

ICE: ideas, concerns, expectations

La 8^e dimension de l'anamnèse

Bruno Kissling

Corédacteur en chef *PrimaryCare*, médecin de famille, Berne

ICE. J'ai entendu cet acronyme pour la première fois à l'occasion du Congrès mondial de médecine de famille WONCA 2013 à Prague. Mes collègues suisses ne le connaissaient d'ailleurs pas non plus. Il est évident que les trois éléments se cachant derrière l'abréviation ICE – ideas, concerns, expectations – font partie intégrante de toute consultation à caractère bio-psychosocial. N'empêche que, comme la plupart d'entre nous, vous ne formulez probablement pas de questions explicites à ce sujet lors de chacun de vos entretiens avec les patients. ICE représente donc un puissant rappel.

Succès et échecs à la consultation

Nous le vivons tous. Le médecin et le patient trouvent qu'une consultation était particulièrement réussie lorsque tous les deux ont su gérer leur agenda avec satisfaction. Nous avons inscrit sur notre bannière de médecin (de famille) que notre travail est centré sur le patient. Et pourtant, nous faisons régulièrement des rechutes et tombons, pour les raisons les plus diverses, en règle générale la pression du temps, dans une activité biocentrique ou «disease centered» – «disease» au sens de la maladie «objective», à l'inverse de «illness», autrement dit le vécu individuel de la maladie et le sentiment de notre patient d'être malade. Et on peut affirmer avec une quasi-certitude que notre procédure «abrégée» ne nous aura fait gagner aucun temps. Bien au contraire. Il n'est pas rare que cela devienne pour les deux parties pénible, parfois durablement, malgré une manière de procéder médicalement correcte. Dans les situations bloquées, les supervisions et les intravisions montrent régulièrement que le médecin de famille n'a pas suffisamment intégré au début le patient dans son histoire complexe et n'a pas suffisamment clarifié la mission qui lui était confiée. Le volet ICE de l'anamnèse est un outil précieux pour assurer un meilleur ancrage à l'activité centrée sur le patient, surtout lorsque nous sommes sous stress.

ICE, la huitième dimension du symptôme

Nous connaissons bien à l'anamnèse les questions relatives aux sept dimensions d'un symptôme:

1. Localisation et irradiations;
2. Qualité;
3. Survenue dans le temps;

4. Sévérité;
5. Renforcement/atténuation;
6. Symptômes d'accompagnement;
7. Degré de handicap.

Nous explorons naturellement ces sept dimensions et nous les enseignons à nos étudiants [1]. L'anamnèse ICE ajoute à cette approche biocentrique une huitième dimension, celle concernant l'«illness»: que pensez-vous de ce que vous ressentez? Que craignez-vous? Qu'attendez-vous de moi? L'anamnèse ICE attribue au patient la place centrale d'un symptôme, ce qui mène à une synthèse intégrante entre le symptôme et le patient. Les deux sont étroitement liés; ils sont indissociables et ne peuvent se considérer l'un sans l'autre. L'approche ICE favorise, en tant que huitième dimension d'un symptôme, une meilleure compréhension du patient et un meilleur ciblage des actions – sans nécessiter un investissement de temps particulier. Au contraire, le volet ICE de l'anamnèse économise du temps et aide à éviter les temps morts inutiles.

Ideas & concerns – idées, signification et craintes

De nombreux patients sont surpris qu'on leur demande ce qu'ils pensent de leur maladie. Ils répondent souvent spontanément: «Je ne sais pas, c'est vous le médecin.» Ce premier auto-blocage est un obstacle facile à surmonter. Car les patients se sont pratiquement toujours fait leur propre idée avant même d'avoir pris rendez-vous. Ils se sont souvent confiés auparavant à un ou une proche, ont fait appel à un service de télémédecine ou se sont informés chez le «Dr Google». Il arrive que les recherches du patient soient en accord avec l'appréciation du médecin, mais elles diffèrent relativement souvent de façon considérable. C'est précisément dans ces situations qu'il est important d'entrer en matière sur les idées du patient. Il conserve sans cela l'impression désagréable que le médecin ne l'a pas écouté. Il est donc très important de toujours poser concrètement la question sur les propres idées et les craintes de la personne. Et celui qui voudra ajouter à ce stade une touche psychosociale à son anamnèse posera encore la question subsidiaire sur la signification en termes de philosophie de vie que le patient attribue au symptôme dans sa situation de vie actuelle. Réponses passionnantes garanties!



Bruno Kissling

L'auteur certifie qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Expectations – Attentes et commandes

Les patients attendent toujours quelque chose du médecin. D'une fois à l'autre, ils parviennent à le formuler plus ou moins concrètement. Poser clairement et explicitement la question est une bonne chose, parce que la réponse n'est pas toujours celle que nous attendons. Une clarification de la commande amène les attentes du patient et la démarche professionnelle du médecin de famille sous un seul et même chapeau. Une nécessité pour permettre une action concertée, ciblée, optimisée en termes de temps consacré et centrée sur le patient.

