

ÉDITORIAL**Entendre les symptômes en remontant le fleuve des souvenirs par un récit à deux voix : anamnèse clinique**

Aux **médecins**
Aux **patient·e·s**

Aux **neuroscientifiques**
Aux **thérapeutes**

Claude SPICHER¹

« J'ai appris ce jour-là, que ce qui compte, ce n'est pas ce que je sais, mais ce que je n'ai pas encore appris. » - Martin Winckler


Introduction

En ces temps de pandémie corona, nous avons vu émerger un concept pour le moins étrange pour ne pas dire illogique : un « malade asymptomatique ». En effet, les francophones ne le voient peut-être pas au premier abord, mais derrière le **D** final de **COVID** se cache le terme **Disease**, à savoir maladie. Depuis plusieurs siècles, la médecine française, qui excellait dans ce domaine, a dressé des tableaux cliniques. Entendez par là qu'elle a dénombré des symptômes qui constituaient un **syndrome**, l'expression d'une maladie. En conséquence, et c'est un truisme, un syndrome ne peut **PAS** être asymptomatique. Cependant, oui, un citoyen peut être **contagieux**, porteur du virus corona et doit être mis à l'isolement afin de ne pas contaminer la population. Ce citoyen bien-portant ne déclarera **PAS** de maladie, n'aura pas le **COVID**, restera asymptomatique. Il est essentiel de distinguer et séparer ces deux entités : un malade qui souffre d'un syndrome corona et un citoyen contagieux - en conséquence à l'isolement préventif.

Les expert·e·s en phénoménologie de la douleur connaissent bien les syndromes douloureux neuropathiques périphériques et le sulfureux Syndrome Douloureux Régional Complexe de Budapest (SDRC). Ces diagnostics sont difficiles à poser, car ils requièrent, notamment, la mise en évidence de nombreux **symptômes**. En effet, la douleur chronique n'est pas un « symptôme », mais bien un syndrome à part entière (Melzack, 2013).

Avant la naissance d'une santé basée sur les données probantes (Sackett et al., 1996), les médecins exerçaient leur métier et en rendaient compte en rédigeant des lettres *lega artis*, à savoir, dans les règles de l'art. L'éventuelle pose de diagnostic pouvait être précédée par deux, voire **trois étapes** : 1). L'anamnèse clinique - échangée assis, de part et d'autre d'un bureau 2). L'examen clinique - pratiquée dans une salle d'examen située souvent dans la pièce d'à-côté

¹ Thérapeute de la main certifié suisse (2003 - 2028), Centre de rééducation sensitive du corps humain, Clinique Générale, Fribourg, Suisse et Collaborateur scientifique, Département de neurosciences et science du mouvement, Faculté des sciences et de médecine, Université de Fribourg ; 5, Rue du Musée ; CH - 1700 Fribourg, Suisse claude.spicher@unifr.ch

 [@claudejspicher](https://twitter.com/claudejspicher)

3). Des examens paracliniques prescrits dont les résultats seraient discutés lors d'une prochaine consultation.

De nos jours, le patient consulte souvent de nombreuses semaines après l'apparition de symptômes. Parfois, il ne prend pas rendez-vous de son plein gré, mais sur l'insistance d'un tiers fatigué d'entendre ses plaintes réitérées. Le soignant est en conséquence sollicité pour trouver une explication à ces symptômes. C'est la raison pour laquelle un « examen » paraclinique est déclaré positif s'il met en évidence un déficit organique qui explique la cause de ce symptôme. La phrase de plus en plus répandue, prononcée lors de la consultation planifiée pour discuter des examens paracliniques : « Les résultats sont revenus négatifs ; tout est normal, vous êtes en bonne santé, il n'y a pas lieu de vous inquiéter » est une réponse déontologiquement irrecevable. A moins que cette phrase soit intentionnelle pour dédramatiser : « Je fais toujours mon possible pour dédramatiser, car dédramatiser, c'est déjà soigner. » Martin Winckler (2003)

Comment en sommes-nous arrivés là ? Est-ce que le changement de paradigme, au passage du XXI^e siècle lorsque les soins se sont transformés d'art en science, explique tout ? Ou est-ce que les conditions pour créer une anamnèse clinique ne sont plus favorables et requerraient une accommodation de nos pratiques ? Poser la question est déjà s'aventurer sur le chemin glissant de la critique. Toutefois, ne serait-il pas temps de redonner du sens au sens pour des professions malmenées, pour ne pas dire épuisées, par la situation sanitaire qui n'en finit pas de baigner dans l'incertitude ? N'est-ce pas cette absence d'horizon qui nous prive de plonger dans le bain frais de l'**imprévisible** ?

