

*UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE*  
(PARIS 6)

**FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE**

ANNEE 2013

**THESE**

N° 2013PA06G034

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**SPECIALITE : MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 4 juin 2013  
par

**Marie-Alice BOUSQUET**

Née le 22/03/1986 à Saintes

**Concepts en médecine générale :  
tentative de rédaction d'un corpus théorique  
propre à la discipline**

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

**Présidente de jury :** Madame le Professeur Anne-Marie MAGNIER

**Jury :** Madame le Professeur Agnès HARTEMANN  
Madame le Docteur Gladys IBANEZ

## REMERCIEMENTS

Au Professeur Anne-Marie MAGNIER,  
Merci d'avoir accepté de présider ce jury. J'ai été particulièrement touchée par l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail dès notre première rencontre.  
Merci pour votre implication auprès des étudiants de médecine générale à la faculté de Paris 6.

Au Docteur Olivier KANDEL,  
Merci de m'avoir proposé ce sujet passionnant et de m'avoir si bien accompagnée dans la réalisation de ce travail.

Au Professeur Agnès HARTEMANN et au Docteur Gladys IBANEZ,  
Merci d'avoir accepté si promptement de faire partie du jury et de juger ce travail.

Aux médecins des sociétés savantes rencontrés et aux médecins contactés par mail,  
Merci à vous d'avoir accepté de consacrer un peu de votre temps (si souvent précieux !) pour réfléchir avec nous sur ce travail et nous partager votre expertise.

Au Docteur Pierre FERRU :  
Merci d'avoir relu avec autant de soin, d'attention et d'intérêt ce travail, et de nous avoir partagé vos réflexions. Je suis touchée par votre investissement.

A Anne-Marie,  
Merci à toi pour la relecture du manuscrit et toutes les corrections de style que tu as judicieusement proposées avec beaucoup de compétences. J'ai été heureuse, par ce travail, de te partager la richesse de l'exercice de la médecine générale.

A Florent,

Merci pour ton soutien et ton amour tout au long de mes études, et particulièrement pendant l'internat. Pour tes petites aides et attentions multiples pendant ce travail de thèse.

A Johanne, ma petite fille, qui a suivi de l'"intérieur" toute la fin du travail de la thèse.

A mes parents,

Pour votre amour et votre accompagnement plein d'attention et de respect tout au long de ces études exigeantes. Ma réussite vous revient en partie.

A toute ma famille, belle-famille, amis sans qui la vie ne serait pas aussi belle.

A mes co-internes avec qui j'ai partagé joies et galères d'internat.

A tous les médecins de mon entourage, ceux que j'ai croisés et côtoyés pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marquée par leur humanité et leurs compétences mises au service du patient.

**LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS  
HOSPITALIERS  
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE**

**Site PITIE**

**ACAR Christophe** - CHIRURGIE  
THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
**AGID Yves** - FEDERATION DE  
NEUROLOGIE  
**AGUT Henri** - BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-  
HYGIENE  
**ALLILAIRE Jean-François** - PSYCHIATRIE  
D'ADULTES  
**AMOURA Zahir** - MEDECINE INTERNE  
**ASTAGNEAU Pascal** -  
EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE  
**AURENGO André** - BIOPHYSIQUE et  
MEDECINE NUCLEAIRE  
**AUTRAN Brigitte** - IMMUNOLOGIE  
**BARROU Benoît** - UROLOGIE  
**BASDEVANT Arnaud** - NUTRITION  
**BAULAC Michel** - ANATOMIE /  
NEUROLOGIE  
**BAUMELOU Alain** - NEPHROLOGIE  
**BELMIN Joël** - MEDECINE INTERNE  
**BENHAMOU Albert** - CHIRURGIE  
VASCULAIRE  
**BENVENISTE Olivier** - MEDECINE INTERNE  
**BERTRAND Jacques-Charles** -  
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-  
FACIALE  
**BITKER Marc Olivier** - UROLOGIE  
**BODAGHI Bahram** - OPHTALMOLOGIE  
**BOISVIEUX Jean-François** -  
BIOSTATISTIQUES et INFORMATIQUE  
MEDICALE  
**BOURGEOIS Pierre** - RHUMATOLOGIE  
**BRICAIRE François** - MALADIES  
INFECTIEUSES - MALADIES TROPICALES  
**BRICE Alexis** - GENETIQUE  
**BRUCKERT Eric** - ENDOCRINOLOGIE ET  
MALADIES METABOLIQUES  
**CABANIS Emmanuel** - RADIOLOGIE et  
IMAGERIE MEDICALE  
**CACOUB Patrice** - MEDECINE INTERNE  
**CALVEZ Vincent** - VIROLOGIE ET  
BACTERIOLOGIE  
**CAPRON Frédérique** - ANATOMIE ET  
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
**CARPENTIER Alexandre** -  
NEUROCHIRURGIE  
**CATALA Martin** - CYTOLOGIE ET  
HISTOLOGIE (département de génétique)  
**CATONNE Yves** - CHIRURGIE  
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**CAUMES Eric** - MALADIES INFECTIEUSES -  
MALADIES TROPICALES  
**CESSSELIN François** - BIOCHIMIE et  
BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**CHAMBAZ Jean** - BIOLOGIE CELLULAIRE  
**CHARTIER-KASTLER Emmanuel** -  
UROLOGIE  
**CHASTRE Jean** - REANIMATION MEDICALE  
**CHERIN Patrick** - MEDECINE INTERNE  
**CHIGOT Jean-Paul** - CHIRURGIE  
GENERALE  
**CHIRAS Jacques** - RADIOLOGIE et  
IMAGERIE MEDICALE III  
**CLEMENT-LAUSCH Karine** - NUTRITION  
**CLUZEL Philippe** - RADIOLOGIE ET  
IMAGERIE MEDICALE II  
**COHEN David** - PEDO-PSYCHIATRIE  
**COHEN Laurent** - NEUROLOGIE  
**COMBES Alain** - REANIMATION MEDICALE  
**CORIAM Pierre** - ANESTHESIOLOGIE et  
REANIMATION CHIRURGICALE  
**CORNU Philippe** - NEURO-CHIRURGIE  
**COURAUD François** - BIOCHIMIE et  
BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**DANIS Martin** - PARASITOLOGIE  
**DAUTZENBERG Bertrand** - PNEUMOLOGIE  
**DAVI Frédéric** - HEMATOLOGIE  
BIOLOGIQUE  
**DEBRE Patrice** - IMMUNOLOGIE  
**DELATTRE Jean-Yves** - NEUROLOGIE  
(Fédération Mazarin)  
**DERAY Gilbert** - NEPHROLOGIE  
**DERENNE Jean-Philippe** - PNEUMOLOGIE  
**DOMMERGUES Marc** - GYNECOLOGIE -  
OBSTETRIQUE  
**DORMONT Didier** - RADIOLOGIE ET  
IMAGERIE MEDICALE  
**DUBOIS Bruno** - NEUROLOGIE  
**DURON Jean-Jacques** - CHIRURGIE  
DIGESTIVE  
**DUGUET Alexandre** - PNEUMOLOGIE  
**DUYCKAERTS Charles** - ANATOMIE et  
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**EYMARD Bruno** - NEUROLOGIE  
**FAUTREL Bruno** - RHUMATOLOGIE  
**FERRE Pascal** - BIOCHIMIE et BIOLOGIE  
MOLECULAIRE  
**FONTAINE Bertrand** - FEDERATION DE  
NEUROLOGIE  
**FOSSATI Philippe** - PSYCHIATRIE  
D'ADULTES

**FOURET Pierre** - ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**GANDJBAKHCH Iradj** - CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE  
**GIRERD Xavier** - THERAPEUTIQUE / ENDOCRINOLOGIE  
**GOROCHOV Guy** - IMMUNOLOGIE  
**GRENIER Philippe** - RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE II  
**GRIMALDI André** - ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES  
**HAERTIG Alain** - MEDECINE LEGALE / UROLOGIE  
**HANNOUN Laurent** - CHIRURGIE GENERALE  
**HAUW Jean-Jacques** - ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**HELFT Gérard** - DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE  
**HERSON Serge** - MEDECINE INTERNE  
**HEURTIER Agnès** - ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES  
**HOANG XUAN Khê** - NEUROLOGIE  
**ISNARD Richard** - CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES  
**ISNARD-BAGNIS Corinne** - NEPHROLOGIE  
**JARLIER Vincent** - BACTERIOLOGIE-HYGIENE  
**JOUVENT Roland** - PSYCHIATRIE D'ADULTES  
**KATLAMA née WATY Christine** - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  
**KHAYAT David** - ONCOLOGIE MEDICALE  
**KIEFFER Edouard** - CHIRURGIE VASCULAIRE  
**KLATZMANN David** - IMMUNOLOGIE  
**KOMAJDA Michel** - CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES  
**KOSKAS Fabien** - CHIRURGIE VASCULAIRE  
**LAMAS Georges** - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
**LANGERON Olivier** - ANESTHESIOLOGIE  
**LAZENNEC Jean-Yves** - ANATOMIE / CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
**LE FEUVRE Claude** - DEPARTEMENT DE CARDIOLOGIE  
**LEBLOND née MISSENARD Véronique** - HEMATOLOGIE CLINIQUE  
**LEENHARDT Laurence** - ENDOCRINOLOGIE / MEDECINE NUCLEAIRE  
**LEFRANC Jean-Pierre** - CHIRURGIE GENERALE  
**LEHERICY Stéphane** - RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE III  
**LEHOANG Phuc** - OPHTALMOLOGIE  
**LEMOINE François** - IMMUNOLOGIE  
**LEPRINCE Pascal** - CHIRURGIE THORACIQUE