Just do it

Cela sonne peut-être un peu théorique, mais l'approche ICE est très probablement l'une des méthodes les plus simples et les plus efficaces pour enrichir un examen biocentrique et concentré sur la maladie en une consultation biopsychosociale prenant véritablement en compte le patient. Essayez-le tout simplement. Pour commencer peut-être dans un cas *a priori* tout à fait banal, comme celui présenté ci-dessous. Vous ne ferez rien de faux, parce que les patients se prendront au jeu. Ils auront le sentiment d'être compris et vous percevront comme un bon médecin. Vous ferez souvent ce qu'il faut par réflexe et votre satisfaction au travail s'en ressentira rapidement. Des chercheurs dans le domaine de la médecine de famille d'Arabie Saoudite ont pu le montrer dans un petit groupe de 25 médecins praticiens ayant reçu une formation d'un jour sur le concept ICE dans la communication. Ils ont pris l'habitude par la suite de travailler de manière plus centrée sur le patient et ont globalement rapporté davantage de satisfaction dans l'exercice de leur profession [2].

ICE live – Un exemple tiré de la consultation

Un jeune patient, qui ne donne pas l'impression d'être très malade, souffre depuis trois jours de diarrhées afébriles. Sur la base de l'anamnèse, d'un examen clinique et d'un petit bilan de laboratoire à la recherche d'une infection, on conclut à un épisode probablement banal de diarrhées non spécifiques. ICE? Lorsqu'on lui pose la question sur ses idées et ses craintes face à ce problème, il demande si cela pourrait être en rapport avec un récent voyage en Maroc. Ouf! J'avais oublié l'anamnèse des voyages. Ses attentes: il a surtout besoin d'un certificat pour le travail. Il saura bien gérer les symptômes qui sont en train de s'atténuer. A l'issue d'un bref entretien sur les mesures d'auto-traitement, avec lesquelles je suis parfaitement d'accord, nous convenons de ne faire des examens de selles que si les diarrhées ne disparaissent pas dans la semaine. Il reprendrait rendez-vous si c'était le cas.

Le concept ICE dans la pratique quotidienne, dans l'enseignement et la recherche

ICE devrait dorénavant faire partie intégrante de la pratique quotidienne du médecin et de l'enseignement:

- applique les questions ICE lors de chaque anamnèse, aussi rapidement que possible.
- apprends aux assistantes à poser les questions ICE.
- demande aussi aux assistantes médicales d'intégrer les questions ICE lors de demandes de rendez-vous téléphoniques, afin d'être mieux à même de juger du degré d'urgence.
- fais exercer le concept ICE aux étudiants auxquels tu enseignes. Ils devraient intégrer dès le départ dans leur mode de pensée la notion d'ICE.

Des chercheurs en médecine de famille de Gand et Heidelberg ont voulu savoir si le concept ICE pourrait être codé dans le cadre de l'ICPC-2. C'est possible dans 78% des «Reasons of Encounter» [3]. Une étude de Gand a montré que l'utilisation du volet ICE de l'anamnèse se traduit par une diminution des prescriptions de médicaments [4]. D'autres études sur ce thème sont requises.

Conclusion

L'anamnèse est au cœur de notre travail de médecin. L'anamnèse ne doit cependant pas se limiter à un répertoire de données biologiques. Elle doit devenir un véritable échange avec le patient. L'approche ICE est un excellent instrument dans cette optique.

Remerciements

Je tiens à remercier Thomas Kühlein, Peter Tschudi, Gerhard Schilling, Stefan Neuner et Gabi Rohrer pour leur lecture critique bienveillante.

Correspondance:

Dr Bruno Kissling
Innere Medizin FMH
Elfennauweg 6
CH-3006 Bern
bruno.kissling@chun.ch

Références

- 1 Systematik Anamnese Innere Medizin, Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM, Klinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) www.biham.unibe.ch/unibe/medizin/biham/content/e7975/e10193/2011_SystematikAnamnesedef.pdf
- 2 Al-Khathami AD: Does Educational Intervention Improve Doctors' Willingness and Interest to Practice in Primary Care? Kurzpräsentation am Wonca World Kongress 2013, Prag.
- 3 Schrans D, Boeckxstaens P, Kühlein T, Matthys J, Christiaens T, Avonts D: Is ICPC-2 an appropriate tool to code ICE (Ideas, Concerns and Expectations) to better describe the reason for encounter in general practice? Präsentation am Wonca World Kongress 2013, Prag.
- 4 Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, Van Maele G, De Sutter A, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. Br J Gen Pract. 2009;58:29–36.