Le but de cet éditorial, en ces temps de pandémie corona, est de décrire les prérequis d'une **anamnèse clinique** et d'ouvrir à d'éventuelles postures que pourraient adopter les soignant·e·s afin d'accueillir avec attention les soigné·e·s.²

« Enseigner d'abord ce qu'il ne faut pas faire,
avant d'enseigner ce qu'il faut faire. » - Armand Abécassis

L'**anamnèse clinique** n'est *PAS a medical history*. Rechercher les antécédents à foison relève de l'anamnèse générale. Les anglophones ont pris la détestable habitude d'intégrer les symptômes sous ce terme générique trompeur. Une des premières conséquences de cet usage abusif, c'est que les symptômes s'y font de plus en plus rares. Comme nous le verrons par après, si le domaine où les soignantes ont le dernier mot est celui des signes d'examen clinique, le domaine des symptômes appartient aux **soignées**. Nommer le symptôme n'appartient ni au médecin ni aux thérapeutes. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici, encore et encore, la définition du postulat de sincérité : ne pas suspecter d'emblée l'inauthenticité de l'expression que le patient présente de sa douleur. Cette attitude initiale ne doit pas présenter un caractère naïf, mais simplement poser les prémices d'une rencontre (Vannotti & Célis-Gennart, 1998).

² A l'instar de Martin Winckler, j'ai décidé d'utiliser dans cet éditorial le féminin générique pour les « soignées », car la majorité des patientes sont des femmes ainsi que pour les « soignantes », car la majorité des soignantes sont aussi des femmes.

Autrement dit, si le doute a pleinement sa place dans le raisonnement clinique - appelé en médecine diagnostic différentiel -, il est inapproprié, voire insultant, lors de l'anamnèse clinique, lorsque la soignée arrive enfin à balbutier avec ses propres mots ce qu'elle perçoit dans son corps. Pour autant, la clinicienne devrait garder à l'esprit que « Ce qui remplit notre monde mental³, ce n'est pas le réel, c'est la représentation du réel par la rêverie et le récit. » (Cyrulnik, 2019) ; « un autre ordre de réalité, aussi présent, aussi réel que celui-ci. » (Singer, 1988)

« - Tu sais que tout est une question de mots. Que les mots justes nous aident à penser et à vivre. Il est impératif pour penser le réel, d'utiliser les expressions adéquates. » - Eliette Abécassis

Anamnèse clinique selon notre identité professionnelle

Etymologiquement, l'anamnèse signifie se rappeler, **remonter le fleuve des souvenirs** (en grec ancien Ανάμνησις [anamnêsis]). Dans la règle, si l'anamnèse générale est largement complétée dans le dossier du patient, l'anamnèse clinique des symptômes douloureux est trop souvent le parent pauvre (Spicher et al., 2018). En effet, de nos jours, « la médecine s'intéresse à l'organisme, c'est-à-dire à une structure biologique expurgée de toute trace d'humanité singulière ; à moins, que la clinicienne cesse de regarder l'imagerie médicale pour regarder le visage de sa patiente et entende sa voix. » (Le Breton, 2018)

Quand le traitement des symptômes fait-il place à la quête d'une étiologie ? Historiquement, Guillaume Dupuytren, chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Paris, a quitté la médecine de Molière⁴ pour épouser le modèle anatomo-pathologique : (1) chercher la cause de la maladie, (2) traiter cette cause et (3) ses conséquences. Cela est parfaitement juste. Ce paradigme a même écrit les lettres de noblesse de la médecine, mais il exclut les patients douloureux chroniques dont la douleur elle-même, après **six mois**, devient également l'étiologie de cette douleur. Dès lors, en lieu et place de cette recherche effrénée de l'étiologie, il convient de procéder à une anamnèse clinique minutieuse à deux voix (**Fig. 1**). Cette recherche de symptômes est effectuée à l'aide du Questionnaire de la Douleur St-Antoine, doublée d'une connaissance anatomo-clinique des territoires de provenance cutanée de chaque branche nerveuse (Spicher et al., 2017, [2020b]). En effet, lors de l'anamnèse, la clinicienne cherche à identifier la branche cutanée lésée responsable des douleurs neuropathiques spontanées et présente chez 98% des patients douloureux chroniques (Spicher et al., 2020a).