**LUBETZKI ép. ZALC Catherine** - FEDERATION DE NEUROLOGIE  
**LYON-CAEN Olivier** - FEDERATION DE NEUROLOGIE  
**MALLET Alain** - BIostatistiques ET Informatique MEDICALE  
**MARIANI Jean** - BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE  
**MAZERON Jean-Jacques** - RADIOThERAPIE  
**MAZIER Dominique** - PARASITOLOGIE  
**MEININGER Vincent** - NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)  
**MENEGAUX Fabrice** - CHIRURGIE GENERALE  
**MERLE-BERAL Héléne** - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  
**METZGER Jean-Philippe** - CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES  
**MONTALESCOT Gilles** - CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES  
**OPPERT Jean-Michel** - NUTRITION  
**PASCAL-MOUSSELLARD Hugues** - CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
**PAVIE Alain** - CHIR. THORACIQUE et CARDIO-VASCULAIRE.  
**PERRIGOT Michel** - REEDUCATION FONCTIONNELLE  
**PETITCLERC Thierry** - BIOPHYSIQUE / NEPHROLOGIE  
**PIERROT-DESEILLIGNY Charles** - NEUROLOGIE  
**PIETTE François** - MEDECINE INTERNE - Ivry  
**PIETTE Jean-Charles** - MEDECINE INTERNE  
**POIROT Catherine** - CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE  
**POYNARD Thierry** - HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
**PUYBASSET Louis** - ANESTHESIOLOGIE REANIMATION CHIRURGICALE  
**RATIU Vlad** - HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE  
**RICHARD François** - UROLOGIE  
**RIOU Bruno** - ANESTHESIOLOGIE/URGENCES MEDICO-CHIRURGICALE  
**ROBAIN Gilberte** - REEDUCATION FONCTIONNELLE  
**ROUBY Jean-Jacques** - ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
**SAMSON Yves** - NEUROLOGIE/URGENCES CEREBRO-VASCULAIRES  
**SIMILOWSKI Thomas** - PNEUMOLOGIE  
**SPANO Jean-Philippe** - ONCOLOGIE MEDICALE  
**THOMAS Daniel** - CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES  
**TOUITOU Yvan** - NUTRITION / BIOCHIMIE

**TOURAINE Philippe** - ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
**VAILLANT Jean-Christophe** - CHIRURGIE  
GENERALE  
**VAN EFFENTERRE Rémy** - NEURO-  
CHIRURGIE  
**VERNANT Jean-Paul** - HEMATOLOGIE  
CLINIQUE

**VERNY Marc** - MEDECINE INTERNE  
(Marguerite Bottard)  
**VIDAILHET Marie-José** - NEUROLOGIE  
**VOIT Thomas** - PEDIATRIE  
NEUROLOGIQUE  
**WILLER Jean-Vincent** - PHYSIOLOGIE  
**ZELTER Marc** - PHYSIOLOGIE /  
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

### Site SAINT-ANTOINE

**AMARENCO Gérard** - REEDUCATION  
FONCTIONNELLE ET NEUROLOGIQUE  
**AMSELEM Serge** - GÉNÉTIQUE  
**ANDRE Thierry** - CANCEROLOGIE  
**ANTOINE Jean Marie** - GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE / MEDECINE DE LA  
REPRODUCTION  
**ARACTINGI Sélim** - UNITE DE  
DERMATOLOGIE  
**ARLET Guillaume** - BACTERIOLOGIE  
**ARRIVE Lionel** - RADIOLOGIE  
**AUCOUTURIER Pierre** - INSERM U 712  
**AUDRY Georges** - CHIRURGIE VISCERALE  
INFANTILE  
**BALLADUR Pierre** - CHIRURGIE GENERALE  
ET DIGESTIVE  
**BARDET Jean** - CARDIOLOGIE  
**BAUD Laurent** - EXPLORATIONS  
FONCTIONNELLES MULTIDISCIPLINAIRES  
**BAUDON Jean Jacques** - NEONATOLOGIE  
**BEAUGERIE Laurent** -  
GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION  
**BEAUSSIER Marc** - ANESTHESIE –  
REANIMATION  
**BENIFLA Jean Louis** - GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE  
**BENSMAN Albert** - NEPHROLOGIE,  
DIALYSES ET TRANSPLANTATIONS  
PEDIATRIQUES  
**BERENBAUM Francis** - RHUMATOLOGIE  
**BEREZIAT Gilbert** - UMR 7079  
PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE  
**BERNAUDIN Jean François** - HISTOLOGIE  
BIOLOGIE TUMORALE  
**BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry** -  
NEUROPEDIATRIE  
**BOCCON GIBOD Liliane** - ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE  
**BONNET Francis** - ANESTHESIE  
REANIMATION  
**BORDERIE Vincent** - OPHTALMOLOGIE  
**BOUCHARD Philippe** - ENDOCRINOLOGIE  
**BOUDGHENE STAMBOULI Franck** -  
RADIOLOGIE  
**BREART Gérard** - GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE  
**CABANE Jean** - MEDECINE INTERNE

**CADRANEL Jacques** - PNEUMOLOGIE  
**CALLARD Patrice** - ANATOMIE  
PATHOLOGIQUE  
**CAPEAU Jacqueline** - INSERM U.680  
**CARBAJAL SANCHEZ Ricardo** -  
URGENCES PEDIATRIQUES  
**CARBONNE Bruno** - GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE  
**CARETTE Marie France** - RADIOLOGIE  
**CASADEVALL Nicole** - HEMATOLOGIE  
BIOLOGIQUE  
**CAYRE Yvon** - HEMATOLOGIE  
IMMUNOLOGIE  
**CHAZOULLERES Olivier** - HEPATOLOGIE  
GASTROENTEROLOGIE  
**CHOSIDOW Olivier** - DERMATOLOGIE –  
ALLERGOLOGIE  
**CHOUAID Christos** - PNEUMOLOGIE  
**CHRISTIN MAITRE Sophie** -  
ENDOCRINOLOGIE  
**CLEMENT Annick** - PNEUMOLOGIE  
**CLERGUE François** - DETACHE AU  
MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES :  
HOPITAL CANTONAL / ANESTHESIOLOGIE  
**COHEN Aron** - CARDIOLOGIE  
**CONSTANT Isabelle** - ANESTHESIOLOGIE  
REANIMATION  
**COSNES Jacques** –  
GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION  
**COULOMB Aurore** - ANATOMIE ET  
CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**DAMSIN Jean Paul** - ORTHOPEDIE  
**DARAI Emile** - GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE  
**DE GRAMONT Aimery** - ONCOLOGIE  
MEDICALE  
**DENOYELLE Françoise** - ORL ET  
CHIRURGIE CERVICO FACIALE  
**DEVAUX Jean Yves** - BIOPHYSIQUE ET  
MEDECINE NUCLEAIRE  
**DOUAY Luc** - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  
**DOURSOUNIAN Levon** - CHIRURGIE  
ORTHOPEDIQUE  
**DUCOU LE POINTE Hubert** - RADIOLOGIE  
**DURON Françoise** - ENDOCRINOLOGIE  
**DUSSAULE Jean Claude** - PHYSIOLOGIE

**FAUROUX Brigitte** - GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION PEDIATRIQUES  
**FERON Jean Marc** - CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
**FLEJOU Jean François** - ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
**FLORENT Christian** - HEPATO GASTROENTEROLOGIE  
**FRANCES Camille** - DERMATOLOGIE – ALLERGOLOGIE  
**FUNCK BRENTANO Christian** - PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
**GARABEDIAN Eréa Noël** - ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE  
**GARBARG CHENON Antoine** - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
**GATTEGNO Bernard** - UROLOGIE  
**GENDRE Jean Pierre** - GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION  
**GIRARD Pierre Marie** - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  
**GIRARDET Jean Philippe** - GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION PEDIATRIQUES  
**GIROT Robert** - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  
**GOLD Francis** - NEONATOLOGIE  
**GORIN Norbert** - HEMATOLOGIE CLINIQUE  
**GRATEAU Gilles** - MEDECINE INTERNE  
**GRIMFELD Alain** - PEDIATRIE ORIENTATION PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE  
**GRIMPREL Emmanuel** - PEDIATRIE GENERALE  
**GRUNENWALD Dominique** - CHIRURGIE THORACIQUE  
**GUIDET Bertrand** - REANIMATION MEDICALE  
**HAAB François** - UROLOGIE  
**HELARDOT Pierre Georges** - CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE  
**HOURY Sidney** - CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE  
**HOUSSET Chantal** - BIOLOGIE CELLULAIRE – INSERM U. 680  
**JAILLON Patrice** - PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
**JOUANNIC Jean-Marie** - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
**JUST Jocelyne** - PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE PEDIATRIQUES  
**LACAINE François** - CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE  
**LACAU SAINT GUILY Jean** - ORL  
**LACAVE Roger** - HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE  
**LANDMAN PARKER Judith** - HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES  
**LAROCHE Laurent** - OPHTALMOLOGIE

