

## Grains de sel

### Fondation

« La pierre la plus solide d'un édifice est la plus basse de la fondation ».

Khalil Gibran

### Racines

La maîtrise de quelques dizaines de racines éclaire le jargon des soignants.

Ce mois-ci : **MYLO-**

**Mylo-** : du grec *mulè*, la meule à moudre le grain, la dent molaire.

– **Mylohyoïdien / Myloglosse** : muscle reliant la région sous-molaire de la mandibule à l'os hyoïde / au pharynx.

– **Amylacé** : de la nature de l'**amidon**, du latin *amidum*, altération du grec *amulon*, qui n'est pas moulu («a» privatif).

– **Amylase** : enzyme (ase) dégradant l'amidon.

– **Amyloïde** : qui ressemble (*eidos*, forme) à l'amidon, d'où **amylose**, **amyloïdose** (infiltration tissulaire amyloïde).

– **Amylobacter** : bactérie de la fermentation butyrique.

Et aussi :

– **Mehl** en allemand et **meal** en anglais : la farine.

– **Môle** : faux-germe en médecine (via le latin *mola*, la meule), d'où (grossesse) **môlaire**.

Mais non le **môle** du port, du grec *môlos*, peine, effort.

### Envie d'en savoir plus ?

• Dictionnaire historique de la langue française. Dictionnaires Le Robert, Paris, 2010.

• Dictionnaire illustré des termes de médecine. Garnier Delamare, Paris, 2009.

©Prescrire

formations.prescrire.org EXERCICES

Lectures critiques Prescrire

### Révisions critiques

Les "Révisions critiques" (lire page 486) sont des exercices volontairement simples. Ils visent à proposer aux lecteurs de réviser un concept utile à la lecture critique des informations en santé, afin de cultiver la pensée critique pour mieux soigner, prévenir ou conseiller.

## Balises

## Choisir les branches solides

Dans certaines situations cliniques, les praticiens sont à même de fonder leurs décisions partagées avec les patients sur des bases solides, avec une marge d'incertitude acceptable.

C'est le cas notamment lorsque le premier pas d'une prise en charge thérapeutique repose sur une évaluation solide des bénéfices attendus et des risques encourus. Et que la balance bénéfices-risques de l'option retenue est estimée favorable. Y compris lorsque cette option est de ne pas traiter.

Dans de nombreuses autres situations cliniques, l'évaluation des options thérapeutiques est modeste, souvent indigente, voire inexistante. La marge d'incertitude est alors grande.

L'incertitude peut aussi être grande en cas d'échec d'un traitement de premier choix. Dans ces situations, le choix raisonné d'une deuxième option optimale, voire d'une troisième, est un exercice difficile.

Certains pratiquent l'"escalade thérapeutique" en privilégiant le versant de l'efficacité, symbole de la toute-puissance des soignants. Souvent au prix d'une augmentation déraisonnable du risque d'effets indésirables, parfois mortels, encouru par les patients.

D'autres se laissent facilement bercer par des sirènes commerciales. D'autres encore, pour décider de la direction à prendre, s'en remettent à des algorithmes et autres arbres de décisions dictés par des "autorités", institutionnelles ou non. Rassurés par le respect d'une réglementation normative ou celui de la tradition "confraternelle". Sans trop s'inquiéter de la solidité des branches de ces arbres de décision.

En fait, lorsque la prise en charge d'un patient est semée d'embûches, mieux vaut prendre du recul : réévaluer la situation clinique, l'objectif de la prise en charge, les choix précédents, l'environnement du patient, le retentissement sur sa vie, son activité professionnelle, etc. Et mieux vaut prendre appui sur des branches solides. Celles qui émanent de l'arbre fondamental des métiers de soignants : ne pas nuire aux personnes, écouter avec attention et avec empathie, respecter les choix éclairés des patients.

C'est certes plus difficile qu'un suivisme "rassurant". Mais qu'il est enrichissant et fécond de construire avec chaque patient, de manière expérimentale, le meilleur chemin à suivre : celui qui garde le cap de son intérêt.

©Prescrire

Tiré de : Rev Prescrire 2010 ; 30 (324) : 721.