Figure 1 : une rencontre soignée-soignante en créant le récit des symptômes.

³ Entre autres, celui de la soignée.

⁴ La médecine des symptômes.

Afin d'énoncer l'hypothèse neuro-anatomique plausible de cette branche cutanée lésée, il faut rappeler que :

1. Les sensations de brûlures éprouvées par le patient sont circonscrites à l'intérieur de l'esthésiographie. Il en va de même pour les sensations d'onglée, voire les sensations de froid douloureux ;
2. Le caractère électrique de la douleur irradie vers le point le plus distal du territoire maximal de provenance cutanée ou – plus fréquemment – irradie de ce point et court le long de la branche nerveuse lésée ;
3. En plus des conditions neuropathiques sus-nommées, les symptômes somesthésiques de fourmillements, picotements ou d'endormissement sont aussi localisés à l'intérieur de l'esthésiographie.

Le nouveau système de gradation des douleurs neuropathiques (Finnerup et al., 2016) donne plus d'importance à l'anamnèse clinique et à l'examen clinique, que le consensus précédent (Treede et al., 2008). Lorsqu'une électro-neuro-myo-graphie (ENMG) négative ne permet pas d'obtenir le niveau de douleurs neuropathiques définies, mais que les symptômes évoqués par le patient sont confirmés par l'examen somesthésique, nous pouvons maintenant parler de **douleurs neuropathiques probables** (Finnerup et al., 2016, Spicher et al., 2018). C'est ce que nous avons réalisé avec 3133 esthésiographies (Spicher et al., 2020b) et surtout par une **méthode** organisée dans un raisonnement clinique spécifique : du recueil des symptômes (anamnèse clinique) à l'énoncé de conditions neuropathiques (syndrome douloureux neuropathique périphérique - névralgie), en passant par un examen d'anatomie clinique (esthésiographie ou allodynographie). Toutefois, l'ensemble de cette méthode complexe ne peut pas voir le jour sans le tissage d'une relation soignante-soignée, du moins pour « ces patient·e·s de troisième ligne » comme les appellent les Québécois·e·s.

Lorsqu'enfin le voile se déchire, c'est l'instant - dans la fulgurance de toujours - d'interrompre nos processus thérapeutiques planifiés. Lorsque la soignée nous révèle le plus intime de son être, c'est le moment de dire au patient suivant : j'ai eu une urgence et de prendre du retard.

« L'autonomie est la capacité de choisir sa propre dépendance en connaissance de cause, alors que l'hétéronomie est une dépendance subie. » - Albert Memmi

Anamnèse clinique selon notre identité institutionnelle

Une fois, alors que je confiais mon étonnement à un chirurgien de la main que ses patient·e·s n'attendaient jamais à sa consultation, il m'asséna : « Les urgences se planifient ». Cette assertion si pertinente présuppose toutefois de détenir l'autonomie de planifier l'horaire ; en voyant, par exemple, les soignées plus longtemps et moins souvent, en laissant des espaces de respiration entre les consultations, en bloquant des plages horaires pour les imprévus prévisibles, car tout imprévu n'est pas imprévisible !

Qui a l'autorité de planifier les prises de rendez-vous dans l'horaire ? Fondamentalement, c'est une question de liberté. « La liberté rime avec dignité. Un jour, une heure, un instant, l'intolérable n'est juste plus possible. » (Spicher, 2018) Au tréfonds de nous-même, une

évidence, comme un souffle ténu, nous murmure à l'oreille que cela suffit d'être corvéable à merci. « Dans les situations de douleur, plus encore quand celle-ci se chronicise, l'individu se défait souvent bien malgré lui de ses responsabilités, décroche du lien social ordinaire, et entre dans la liminalité, c'est-à-dire l'insaisissable du sens. » (Masse et al., 2018) Côté quotidiennement des personnes douloureuses chroniques présente le risque indéniable, par contagion, d'érosion du sens, mais comprend aussi la chance de re-trouver un nombre infini de possibles. Pour autant, les dérangements, qui viennent interrompre l'anamnèse clinique - comme des téléphones inopinés -, la mise en place d'un organigramme de suppléance, la décision de co-thérapie alternée (Murray et al., 2021) méritent d'être gérés au sein de notre institution.