**LE BOUC Yves** - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
**LEBEAU Bernard** - PNEUMOLOGIE  
**LEGRAND Ollivier** - HEMATOLOGIE ONCOLOGIE MEDICALE  
**LEVERGER Guy** - HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES  
**LEVY Richard** - NEUROLOGIE  
**LIENHART André** - ANESTHESIE – REANIMATION  
**LOTZ Jean Pierre** - CANCEROLOGIE  
**LOUVET Christophe** - ONCOLOGIE MEDICALE  
**MARIE Jean Pierre** - HEMATOLOGIE  
**MARSAULT Claude** - RADIOLOGIE  
**MASLIAH Joëlle** - INSERM U.538  
**MAURY Eric** - REANIMATION MEDICALE  
**MAYAUD Marie Yves** - PNEUMOLOGIE  
**MENU Yves** - RADIOLOGIE  
**MEYER Bernard** - ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE  
**MEYOHAS Marie Caroline** - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  
**MICHEL Pierre Louis** - CARDIOLOGIE  
**MILLIEZ Jacques** - GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
**MIMOUN Maurice** - CHIRURGIE PLASTIQUE  
**MITANCHEZ Delphine** - NEONATOLOGIE  
**MONTRAVERS Françoise** - BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
**MURAT Isabelle** - ANESTHESIE REANIMATION  
**NICOLAS Jean Claude** - VIROLOGIE  
**OFFENSTADT Georges** - REANIMATION MEDICALE  
**PAQUES Michel** - OPHTALMOLOGIE  
**PARC Yann** - CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE  
**PATERON Dominique** - SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES  
**PAYE François** - CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE  
**PERETTI Charles-Siegfried** - PSYCHIATRIE D'ADULTES  
**PERIE Sophie** - ORL  
**PETIT Jean Claude** - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
**PIALOUX Gilles** - MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  
**POUPON Raoul** - HEPATOLOGIE ET GASTROENTEROLOGIE  
**RENOLLEAU Sylvain** - REANIMATION NEONATALE  
**RODRIGUEZ Diana** - NEUROPEDIATRIE  
**RONCO Pierre Marie** - NEPHROLOGIE ET DIALYSES  
**RONDEAU Eric** - URGENCES NEPHROLOGIQUES – TRANSPLANTATION RENALE

**ROSMORDUC Olivier** - HEPATO  
 GASTROENTEROLOGIE  
**ROUGER Philippe** - I.N.T.S.  
**ROUZIER Roman** - GYNECOLOGIE  
 OBSTETRIQUE  
**ROZENBAUM Willy** - MALADIES  
 INFECTIEUSES ET TROPICALES  
**SAHEL José Alain** - OPHTALMOLOGIE  
**SAUTET Alain** - CHIRURGIE  
 ORTHOPEDIQUE  
**SEZEUR Alain** - CHIRURGIE GENERALE  
**SIFFROI Jean Pierre** - GENETIQUE ET  
 EMBRYOLOGIE MEDICALES  
**SOUBRIER Florent** - DEPARTEMENT DE  
 GENETIQUE  
**TALBOT Jean Noël** - BIOPHYSIQUE  
 MEDECINE NUCLEAIRE  
**THIBAUT Philippe** - UROLOGIE  
**THOMAS Guy** - PSYCHIATRIE D'ADULTES  
**THOUMIE Philippe** - REEDUCATION NEURO  
 ORTHOPEDIQUE

**TIRET Emmanuel** - CHIRURGIE GENERALE  
 ET DIGESTIVE  
**TOUBOUL Emmanuel** - RADIOTHERAPIE  
**TOUNIAN Patrick** - GASTROENTEROLOGIE  
 ET NUTRITION PEDIATRIQUES  
**TRAXER Olivier** - UROLOGIE  
**TRUGNAN Germain** - INSERM U538  
**TUBIANA Jean Michel** - RADIOLOGIE  
**UZAN Serge** - GYNECOLOGIE  
 OBSTETRIQUE ET MEDECINE DE LA  
 REPRODUCTION  
**VALLERON Alain Jacques** - UNITE DE  
 SANTE PUBLIQUE  
**VAYSSAIRAT Michel** - RADIOLOGIE  
**VAZQUEZ Marie Paule** - CHIRURGIE  
 MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE  
**WENDUM Dominique** - ANATOMIE  
 PATHOLOGIQUE  
**WISLEZ Marie** - PNEUMOLOGIE

## LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### Site PITIE

**ANKRI Annick** - HEMATOLOGIE  
 BIOLOGIQUE  
**AUBRY Alexandra** - BACTERIOLOGIE  
**AXELRAD Herbert** - PHYSIOLOGIE  
**BACHELOT Anne** - ENDOCRINOLOGIE  
**BELLANNE-CHANTELOT Christine** -  
 GENETIQUE  
**BENOLIEL Jean-Jacques** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**BENSIMON Gilbert** - PHARMACOLOGIE  
**BORSOS Anne-Marie** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**BOUTOLLEAU David** - VIROLOGIE  
**BROUSSE Geneviève** - PARASITOLOGIE  
**BUFFET Pierre** - PARASITOLOGIE  
**CARCELAIN-BEBIN Guislaine** -  
 IMMUNOLOGIE  
**CARRIE Alain** - BIOCHIMIE et BIOLOGIE  
 MOLECULAIRE  
**CHARLOTTE Frédéric** - ANATOMIE et  
 CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**CHARRON Philippe** -  
 GENETIQUE/CARDIOLOGIE  
**COLLET Jean-Philippe** - DEPARTEMENT DE  
 RADIOLOGIE  
**COMPERAT Eva** - ANATOMIE  
 PATHOLOGIQUE

**CORVOL Jean-Christophe** -  
 PHARMACOLOGIE  
**COULET Florence** - GENETIQUE  
**COUSSIEU Christiane** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**DALOZ Madeleine** - ANESTHESIOLOGIE ET  
 REANIMATION  
**DANZIGER Nicolas** - PHYSIOLOGIE  
**DATRY Annick** - PARASITOLOGIE  
**DELERS Francisco** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**DEPIENNE Christel** - GENETIQUE  
**DUPONT-DUFRESNE Sophie** -  
 ANATOMIE/NEUROLOGIE  
**FOLLEZOU Jean-Yves** - RADIOTHERAPIE  
**FOURNIER Emmanuel** - PHYSIOLOGIE  
**FRIJA Elisabeth** - PHYSIOLOGIE  
**GALANAUD Damien** - RADIOLOGIE  
**GAYMARD Bertrand** - PHYSIOLOGIE  
**GIRAL Philippe** -  
 NUTRITION/ENDOCRINOLOGIE  
**GOLMARD Jean-Louis** - BIostatistiques  
 ET Informatique Médicale  
**HABERT Marie-Odile** -  
 BIOPHYSIQUE/MEDECINE NUCLEAIRE  
**HALLEY DES FONTAINES Virginie** -  
 EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE



**HOANG VAN Catherine** - ANATOMIE et  
 CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**KAHN Jean-François** - PHYSIOLOGIE  
**LACOMBE Catherine** -  
 BIOPHYSIQUE/MEDECINE NUCLEAIRE  
**LACOMBLEZ Lucette** - PHARMACOLOGIE  
**LACORTE Jean-Marc** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**LAURENT Claudine** - PEDOPSYCHIATRIE  
**LE BIHAN Johanne** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**LE GUERN Eric** - GENETIQUE  
**LESOURD Sylvie** - GENETIQUE  
**MAKSUD Philippe** -  
 BIOPHYSIQUE/MEDECINE NUCLEAIRE  
**MARCELIN-HELIOT Anne Geneviève** -  
 VIROLOGIE  
**MAZIERES Léonore** - PHYSIOLOGIE  
**MORICE Vincent** - BIostatISTIQUES ET  
 INFORMATIQUE MEDICALE  
**NACCACHE Lionel** - PHYSIOLOGIE  
**N'GUYEN-KHAC Florence** - HEMATOLOGIE  
 BIOLOGIQUE  
**PERNES Jean-François** -  
 BIOPHYSIQUE/MEDECINE NUCLEAIRE  
**PIDOUX Bernard** - PHYSIOLOGIE  
**ROBERT Jérôme** - BACTERIOLOGIE-  
 VIROLOGIE  
**ROSENHEIM Michel** -  
 EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE

**ROSENZWAJG Michelle** - IMMUNOLOGIE  
**ROUSSEAU Géraldine** - CHIRURGIE  
 GENERALE  
**SANSON Marc** - ANATOMIE/NEUROLOGIE  
**SEBBAN Claude** - MEDECINE INTERNE /  
 GERIATRIE  
**SEILHEAN Danielle** - NEURO-ANATOMIE  
 PATHOLOGIQUE  
**SIMON Dominique** - SANTE PUBLIQUE /  
 EPIDEMIOLOGIE  
**SOUGAKOFF Wladimir** - BACTERIOLOGIE-  
 VIROLOGIE  
**STRAUS Christian** - PHYSIOLOGIE  
 EXPLORATION FONCTIONNELLE  
**TANKERE Frederic** - O.R.L.  
**TEZENAS DU MONTCEL Sophie** -  
 BIostatISTIQUES et INFORMATIQUE  
 MEDICALE  
**THELLIER Marc** - PARASITOLOGIE  
**TRESCA Jean-Pierre** - BIOCHIMIE et  
 BIOLOGIE MOLECULAIRE  
**URIOS Paul** - BIOCHIMIE et BIOLOGIE  
 MOLECULAIRE  
**VEZIRIS Nicolas** - BACTERIOLOGIE-  
 HYGIENE  
**VITTE Elisabeth** - ANATOMIE/O.R.L.  
**WAROT Dominique** - PHARMACOLOGIE

