationnel identifié.

Approche médicale centrée sur le patient et son ou ses problèmes: agenda du patient – agenda du médecin

Quel que soit l'espace relationnel dans lequel on se trouve, il est une donnée fondamentale à toute consultation médicale que le clinicien ne doit jamais oublier: toute demande de consultation par le patient a une raison d'être, une pertinence fondamentale, même si parfois «cachée» aux yeux du patient lui-même. Le cas échéant, c'est bien le

rôle du médecin que de décrypter, derrière le contenu manifeste servant à «justifier» la consultation (une affection musculo-squelettique ou une infection virale apparemment «banale»), le contenu latent, «l'agenda caché» du patient, respectivement son mobile, et donc le souci ou la demande que celui-ci n'est pas toujours clairement en mesure de formuler.

L'adaptation de l'agenda du médecin à l'agenda du patient, dans un climat d'écoute active, de respect et d'empathie, contribue à la satisfaction gratifiante des deux parties!

Stades de Prochaska et DiClemente

Aujourd'hui, de nombreux patients consultent non pas tant pour des affections aiguës, mais de plus en plus pour des pathologies chroniques, souvent silencieuses (diabète, dyslipidémie, obésité, HTA, ostéoporose...). La prise en charge de ces conditions biomédicales chroniques relève souvent d'abord de l'adoption, par le patient, de modifications comportementales.

Prochaska et DiClemente ont décrit leur désormais célèbre «roue», ayant identifié, en matière de potentiel changement de comportement, les stades très divers où peut se situer un patient.¹⁰ Voilà un outil auquel le généraliste peut recourir, évitant ainsi écueils, échecs itératifs et frustrations pour lui comme pour son patient.

Pratique de l'entretien motivationnel (EM)

Décrite pour la première fois en 1983, la méthode clinique de l'entretien motivationnel (EM), initialement développée dans le domaine de l'alcoologie, a été peu à peu appliquée depuis les années 1990 à d'autres maladies chroniques.¹¹ De nombreux essais cliniques ont démontré le bénéfice de la pratique de l'EM dans une grande variété de situations où des changements de comportement sont déterminants: il est démontré que les patients bénéficiant d'EM obtiennent de meilleurs résultats sur de nombreux items.

Prolongeant la prise en compte des stades de Prochaska et DiClemente, la pratique de l'EM avec ses diverses techniques (écoute attentive et réflexive du patient, mise en stand-by du réflexe correcteur, exploration et compréhension des motivations du patient, travail sur l'ambivalence identifiée, encouragement, reformulation, recours fréquent aux questions ouvertes, etc.) appartient désormais au quotidien du médecin généraliste.

Articulation des quatre principes de la bioéthique médicale

Les conditions d'une bonne pratique de la médecine générale sont aujourd'hui aussi subordonnées à la référence constante aux quatre principes de la bioéthique initialement énoncés par Paul Ricœur:¹²

- le principe d'autonomie ;
- le principe de bienfaisance ;
- le principe de non-malfaisance ;
- le principe de justice.

La philosophie aide le médecin généraliste à penser, sinon même à savourer la complexité éthique rencontrée dans bien des situations cliniques : il peut arriver, par exemple, que le respect du principe d'autonomie (refus par le patient d'une barrière au bord du lit) se révèle en contradiction avec l'application du principe de non-malfaisance (prévenir les fractures en empêchant les chutes du lit). On se trouve alors en situation d'aporie, décrite par Aristote dans ses *Topiques*, à savoir dans une impasse, une

«gêne qui résulte de l'égalité de raisonnements contraires».¹³ Je ne peux ni contraindre ni ne pas contraindre.

L'art de la médecine va consister alors à bien identifier les situations cliniques d'aporie éthique, pour ensuite mettre en œuvre la juste dialectique et trouver une issue pertinente à chaque situation. Parmi les diverses options, il y a *l'esquive*, à savoir le choix de laisser les choses décider à notre place, *la tragédie*, à savoir l'impossibilité de choisir, comme dans les conflits cornéliens ou raciniens, ou encore *l'obstination*, à savoir le choix psychorigide de décider seul en se fondant sur un seul principe éthique (le principe de bienfaisance pour le soignant paternaliste ou le principe d'autonomie pour le militant des droits du patient). Mais le médecin avisé opéra pour une quatrième attitude, celle de la sagesse pratique, de la prudence aristotélicienne, *la délibération*, à savoir le choix de retenir l'option du moindre mal, dans la conscience de l'incertitude et

du risque. Nous avons ici un outil de décision essentiel en matière d'éthique médicale.

CONCLUSION

En médecine générale ambulatoire, le praticien dispose aujourd'hui d'un formidable éventail d'outils cliniques, techniques, de communication et de décision, qui ont fondamentalement transformé la pratique de la médecine de famille.

L'inventaire important, mais non exhaustif, de cet extraordinaire développement voudrait participer à une meilleure connaissance de la spécialité – médecine générale – auprès des spécialistes et à l'indispensable effort de promotion de la médecine de famille auprès des étudiants et jeunes médecins en formation.

Par-delà quelques inévitables vicissitudes, exercer la médecine générale demeure un bonheur de tous les instants. Qu'on se le dise !

Bibliographie

- 1 Pilet F. Vous avez dit «bobologie»? Rev Med Suisse 2010;6:736-7.
- 2 Schuetz P, Haubitz S, Albrich WC, Müller B. Moins, c'est souvent mieux: une antibiothérapie sur mesure grâce au dosage de la procalcitonine. Forum Med Suisse 2012;12:887-92.
- 3 Misselwitz B, Becker A, Bauerfeind P, Vavricka SR. Dépistage du cancer du côlon. Le test Septin-9. Forum Med Suisse 2011;11:103-7.
- 4 Gilgien W, Aubert J, Bischoff T, Hertzig L, Perdrix J. Bénéfices de l'utilisation d'un test VIH rapide à la perma-

nence PMU-FLON. Rev Med Suisse 2012;8:1067-70.

- 5 Djalali S, Steurer-Stey C. Mieux prendre en charge la BPCO – six éléments pour de meilleurs soins. Prim Care 2013;13:10-1.

- 6 Gallino AF. Artériopathie oblitérante des membres inférieurs: halte à un ennemi particulièrement sournois! Fourm Med Suisse 2013;13:18.

- 7 Hertzig L, Bischoff T, Favraz B, et al. Développement, implémentation et utilisation pratique d'un score diagnostique. Rev Med Suisse 2011;7:1078-83.

- 8 Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris:

Payot, 1973.

- 9 Velluet L, Catu A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. Exercer 2001;60:4-10.

- 10 Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.

- 11 Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behav Cogn Psychother 1995;23:325-34.

- 12 Ricœur P. Ethique et responsabilité. Genève: La Baconnière, 1995.

- 13 Aristote. Topiques 101 a 34-37.