« Savoir combien je suis ignorant est déjà un grand savoir. » - Marek Halter

Anamnèse clinique selon notre identité personnelle

Bien que le monde occidental se prévale d'une culture judéo-chrétienne, la médecine n'a de cesse de se référer à la culture et la langue grecques, même si cette dernière n'est presque plus enseignée, que ce soit en Humanités ou pour l'obtention d'un baccalauréat. Martin Winckler a eu la riche idée d'utiliser l'allégorie de « récit à deux voix » pour contourner le concept de dialogue, car ce préfixe *dia-* renvoie bel et bien à une *dialectique*, à la métaphore de deux rideaux sur leurs rails qui, tour à tour, obscurcissent ou éclairent la pièce. A ce titre, il est surprenant de remarquer à quel point les clinicien·ne·s se sont approprié·e·s le *diagnostic*, qui étymologiquement devrait être une « reconnaissance à deux voix ». Ainsi, le *diagnostic*, qui explique le symptôme, devrait pour le moins être **confirmé** par la soignée, afin de lui conférer sa double reconnaissance. Dans la méthode d'évaluation clinique et de rééducation sensitive (Bouchard et al., 2021), l'hypothèse neuro-anatomique plausible de la branche cutanée lésée (Spicher et al., 2020a), confirmée par l'examen clinique de l'esthésiographie (ou de l'allodynographie), doit aussi impérativement être confirmée par la soignée au vu de la cartographie, fruit de cet examen. C'est le moment privilégié qui clôt l'anamnèse clinique et qui débouche sur le plan de traitement. Échafauder un raisonnement éco-systémique se fonde sur ce souci de réfutation. Cela évite le réductionnisme scientifique, qui ne cherche qu'une cause à un effet et permet la recherche d'une convergence de causes qui provoquent un effet bénéfique et parfois maléfique (Cyrulnik, 2021). Cette double reconnaissance - de la soignée et de la soignante - est ainsi nécessaire afin de ne pas attribuer une cause incertaine à un symptôme. Ensuite, il est temps d'affiner la prescription d'activité en fonction de la condition neuropathique confirmée à deux voix (Goérès et al., 2019).

Quelle posture adopter afin de permettre à notre vis-à-vis de prendre la parole ? Les premiers instants de l'anamnèse clinique présupposent le postulat de sincérité de l'expression du phénomène de la douleur et le souhait d'apprendre - et non seulement d'enseigner : « Le vide est tout-puissant, car il peut tout contenir. » 老子 [Lao Tseu] Dans une culture qui sera peut-être plus proche aux francophones, Marion Muller-Colard (2016), membre du comité consultatif national d'éthique, le formule joliment : « Les trop-pleins de lois, de certitudes et d'habitudes, les trop-pleins de soi-même procurent à la parole un âpre arrière-goût de

suffisance. » Tout l'enjeu de cette entrevue, comme le traduit les Québécois·e·s, ou plutôt de cette rencontre est d'envisager l'autre dans ses valeurs et ses circonstances (Chaput et al., 2017) : son lieu de naissance, la langue qu'elle parlait avec sa mère, son cercle social, son éventuelle spiritualité, ses identités. Il nous est ainsi donné d'adopter successivement une posture d'ignorant et d'intelligent en devenir, de toucher, de voir, d'entendre l'insondable altérité de l'autre.

« A présent n'existent que la rencontre, le risque, le sondage inconfortable et déstabilisant de l'altérité. Cette façon qu'a l'autre de nous déloger de nous-mêmes. » -

Marion Muller-Colard

Conclusion

Afin d'éviter tout malentendu, cet éditorial ne suggère *PAS* un retour en arrière, avant 1996 et la création de l'*evidence-based practice/medicine*. Devenir un·e docteur·e en sciences (PhD) requiert de longues années d'études et ne s'improvise pas. Nonobstant, « C'est malheureux, mais il n'existe pas de formation universitaire qui prépare à l'impuissance. » (Muller-Colard, 2014) De même, apprendre à accueillir avec attention est un art consommé qui s'acquiert en chemin, entre silence assourdissant et silence habité, lorsque le temps se dilate dans l'espacement de soi. Cet art de l'anamnèse clinique nous permet d'évoquer les symptômes d'un syndrome corona - modification de la perception d'odeur - comme d'un syndrome douloureux neuropathique périphérique - sensation de brûlure comme un coup de soleil. Il ne s'agit pas de faire comme avant, - seulement dans les règles de l'art -, mais de faire **autrement** : retrouver la joie d'exister dans une exsudation poreuse du sens.

Remerciements

Claude Spicher remercie les milliers de patient·e·s qui se sont confiés en créant des anamnèses cliniques successives, les centaines de médecins qui ont référés ces derniers, car ils doutaient de leur capacité à leur offrir un murmure d'espoir et les dizaines de RSDC[®] qui, comme à l'accoutumée, ont grandement aidé l'auteur à se relire au moment crucial et habituel où il n'arrive plus ... à se relire.