### Site SAINT-ANTOINE

**ABUAF Nisen** - HEMATOLOGIE  
**AMIEL Corinne** - VIROLOGIE  
**ANCEL Pierre Yves** - DEPARTEMENT DE  
 SANTE PUBLIQUE  
**APARTIS Emmanuelle** - PHYSIOLOGIE  
**BARBU Véronique** - BIOLOGIE CELLULAIRE  
**BELLOCQ Agnès** - EXPLORATIONS  
 FONCTIONNELLES  
**BENLIAN Pascale** - BIOCHIMIE B  
**BERTHOLON Jean François** -  
 EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
 RESPIRATOIRES  
**BIOUR Michel** - PHARMACOLOGIE  
**BOELLE Pierre Yves** - INSERM U707  
**BOFFA Jean Jacques** - NEPHROLOGIE ET  
 DIALYSES  
**BOULE Michèle** - PHYSIOLOGIE  
**CARRAT Fabrice** - INSERM U707  
**CERVERA Pascale** - ANATOMIE  
 PATHOLOGIQUE  
**CHABBERT BUFFET Nathalie** -  
 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
**COLOMBAT Magali** - ANATOMO-  
 PATHOLOGIE

**DECRE Dominique** - BACTERIOLOGIE  
 VIROLOGIE  
**DELHOMMEAU François** - HEMATOLOGIE  
**DELISLE Françoise** - BACTERIOLOGIE  
 VIROLOGIE  
**DEVAUX Aviva** - BIOLOGIE DE LA  
 REPRODUCTION  
**DEVELOUX Michel** - PARASITOLOGIE  
**EL ALAMY Ismail** - HEMATOLOGIE  
 BIOLOGIQUE  
**ESCUPIER Estelle** - DEPARTEMENT DE  
 GENETIQUE  
**FAJAC-CALVET Anne** - HISTOLOGIE  
 EMBRYOLOGIE  
**FERRERI Florian** - PSYCHIATRIE  
 D'ADULTES  
**FLEURY Jocelyne** - HISTOLOGIE  
 EMBRYOLOGIE  
**FRANCOIS Thierry** - PNEUMOLOGIE ET  
 REANIMATION  
**GARÇON Loïc** - HEMATOLOGIE  
 BIOLOGIQUE  
**GARDERET Laurent** - HEMATOLOGIE  
 CLINIQUE  
**GEROTZIFAS Grigoris** - HEMATOLOGIE

**GONZALES Marie** - GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES  
**GOZLAN Joël** - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
**HAYMANN Jean Philippe** - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
**HENNEQUIN Christophe** - PARASITOLOGIE  
**JOHANET Catherine** - IMMUNOLOGIE ET HEMATOLOGIE BIOLOGIQUES  
**JOSSET Patrice** - ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
**JOYE Nicole** - DEPARTEMENT DE GENETIQUE  
**KIFFEL Thierry** - BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
**LACOMBE Karine** - MALADIES INFECTIEUSES  
**LAGRANGE Monique** - IMMUNOLOGIE ET HEMATOLOGIE BIOLOGIQUES  
**LAPILLONNE Hélène** - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  
**LASCOLS Olivier** - INSERM U.680  
**LEWIN ZEITOUN Maïté** - RADIOLOGIE  
**MANDELBAUM Jacqueline** - HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE ORIENTATION BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION  
**MAUREL Gérard** - BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
**MAURIN Nicole** - HISTOLOGIE  
**MOHAND-SAID Saddek** - OPHTALMOLOGIE  
**MORAND Laurence** - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
**NETCHINE Irène** - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
**PARISSET Claude** - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES ET ENDOCRINIENNES  
**PICARD Arnaud** - CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
**PLAISIER Emmanuel** - NEPHROLOGIE

**POIRIER Jean Marie** - PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
**POIROT Jean Louis** - PARASITOLOGIE  
**PORTNOI Marie France** - DEPARTEMENT DE GENETIQUE  
**RAINTEAU Dominique** - INSERM U.538  
**RAVEL DARRAGI Nadège** - HISTOLOGIE BIOLOGIE REPRODUCTION  
**ROBERT Annie** - HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  
**ROSSIGNOL Sylvie** - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES  
**ROUX Patricia** - PARASITOLOGIE  
**SEBE Philippe** - UROLOGIE  
**SEBILLE Alain** - PHYSIOLOGIE  
**SELLAM Jérémie** - RHUMATOLOGIE  
**SEROUSSI FREDEAU Brigitte** - DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE  
**SIBONY Mathilde** - ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
**SIMON Tabassome** - PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
**SOUSSAN Patrick** - VIROLOGIE  
**STANKOFF Bruno** - NEUROLOGIE  
**SVRCEK Magali** - ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**TANKOVIC Jacques** - BACTERIOLOGIE VIROLOGIE  
**THOMAS Ginette** - BIOCHIMIE  
**VAN DEN AKKER Jacqueline** - EMBRYOLOGIE PATHOLOGIQUE ET CYTOGENETIQUE  
**VAYLET Claire** - MEDECINE NUCLEAIRE  
**VIBERT Jean François** - INSERM U 444  
**VIGOUROUX Corinne** - INSERM U680  
**WEISENBURGER Jacques** - PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
**WOLF Claude** - LABORATOIRE DE SPECTROMETRIE DE MASSE

## **ENSEIGNANTS DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE PARIS 6**

**Pr Anne-Marie MAGNIER** - Professeur universitaire de médecine générale  
**Pr Philippe CORNET** - Professeur associé de médecine générale  
**Pr Jean LAFORTUNE** - Professeur associé de médecine générale  
**Dr Gladys IBANEZ** - Maître de conférences universitaire de médecine générale  
**Dr Jean-François RENARD** - Maître de conférences associé de médecine générale  
**Dr Luc MARTINEZ** - Maître de conférences associé de médecine générale  
**Dr Dominique TIRMARCHE** - Maître de conférences associé de médecine générale  
**Dr Marie-Pierre TARAVELLA** - Maître de conférences associé de médecine générale  
**Dr Gilles LAZIMI** - Maître de conférences associé de médecine générale  
**Dr Claire RONDET** - chef de clinique de médecine générale  
**Dr Julie CHASTANG** - chef de clinique de médecine générale

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>1. L'histoire particulière de la médecine générale .....</b>	<b>15</b>
1.1- Naissance des spécialités d'organe et identification "en creux" de la médecine générale.....	15
1.2- Constitution d'une identité, fondée sur sa singularité .....	16
1.2-1 Développement d'une recherche propre.....	16
1.2-2 La naissance d'un syndicalisme spécifique.....	17
1.2-3 Entrée des généralistes à l'université .....	17
1.2-4 Une représentation collective nationale .....	18
1.2-5 Place de la médecine générale dans le système de soins français.....	18
<b>2. La médecine générale, une discipline scientifique universitaire. 19</b>	
2.1- Une définition claire du domaine d'investigation .....	20
2.2- Des structures de production et de transmission du savoir .....	20
2.3- Une démarche collective.....	21
2.4- Un savoir s'énonçant par des concepts.....	21
<b>3. Problématique du travail .....</b>	<b>22</b>
<b>MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>23</b>
<b>1. Une revue de la littérature .....</b>	<b>24</b>
1.1- La définition européenne de la médecine générale.....	24
1.2- <i>Médecine Générale : Concepts &amp; Pratiques</i> .....	25
1.3- Médecine Générale : concepts, démarches, compétences .....	25
1.4- <i>Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale</i> .....	25
1.5- <i>Le médecin, son malade et la maladie</i> .....	25
1.6- <i>Médecine générale</i> , abrégé de la collection Masson .....	26
1.7- <i>Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier</i> .....	26
1.8- <i>Sociologie de la maladie et de la médecine</i> .....	26
1.9- <i>Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale</i> .....	26
1.10- <i>Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale ?</i> .....	27
1.11- Chapitre « Médecine générale : le temps des redéfinitions » dans le livre <i>Quelle médecine voulons nous ?</i> .....	27
1.12- <i>Pédagogie de la Relation Thérapeutique en Médecine Générale</i> .....	27
1.13- <i>Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain</i> .....	27
<b>2. Une première liste de concepts .....</b>	<b>28</b>
<b>3. Rencontre d'experts et soumission de la liste à des généralistes .....</b>	<b>29</b>
3.1- Enquête par courriel auprès de médecins généralistes.....	29
3.2- Rencontre avec des leaders généralistes .....	29
<b>4. Vers une deuxième liste.....</b>	<b>32</b>
<b>5. Critère d'exclusion .....</b>	<b>34</b>
<b>6. Regroupement des concepts .....</b>	<b>34</b>

<b>7. Elaboration d'une fiche par concept.....</b>	<b>35</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>36</b>
<b>1. Proposition de classement des concepts en chapitres .....</b>	<b>36</b>
<b>2. Liste des fiches de concepts.....</b>	<b>39</b>
<b>3. Présentation des 41 fiches de concepts.....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>174</b>
<b>1. Clarification des termes.....</b>	<b>174</b>
1.1- Le rôle .....	174
1.2- La fonction .....	174
1.3- La compétence .....	175
1.4- La caractéristique, le principe .....	175
1.5- Le concept.....	176
1.6- Le corpus théorique .....	176
<b>2. Intérêt du travail .....</b>	<b>177</b>
2.1- Le répertoire de concepts : un document unique .....	177
2.2- Intérêt pédagogique.....	177
2.3- Un corpus théorique ouvert.....	177
2.3-1 Des concepts médicaux spécifiques et d'autres non.....	178
2.3-2 Apport des regards extérieurs à la médecine.....	178
<b>3. Les limites de notre travail .....</b>	<b>178</b>
3.1- La revue de la littérature .....	178
3.2- La recherche d'exhaustivité dans le recueil des concepts.....	179
3.3- La synthèse de plusieurs concepts dans une même fiche .....	179
3.4- Le classement des concepts en 4 chapitres.....	180
<b>4. Mise en relation avec les compétences de la médecine générale</b> <b>.....</b>	<b>180</b>
<b>5. Perspectives de prolongement du travail .....</b>	<b>183</b>
5.1- L'approfondissement théorique.....	183
5.2- Des retombées pratiques.....	183
<b>6. Les enseignements importants de ce travail .....</b>	<b>184</b>
6.1- La médecine générale est bien une discipline.....	184
6.2- La médecine générale a sa propre démarche.....	184
6.3- Enseigner ces concepts semble possible.....	184
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>185</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>187</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>195</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>196</b>
<b>SOMMAIRE DES FICHES.....</b>	<b>197</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

- ACE** : Antigène carcino-embryonnaire
- AFMG** : Atelier Français de Médecine Générale
- ALD** : Affection Longue Durée
- AOMI** : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- ARA II** : Antagoniste de l'angiotensive 2
- BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive
- CA 15-3** : Cancer Antigen 15-3
- CES** : Certificats d'études spécialisées
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM** : Classification internationale des maladies
- CISP** : Classification internationale des soins primaires
- CMG** : Collège de la Médecine Générale
- CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNU** : Conseil National des Universités
- CPMG** : Conférence Permanente de la Médecine Générale
- CRP** : Protéine C réactive
- DEC** : Diagnostic étiologique critique
- DEP** : Débit expiratoire de pointe
- DNID** : Diabète non insulino-dépendant
- DRC** : Dictionnaire des résultats de consultation
- DReFC** : Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
- EBM** : Evidence-based medicine (médecine fondée sur les preuves)
- ECBU** : Examen cyto bactériologique des urines
- ECN** : Epreuves nationales classantes
- ETP** : Education thérapeutique du patient
- FMC** : Formation médicale continue
- FMF** : Fédération des Médecins de France
- FO** : Fond d'oeil
- GGT** : Gamma Glutamyl Transférases
- HAS** : Haute Autorité de Santé

**HbA1c** : Hémoglobine glyquée  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (Loi)  
**HTA** : Hypertension artérielle  
**IFEDMG** : Institut Français pour l'Étude et le Développement de la Médecine Générale  
**IMC** : Indice de masse corporelle  
**IME** : Institut médico-éducatif  
**INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**IRDES** : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
**IRMG** : Institut de recherche en médecine générale  
**MGForm** : Médecine Générale Formation (association de FMC)  
**MG France** : Médecine Générale France (syndicat)  
**NFS** : Numération Formule sanguine  
**OMG** : Observatoire de la Médecine Générale  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**OPE** : Organe-Personne-Environnement  
**PPR** : Pseudo Polyarthrite Rhizomélique  
**PSA** : Prostate Specific Antigen (antigène prostatique spécifique)  
**RC** : Résultat de Consultation  
**RCGP** : Royal College of General Practitioners  
**RSA** : Revenu de solidarité active  
**SFDRMG** : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale  
**SFMG** : Société française de médecine générale  
**SFTG** : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste  
**SMB** : Société Médicale Balint  
**SMG** : Syndicat de la médecine générale  
**SML** : Syndicat des Médecins Libéraux  
**SPA** : Spondylarthrite ankylosante  
**TSH** : Thyroid-stimulating hormone  
**UNAFORMEC** : Union nationale des associations de formation médicale continue  
**UNOF** : Union Nationale des Omnipraticiens Français  
**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins de famille)

## INTRODUCTION

La médecine générale, branche particulière de la médecine, est souvent considérée à part et différente des autres spécialités d'organe, avec une spécificité d'exercice qui est peu connue pour beaucoup de médecins et pour les institutions.

Qu'est ce que la médecine générale ? Quelle est sa spécificité ? Sur quels éléments théoriques concrets se fonde cette singularité ?

La médecine générale a sa propre histoire qu'elle continue d'écrire encore aujourd'hui. Elle a appris à mieux se connaître au cours du temps, à préciser son identité, à comprendre ce qui lui était propre, à mieux cerner sa condition indispensable.

Aujourd'hui elle est reconnue comme une discipline scientifique et universitaire, avec un contenu spécifique de formation, une recherche autonome, et ses propres fondements scientifiques [1].

### 1. L'histoire particulière de la médecine générale

*De la dépossession à la prise de conscience de sa singularité*

#### 1.1- Naissance des spécialités d'organe et identification "en creux" de la médecine générale.

Du fait d'une évolution rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques engendrant une médecine toujours plus performante, on assiste dès le XIXe siècle à un mouvement de spécialisation de la médecine, mouvement qui s'est accéléré après la seconde guerre mondiale [2,3]. Ceci a entraîné une compartimentation de l'exercice médical donnant naissance à de nombreuses spécialités. Les chaires de clinique générale médicale dans les universités se sont vues alors soustraire une part de plus en plus importante de la pathologie. Jusqu'au milieu du XXe siècle, la médecine générale constituait la forme principale de pratique clinique. Mais celle-ci, face à cette spécialisation de la maladie, tend alors à perdre sa cohérence épistémologique et à être définie comme un domaine par défaut [2].

Après la seconde guerre mondiale, l'accès aux spécialités se fait au travers de l'obtention des certificats universitaires de spécialités (CES) [4]. Le généraliste est celui qui n'a alors pas ce diplôme. Il se définit en "creux", et est souvent considéré comme "un praticien de seconde classe, voire un officier de triage orientant vers les spécialités plus nobles" [3].

Les différentes spécialités se développent à l'hôpital, autour des cas complexes et difficiles à traiter, puis s'organisent autour d'organes ou de techniques particulières. Cette définition des spécialités autour d'un champ précis rend difficilement visible un territoire ou des pratiques

propres à la médecine générale dont l'exercice se définit alors par défaut. La naissance des CHU en 1958, avec la croissance d'un hospitalo-centrisme de la santé et de son enseignement, accroît cette rupture avec la médecine générale, exercée hors les murs, en libéral [2]. Le médecin généraliste fait l'expérience de l'illégitimité et d'un prestige moindre, que la différence d'honoraires vient renforcer [4].

## **1.2- Constitution d'une identité, fondée sur sa singularité**

Ainsi, le progrès de la technologie médicale, la spécialisation progressive et les besoins d'organiser la santé autour de l'hôpital, ont insidieusement marginalisé la médecine générale. Ce phénomène touche tous les pays industrialisés au milieu du XXe siècle. Lentement, les généralistes, repoussés "hors les murs" vont s'affirmer comme les médecins placés dans "la vraie vie".

C'est en Angleterre que dès 1952 s'est affirmée la volonté de placer la médecine générale au centre du dispositif de distribution des soins. A cette date, le Collège Anglais s'est institutionnalisé et est devenu le *Royal College of General Practitioners* (RCGP) de la médecine générale. Le champ d'intervention de la médecine générale a alors été décrit. Il s'agit de descriptions très larges sur les fonctions de gardien de l'entrée dans le monde médical, ou encore celle de chef d'orchestre, ou encore celle de responsable de santé publique [5].

En France, la prise de conscience est plus laborieuse. C'est seulement dans les années 70, dans la mouvance de la signature de la première Convention Nationale entre les médecins et la sécurité sociale, que les généralistes commencent à vouloir agir. En ordre dispersé, quelques pionniers osent défricher le champ de la recherche, tentent de s'affirmer sur le plan syndical, ou avancent dans l'expérimentation d'un enseignement spécifique.

### 1.2-1 Développement d'une recherche propre

Au Royaume-Uni, le RCGP a joué un rôle moteur dans l'initiation de recherches dans notre discipline. Aux Pays-Bas, la création de chaires universitaires de médecine générale dès la fin des années 60, permet d'envisager une véritable recherche universitaire.

En 1973, naît la Société Française de Médecine Générale (SFMG). Elle est suivie en 1977 par d'autres sociétés telles que la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG). La recherche française en médecine générale se met alors doucement en place de manière autonome, sur le mode associatif. Ces sociétés, avec le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue), et d'autres petites structures développent des travaux de recherche sur des domaines variés : épidémiologie, prévention, dépistage systématique, stratégie décisionnelle... adaptés à la médecine générale. Un institut de recherche en



médecine générale (IRMG) est créée en 1993 [3]. En 2000, un comité d'interface INSERM/Médecine générale a été mis en place. Ses objectifs sont, entre autres, d'élaborer des programmes de recherche, de proposer des appels d'offre à destination des médecins généralistes, de mettre à disposition des médecins généralistes des postes de recherche cofinancés par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

### 1.2-2 La naissance d'un syndicalisme spécifique [2]

Le syndicalisme médical date des années 1880. Mais ce n'est qu'en 1975 qu'est créé le premier syndicat spécifique à la médecine générale, le SMG (Syndicat de la Médecine Générale), dont les revendications sont centrées sur le rejet de l'exercice libéral et la promotion de formes alternatives d'exercice de la médecine. Ce syndicat est mis à mal par un échec de ses revendications en 1984.