RÉFÉRENCES

- Bouchard, S., Quintal, I., Barquet, O., Moutet, F., de Andrade Melo Knaut, S., Spicher, C. & Annoni, J.M. (2021, sous presse). DOULEURS NEUROPATHIQUES : méthode d'évaluation clinique et de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, XY, 1-Z*.
- Chaput, E., Pietramaggiori, G., de Andrade Melo Knaut, S. & Spicher, C. (2017). ÉBAUCHE DE SYNTHÈSE Évaluation clinique et choix thérapeutique fondés par les données probantes. *e-News Somatosens Rehab, 14(2), 55-65*. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Cyrulnik, B. (2019). *La nuit, j'écrirai des soleils*. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2021). *Des âmes et des saisons. Psycho-écologie*. Paris : Odile Jacob.
- Finnerup, N.B., Haroutounian, S., Kamerman, P., Baron, R., Bennett, D.L., Bouhassira, D., Cruccu, G., Freeman, R., Hansson, P.T., Nurmikko, T., Raja, S.N., Rice, A.S., Serra, J., Smith, B.H., Treede, R.D. & Jensen, T.S. (2016). Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *PAIN[®], 157(8), 1599-1606*.

- Goérés, É., Dufort, M. & Spicher, C. (2019). La gestion de la prescription d'activité aux patients douloureux neuropathiques – une ergothérapie avant-gardiste. In M.H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 32^e série (pp. 421-432). Montpellier, Paris : Sauramps médical. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Le Breton (2018). GUESTEDITORIAL Pour une médecine de la personne. *Somatosens Pain Rehab*, 15(1), 2-3. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Masse, J., Dufort, M., Spicher, C. & Le Breton, D. (2018). EBAUCHE DE SYNTHÈSE Liminalité des expériences de la douleur. *e-News Somatosens Rehab*, 15(3), 63-71. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Melzack, R. (2013). Préface de cette 2^e édition. In C. Spicher & I. Quintal (Eds.) *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2^e éd.) (pp. 13-14). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Muller-Colard, M. (2014). *La plainte, la menace et la grâce*. Paris : Albin Michel.
- Muller-Colard, M. (2016). *Le Complexe d'Élie*. Genève : Labor et Fides.
- Murray, E., Bernardon, L. & Létourneau, É. (2021) ÉBAUCHE DE SYNTHÈSE Trois co-équipières pour une co-thérapie alternée : avantages et inconvénients. *Somatosens Pain Rehab*, 18(2), 47-53. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Spicher, C. (2018). Le courage de dire « Non » : une étape cruciale sur le chemin de l'autonomie. *e-News Somatosens Rehab*, 15(2), 57-62. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Singer, C. (1988). *Histoire d'âme*. Paris : Albin Michel.
- Spicher, C., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2017). *Atlas des territoires cutanés pour le diagnostic des douleurs neuropathiques* (3^e édition) – Préface : J. Fraher. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 102 pages, format 21 x 27 cm.
- Spicher, C., Moutet, F., Mondragon, P., Luis, O., Bogousslavsky, J., Duchesne, D., Fehlmann, P., Hecker, E., Quintal, I., de Andrade Melo Knaut, S. & Annoni, J.M. (2018). Neurographie négative, mais douleurs neuropathiques probables. *e-News Somatosens Rehab*, 15(3), 102-115. [Téléchargeable](#) (25/08/2021).
- Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020a). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : évaluation clinique & rééducation sensitive* (4^e édition) – Préface : F. Moutet. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 379 pages.
- Spicher, C.J., Packham, T.L., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2020b). *Atlas of Cutaneous Branch Territories for the Diagnosis of Neuropathic Pain* (1st English edition stemming from the previous 3rd French edition) – Foreword: B. Kramer. Berlin, London, Shanghai, Tokyo, New-York City: Springer-Nature. I.S.B.N.(Hardbook) :978-3-030-45963-5. I.S.B.N. (ebook) : 978-3-030-45964-2.
- Treede, R.D., Jensen, T.S., Campbell, J.N., Cruccu, G., Dostrovsky, J.O., Griffin, J.W., Hansson, P.T., Hughes, R., Nurmikko, T. & Serra, J. (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70, 1630-1635.
- Winckler, M. (2003). *Nous sommes tous des patients*. Paris : Stock.