En 1986 est créé MG France (Médecine Générale France), syndicat basé non plus sur la revendication d'un mode d'exercice différent mais sur la défense de la médecine générale. Son combat est alors la lutte contre la dévalorisation de la médecine générale. D'autres syndicats intégraient des médecins généralistes, mais ils étaient pluricatégoriels et non spécifiques à la médecine générale. L'apparition de ce premier syndicat propre à la médecine générale a participé à son affirmation dans le paysage de la médecine et à la réémergence de l'identité généraliste.

### 1.2-3 Entrée des généralistes à l'université

En 1977, le directeur général de l'OMS, écrivait : "La formation dispensée par les écoles de médecine doit se mettre au diapason des besoins actuels et prévisibles de la santé générale [...] il est nécessaire que la collectivité toute entière serve de champ d'étude et que l'hôpital ne soit plus considéré que comme un endroit où l'on peut étudier un certain stade des processus morbides."

En France, la première expérience d'enseignement de la médecine générale date de 1972, à la faculté de Bobigny. Cet enseignement a été officialisé par la Loi du 23 décembre 1982 portant sur la réforme des études médicales, et reconnaissant l'identité de la médecine générale et sa place dans l'université. Cette loi instituait une formation spécifique de médecine générale, avec un 3<sup>e</sup> cycle complémentaire de 2 ans après les études médicales de base, associant un enseignement théorique de 150 à 200 heures et un stage pratique chez le praticien de 30 à 50 demi-journées (augmenté à au moins 6 mois en 1995).

Ce n'est qu'en 1989 que la qualification de médecine générale est reconnue sur les diplômes de docteur en médecine, et qu'en 1991 que la filière universitaire de médecine

générale est créée, avec la nomination des premiers généralistes, professeurs et maîtres de conférence associés de médecine générale [3].

En 1997 sont instaurés dans toutes les facultés de France des départements de médecine générale, en charge d'organiser pour les futurs diplômés un enseignement pratique sous forme de stage obligatoire en troisième cycle et des éléments de formation théorique.

On assiste alors à un regroupement des généralistes enseignants et maîtres de stage en collèges régionaux, fédérés, à l'échelon national, en Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière (au même titre que les autres spécialités) avec un diplôme d'études spécialisées par la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et organisée comme telle par un décret du 16 janvier 2004 [6,7].

En 2004 le concours de l'internat disparaît et est remplacé par les Epreuves Nationales Classantes (ECN) consacrant la médecine générale comme spécialité.

Il aura donc fallu 20 ans, depuis la création du CNGE en 1983, pour que soit reconnu un statut universitaire à la médecine générale.

#### 1.2-4 Une représentation collective nationale

En 1994 est créée la Conférence Permanente de la Médecine Générale afin de tenter de regrouper des associations nationales de formation ou de recherche (SFMG, CNGE, SFTG, MGForm, l'Atelier Français de Médecine Générale, l'IFEDMG (Institut Français pour l'Étude et le Développement de la Médecine Générale), l'IRMG). Son but était de créer un espace d'échange et de production pour restituer à la médecine générale sa place légitime dans la communauté médicale nationale et internationale [3]. Il s'agit de l'ancêtre du Collège de Médecine Générale, créé en 2010 et regroupant syndicats, sociétés savantes et organismes de formation dont le but est de faciliter la représentation de la médecine générale auprès des différents acteurs de la santé et promouvoir la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale.

#### 1.2-5 Place de la médecine générale dans le système de soins français

Depuis 1971, il existe des conventions nationales entre les médecins et les caisses d'assurance maladie. Pour la première fois en 1997, deux conventions distinctes (généraliste/spécialiste) sont adoptées. Pour les médecins généralistes il s'agit de la mise en place du dispositif du médecin référent, réforme organisationnelle portée par le syndicat MG France. Ce dispositif proposait un contrat entre les médecins généralistes et les patients qui le souhaitaient avec la prise d'engagements concrets des deux parties (comme respecter les tarifs conventionnels pour les médecins, ou recourir en première intention à son médecin référent, pour le patient...) [8]. Le but de ce dispositif était de promouvoir un accès mieux

organisé au système de soins, une prise en charge mieux coordonnée des patients et de mieux intégrer dans la pratique du généraliste les actions de prévention et la participation aux actions de santé publique. Cette option du médecin référent n'a pas eu le succès escompté auprès des généralistes : en 2004 seuls 10% d'entre eux avait opté pour ce dispositif [2].

La convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, suite à la Loi de réforme de l'assurance maladie de 2004, a instauré le "parcours de soin" et le dispositif du "médecin traitant" [9]. Ce nouveau dispositif diffère de celui du médecin référent pour au moins deux raisons : il n'impose pas le choix d'un médecin généraliste, et le médecin traitant ne perçoit pas de rémunération spécifique pour accomplir sa tâche [10]. Le but recherché est la coordination du parcours de soin des usagers. En 2008, 98 % des Français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant [11].

En 2009 a été voté une loi définissant les missions du médecin généraliste de premier recours. Cette loi vient préciser encore davantage sa place et son rôle au sein du système de soins [12].

## **2. La médecine générale, une discipline scientifique universitaire**

*Qu'est-ce qu'une science universitaire ?*

Une science se définit comme "un ensemble de connaissances ayant un objet déterminé et reconnu, et une méthode propre" (Le nouveau Petit Robert 2007).

De nouvelles sciences et disciplines voient régulièrement le jour, résultant du désir de l'homme d'en savoir davantage sur lui-même et sur le monde qui l'entoure. Les chercheurs développent alors des connaissances, les organisent et les articulent avec les savoirs déjà acquis. L'ensemble de ces corps de connaissances ainsi que les méthodes spécifiques d'investigations deviennent une discipline ou une science.

Les conditions d'émergence d'une discipline tiennent à plusieurs éléments : [13]

- Une définition claire du domaine d'investigation
- Un savoir s'énonçant par des concepts
- Des structures de production et de transmission du savoir
- Une démarche collective : "Une discipline est une entreprise collective qui se construit un objet autour duquel s'élabore un consensus " (Larry Laudan).

Qu'en est-il de ces quatre conditions pour la médecine générale ?

## **2.1- Une définition claire du domaine d'investigation**

La première définition de la médecine générale est donnée en 1974 par le groupe de travail européen de Leeuwenhorst. Elle est centrée sur la description des activités professionnelles du médecin généraliste [14]. S'appuyant sur ces travaux, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) produit en 1991 une définition du rôle du médecin généraliste au sein des systèmes de soins de santé. Cette définition inclut des caractéristiques et des compétences de soins propres au médecin généraliste [15]. En 2000, Olesen définit le médecin généraliste comme un "spécialiste du travail de soins primaires" [16].

En 2002, la WONCA-Europe définit la médecine générale comme "une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques" [1]. Cette nouvelle définition se différencie des précédentes par sa volonté de se centrer sur les principes de la discipline : elle est une définition de la médecine générale et non du médecin généraliste et de ses tâches.

## **2.2- Des structures de production et de transmission du savoir**

La médecine générale a progressivement développé un enseignement et une recherche organisés. En même temps, elle a acquis une place de plus en plus grande au sein de l'université.

Après être devenue une spécialité en 2004 [7], elle s'est vu accorder une place officielle à l'université en étant reconnue comme discipline universitaire en 2006, par la création d'une option Médecine Générale dans la sous section 53-01 du Conseil National des Universités (CNU) [17].

En 2007, les premiers postes de chefs de cliniques sont créés, permettant à des jeunes médecins généralistes l'accès à une carrière d'enseignement et de recherche.

En 2009 sont titularisés les premiers professeurs de médecine générale, qui avaient auparavant le statut de professeur associé.

Le développement de la filière universitaire de la médecine générale permet à la discipline d'acquérir petit à petit les supports et moyens officiels et reconnus pour la transmission de ses connaissances et le développement de sa recherche. Des progrès restent cependant à faire pour que la médecine générale soit dotée d'un nombre suffisant de chefs de cliniques, maîtres de conférence et professeurs, lui permettant de porter l'avenir de la discipline. *Publish or Perish*, l'adage est encore d'actualité pour la médecine générale française qui souffre du manque de publications dans les revues internationales à comité de lecture.

### **2.3- Une démarche collective**

Au niveau international, en 1972, la médecine générale s'est dotée d'une structure : la WONCA, qui regroupe 126 organisations dans 102 pays. Le CNGE et la SFMG sont les deux représentants de la France à la WONCA Europe. Disséminés en plusieurs structures scientifiques depuis les années 70, les généralistes français se sont regroupés en 2010 au sein d'un Collège de la médecine générale.

En 2006, dans un rapport au ministre de la santé, Gérard de Pouvourville, professeur en économie de la santé, souligne que : "les médecins généralistes français ont investi la recherche, malgré le handicap de l'absence d'une filière universitaire et de financement..." Il ajoute : "On ne peut que se féliciter que la communauté des généralistes se soit efforcée de produire des travaux visant à améliorer leurs pratiques et la prise en charge de leurs patients" [18].

### **2.4- Un savoir s'énonçant par des concepts**

"L'une des meilleures indications qu'une science nouvelle est parvenue à définir clairement ses objectifs intellectuels et à obtenir le statut d'une discipline véritable consiste en l'adoption d'un ensemble convenu de concepts et de critères de sélection fondamentaux" [13]. Toute science se définit à partir d'un ensemble de connaissances ou concepts qui lui sont propres.

Un concept est une "idée abstraite et générale, qui réunit les caractères communs à tous les [objets] appartenant à une même catégorie." [19] C'est un outil qui sert à nommer, catégoriser et penser les éléments ayant les mêmes caractéristiques essentielles.

Quels sont donc ces éléments théoriques qui font de la médecine générale une discipline ? Celle-ci est souvent décrite et identifiée à partir des tâches et fonctions du généraliste. Les ouvrages parlant de médecine générale à destination des étudiants exposent plus souvent les compétences du généraliste, ou encore les pathologies au travers du regard du généraliste, que les éléments conceptuels de la discipline.

La définition de la WONCA en 2002 est la première qui veut préciser ces éléments de la discipline. Les travaux sur les concepts de la médecine générale existent, comme le montre le premier traité de médecine générale écrit par le CNGE en 1996 [20].

L'article "Médecine générale : concepts, démarches, compétences" rédigé par la conférence permanente de médecine générale en 1997 révèle ce même souci d'exposer "les principaux éléments qui fondent la spécificité de notre discipline, spécificité souvent affirmée, mais trop rarement argumentée" [21].

Cependant ces concepts issus de la recherche ou portés par la réflexion des différentes sociétés savantes sont souvent dispersés dans la littérature, et difficilement accessibles. Il n'existe pas à proprement parler de répertoire des concepts de la discipline.

### 3. Problématique du travail

*Le corpus existe bien mais souffre de cette dispersion.*

Ainsi, la médecine générale s'affirme au cours du temps comme une véritable discipline scientifique ayant sa propre singularité et des concepts propres.

Ces éléments théoriques existent dans la littérature (parfois uniquement grise) mais de façon disparate. Ils sont difficiles à retrouver et parfois peu accessibles aux futurs médecins généralistes.

Est-il possible de répertorier les concepts spécifiques à la médecine générale, utiles au praticien dans son exercice quotidien ?

Nous partons de l'hypothèse que répertorier les principaux éléments est possible, et que ce travail pourrait être un premier répertoire qui serait l'amorce d'un corpus théorique directement intégrable à la pratique de l'enseignement. Il pourrait permettre par ailleurs, de dessiner les lacunes à explorer.

Ce travail s'est donc attaché premièrement à parcourir la littérature existante afin de lister et répertorier sans oublier les éléments théoriques : éléments conceptuels spécifiques de la médecine générale, mais aussi éléments conceptuels empruntés à d'autres disciplines, médicales ou non, jugés incontestablement utiles.

L'objectif secondaire de ce travail était d'envisager la rédaction d'un outil pédagogique qui mettrait en lien les concepts théoriques retenus avec la pratique concrète, de façon à éclairer la démarche médicale en médecine générale.

#### **Problématique et question de recherche**

Toute science se définit à partir des concepts qui la fondent. Avec la nomination récente de professeurs des universités et son inscription au CNU, la médecine générale devient une discipline universitaire. Mais quelles sont les conditions indispensables d'une authentique discipline scientifique ? Dans un premier temps, définir son champ, élaborer une définition qui caractérise sa spécificité. Celle-ci existe depuis 2002. Elle a été élaborée par la WONCA Europe. Ensuite, développer une recherche organisée. L'arrivée, depuis 4 ans, de chefs de clinique dans toutes les facultés de France va considérablement faciliter la structuration de travaux avec son corollaire la publication scientifique. Enfin, enseigner un corpus théorique, propre à sa discipline, qui soit pratique pour l'exercice professionnel. Force est de constater que les éléments existent. Mais ils sont pour le moment épars. Souvent présentées comme "le regard du généraliste" sur les pathologies enseignées par ailleurs, les publications existantes dessinent le contour de l'abord généraliste plus qu'elles ne précisent les éléments théoriques inhérents à la discipline. Est-il possible de répertorier les concepts spécifiques à la médecine générale et utiles au praticien dans son exercice quotidien ?

## **MATERIELS ET METHODES**

Partant du principe que la médecine générale est aujourd'hui une discipline universitaire reconnue, elle doit, comme toute science se définir à partir des concepts qui la fondent. Elle réunit les conditions d'une discipline universitaire, à savoir une définition claire de son champ d'activité, une recherche organisée et un corpus théorique explicite.

Mais les éléments théoriques de ce corpus restent éparés, difficiles à retrouver et parfois peu accessibles aux futurs médecins généralistes.

Aussi, nous est-il apparu utile de tenter de répertorier les concepts spécifiques à la médecine générale et utiles au praticien dans son exercice quotidien.

Nos objectifs étaient donc :

- de répertorier les concepts théoriques spécifiques à la médecine de premier recours et ceux, issus d'autres disciplines mais jugés utiles au médecin dans sa pratique,
- de proposer une présentation pédagogique de ces concepts qui permettrait d'éclairer la démarche médicale en médecine générale.

### **Un travail en quatre temps successifs**

Notre travail s'est déroulé progressivement afin d'obtenir une liste de concepts théoriques qui soit adaptée à nos objectifs.

Nous avons d'abord réalisé une recherche documentaire en consultant les sites Internet des différentes sociétés savantes : SFMG (Société Française de Médecine Générale), SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) et CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), et en lisant des ouvrages phares de la profession.

A l'issue de cette revue de la littérature, nous avons rédigé une première liste de concepts.

Nous avons ensuite soumis cette liste à la critique de médecins généralistes. Ceci s'est fait par courriel auprès de généralistes impliqués dans la vie de leur profession, mais aussi lors de rencontres directes de médecins issus des principales sociétés savantes, considérés comme des leaders dans leur discipline.

A l'issue de ces deux premiers temps, nous avons retravaillé la liste initiale en nous interrogeant sur l'authenticité conceptuelle de chaque proposition. Nous avons mis en évidence des liens entre certains concepts, que nous avons alors regroupés.

Nous avons enfin opéré un classement des concepts, en les approfondissant si nécessaire au moyen de nouvelles recherches bibliographiques.

Un quatrième temps a été consacré à la rédaction d'une fiche par concept retenu. Une illustration clinique est venue enrichir chaque concept énoncé, permettant de le mettre en lien avec la réalité concrète de l'exercice médical et donnant à ce travail un caractère pédagogique.

## **1. Une revue de la littérature**

Le but de ce travail était de recueillir les différents concepts qui ont pu être énoncés, de façon disparate, dans la littérature.

Après avoir consulté les sites Internet des sociétés savantes de médecine générale suivantes : CNGE, SFMG, SFTG, nous avons centré notre recherche bibliographique sur la lecture d'ouvrages phares de la profession.

Voici les ouvrages de référence qui ont servi au premier temps de notre travail. Notons qu'il ne s'agit pas d'une bibliographie exhaustive mais simplement des livres et articles importants traitant d'éléments clés de la discipline.

### **1.1- La définition européenne de la médecine générale [1]**

La WONCA Europe est la société européenne de médecine générale – médecine de famille, branche de la WONCA (Organisation mondiale des médecins de famille). Elle regroupe les membres des organisations nationales de médecine générale de 30 pays européens. La définition européenne de la médecine générale établie par la WONCA Europe en 2002 est une étape importante dans l'expression de la lisibilité et de l'originalité du rôle du médecin généraliste au sein des systèmes de soins. Ce document définit la médecine générale en tant que discipline et décrit les tâches et compétences du médecin généraliste. Elle rappelle en annexes les travaux précurseurs de cette définition que sont la définition de Leeuwenhorst en 1974, la définition de la WONCA en 1991 et la définition d'Olesen en 2000, qui définissent la médecine générale à partir des fonctions du médecin généraliste. La nouveauté de la définition de la WONCA Europe en 2002 est de parler de la médecine générale comme discipline.



### **1.2- Médecine Générale : Concepts & Pratiques [20]**

Il s'agit d'un des ouvrages de référence de la discipline de médecine générale. Rédigé en 1996 par un groupe de médecins généralistes enseignants appartenant au CNGE, il est un premier corpus de connaissances. Il est constitué de deux parties : une première intitulée « concepts », relative aux principes de la médecine générale, et une seconde intitulée « pratiques », qui exposent les différentes pathologies au travers du regard du généraliste.

### **1.3- Médecine Générale : concepts, démarches, compétences [21]**

Rédigé par La Conférence Permanente de la Médecine Générale (CPMG) et paru dans la Revue du Praticien de Médecine Générale en 1997, cet article est d'une grande importance car il s'agit d'un des premiers travaux de réflexion sur ce qui fonde la spécificité de la discipline au niveau conceptuel et pas seulement en terme de compétences et fonctions du médecin généraliste.

La CPMG, créée en 1994 était une structure regroupant des membres de différentes sociétés savantes de médecine générale et visant à coordonner leurs actions et réflexions dans les domaines de la formation, de la recherche, des publications et des pratiques.

### **1.4- Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale [22]**

Cet ouvrage écrit en 1979 par le docteur R.N Braun résulte d'une observation méthodique de sa propre pratique de médecin généraliste pendant 25 ans. Il y fait le constat que la tâche du médecin généraliste n'est pas clairement définie et qu'elle ne consiste pas à appliquer ce que l'étudiant a appris à l'université auprès des professeurs de spécialité. Il questionne et approfondit entre autres les notions de symptôme, de diagnostic, de risque, de démarches diagnostiques, de relation avec les spécialistes.

Ce livre est un apport essentiel à la discipline, il critique de nombreuses idées reçues sur son exercice, issues de la formation hospitalière des médecins généralistes et développe de nombreux concepts propres à la médecine générale.

### **1.5- Le médecin, son malade et la maladie [23]**

Michael Balint (1896-1970), psychiatre anglais, s'est intéressé à la relation médecin-malade-maladie. Il constate que la relation entre malade et médecin est souvent insatisfaisante alors même que le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin. C'est ce qu'il nomme le "remède médecin".

Cet ouvrage est le fruit d'un grand travail, à la Tavistock Clinic, d'analyse de cas de relation médecin-malade au travers de groupes de discussion constitués de différents médecins généralistes et d'un animateur.

Ce travail a permis d'énoncer des concepts fondamentaux relatifs à cette relation médecin-malade et qui permettent une meilleure compréhension et appréhension de ce qui se joue au cours d'une consultation.

#### **1.6- *Médecine générale, abrégé de la collection Masson [24]***

Cet abrégé de médecine générale rédigé par le CNGE est le "successeur" de l'ouvrage Concepts et Pratiques de 1996. La publication de ce livre de médecine générale (1<sup>ère</sup> édition en 2003, révisée en 2009) au sein d'une collection d'abrégés où figurent les autres spécialités marque l'évolution de la place de la médecine générale et sa reconnaissance en tant que spécialité clinique et discipline. Plusieurs parties composent ce livre dont la première nous a plus particulièrement intéressés, car traitant du champ d'application de la médecine générale et donc de certains concepts.

#### **1.7- *Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier [25]***

Sous l'égide du CNGE en 2009, cet ouvrage aborde la médecine générale sous l'angle des compétences du médecin généraliste. De ce fait il concerne plus les tâches et fonctions de ce dernier que les principes théoriques de la discipline, même s'il existe incontestablement des liens entre fonctions et concepts.

#### **1.8- *Sociologie de la maladie et de la médecine [26]***

Ce livre, écrit par les sociologues P. Adam et C. Herzlich, donne un éclairage sur la médecine moderne et le statut du malade d'aujourd'hui au travers des évolutions historiques, culturelles et sociales. Ainsi sont abordées les maladies dans l'histoire des sociétés, l'émergence de la médecine moderne, les déterminants des états de santé, le modelage culturel de la maladie, la relation médecin-malade.

#### **1.9- *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale [2]***

Cet ouvrage récent dirigé par G. Bloy et F-X. Scheyer, est le fruit d'enquêtes sociologiques auprès des médecins généralistes.

Il constitue une photographie de ce qu'est la médecine générale aujourd'hui. Quatre grands thèmes y sont abordés : les médecins généralistes en France, les flous du métier, le patient et le système quand le généraliste cherche sa place dans un système en mutation et enfin les dynamiques et réformes de la médecine générale.

Ce n'est pas à proprement parler un livre énonçant des concepts de la discipline médecine générale mais il permet d'avoir une culture de la médecine libérale en France et un regard critique car extérieur sur les grandes problématiques actuelles que rencontre la profession.

### **1.10- Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale ? [27]**

Cet ouvrage réalisé sous l'égide de la SFMG en 2007, a pour intérêt d'être une compilation d'approches sociologiques et anthropologiques de la médecine générale, ayant pour référence les principaux ouvrages existant dans ce domaine. Il apporte un regard intéressant sur les modèles sociologiques de relation médecin malade, de maladie, du travail en coordination.

### **1.11- Chapitre « Médecine générale : le temps des redéfinitions » dans le livre *Quelle médecine voulons nous ?* [4]**

Ce chapitre, écrit par la sociologue I. Baszanger retrace l'histoire de la médecine avec l'apparition des spécialités et la question de la place de la médecine générale au sein du système de soins.

### **1.12- Pédagogie de la Relation Thérapeutique en Médecine Générale [28]**

Cet ouvrage est le fruit d'un travail collectif au sein de la Conférence Permanente de la Médecine Générale portant sur la relation thérapeutique en médecine générale et ayant un but pédagogique auprès des étudiants. Il est constitué de trois grandes parties : la première aborde les concepts théoriques issus des sciences humaines, la deuxième propose différentes méthodes de formation à la relation thérapeutique (groupe Balint, groupe de pairs, table ronde...), et la troisième est une introduction sur la communication et son enseignement.

### **1.13- *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain* [3]**

Cet ouvrage collectif publié en 1996 et dirigé par Eric Galam a été écrit en grande majorité par des médecins généralistes. Il est une sorte de succession de photographies et réflexions sur l'identité et l'exercice de la médecine générale à un moment où la profession peine à faire reconnaître sa place et sa légitimité face aux spécialités d'organes. On retrouve dans cet ouvrage, au gré des témoignages et interrogations de ces médecins, des concepts de médecine générale qui apparaissent ainsi dans leur réalité quotidienne.

## 2. Une première liste de concepts

A l'issue de la revue de la littérature nous avons élaboré une première liste de 32 concepts importants (tableau n°1).

**Tableau n°1 : Première liste de concepts théoriques**

1. Carré de White
2. Prise en charge globale
3. Médecine de premier recours
4. Loi de répartition régulière des cas
5. Le médecin généraliste, médecin de famille, l'omnipraticien, le médecin traitant
6. La confusion des langues
7. La fonction apostolique
8. La compagnie d'investissement mutuel
9. Les 3 espaces de la relation thérapeutique (*primaire, transitionnel, d'autonomie*)
10. Les 3 modèles de relation médecin-malade
11. Eléments psychanalytiques (*transfert, holding, régression*)
12. Communication (non verbale ; les mots du patient ; la communication contrariée)
13. Motif de consultation
14. "L'offre" du malade
15. Anamnèse : le diagnostic est fait
16. Modèle de maladie : biomédical versus holiste
17. Approche centrée sur le patient
18. Diagnostic de situation/ démarche OPE (*organe-personne-environnement*)
19. Démarche diagnostique probabiliste
20. Raisonnement par fréquence des maladies
21. Incertitude diagnostique et certitude clinique
22. Position diagnostique, niveau de certitude (*A, B, C, D*)
23. Notion diagnostic étiologique critique (*risque*)
24. Démarche diagnostique et décisionnelle (*sablier*)
25. Diachronie/synchronie – épisode de soin
26. Déterminants patient/ médecin... notion de sémiotique... normes intimes
27. Espace de liberté décisionnelle
28. Passage à l'acte immédiat
29. Notion de "remède-médecin" / "réponse" du médecin à "l'offre" du malade
30. Gestion des polyopathologies
31. La collusion de l'anonymat
32. Différents modes de travail en coordination

### **3. Rencontre d'experts et soumission de la liste à des généralistes**

Notre objectif était de soumettre cette première liste à la critique de différents médecins généralistes dont des médecins impliqués dans la promotion, l'enseignement, la recherche en médecine générale. Nous souhaitons ainsi que soit critiquée la pertinence des concepts que nous leur proposons et de faire remonter des concepts supplémentaires qui nous auraient échappés en première lecture.

#### **3.1- Enquête par courriel auprès de médecins généralistes**

La première liste de concepts a été adressée à une vingtaine de médecins généralistes, avec un message expliquant ce que nous attendions d'eux (tableau n°II).

Cinq médecins généralistes ont répondu, proposant 14 items en plus et faisant des commentaires sur ceux déjà proposés.

#### **Tableau n°II : Message adressé par courriel aux médecins**

Bonjour,  
Interne de médecine générale, je travaille actuellement ma thèse qui porte sur les principaux concepts utilisés en médecine générale dans la pratique courante.  
Cette thèse a pour but de répertorier ces concepts souvent connus, mais de les regrouper afin de montrer comment très concrètement ils sont utilisés dans le quotidien de l'exercice de la médecine générale et font d'elle une discipline singulière.  
Ci-joint vous trouverez un fichier avec une première liste. Nous aurions besoin de votre regard sur cette liste pour éventuellement les commenter et ajouter ceux qui vous semblent essentiels et qui ne font pas partie de cette première liste.  
Concrètement, vous pouvez, si vous le souhaitez, noter des commentaires sous chaque concept.  
A la fin de la liste, nous vous invitons à noter deux ou trois concepts supplémentaires (plus si vous le jugez utile).  
Je vous remercie par avance pour l'attention que vous porterez à cette demande et vous certifie que vous aurez un retour de ce travail.  
Bien cordialement,  
Marie-Alice Margnat-Bousquet, Interne de médecine générale, TCEM 3

#### **3.2- Rencontre avec des leaders généralistes**

Parallèlement à l'interrogation de confrères par mail, nous avons rencontré directement, lors d'entretiens individuels, 7 généralistes leaders dans leur profession. Tous sont experts des sociétés savantes de la discipline. Nous avons pu ainsi rencontrer les principales structures influentes dans la profession : le Collège de la Médecine Générale (CMG), le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), la Société Française de Médecine Générale (SFMG), la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), la Société Balint et le Groupe Repère.

Le Collège de la Médecine Générale a été créé en juin 2010 lors du traditionnel congrès annuel de recherche en médecine générale à Nice. Ce n'est pas une société à proprement

parler mais un regroupement de structures. Le collège a pour mission de faciliter la représentation de la médecine générale auprès des différents acteurs de la santé et la promotion de la qualité de l'exercice professionnel de la médecine générale.

Il est organisé en trois composantes : une professionnelle composée des membres qui ont une activité dans le champ syndical et professionnel, une scientifique composée des membres qui ont une activité dans le champ scientifique, et une académique composée des membres qui ont une activité dans l'université et l'enseignement médical initial.

Il regroupe tous les syndicats professionnels (UNOF (Union Nationale des Omnipraticiens Français), SML (Syndicat des Médecins Libéraux), FMF (Fédération des Médecins de France), MG France), les sociétés scientifiques (CNGE, SFMG, SFDRMG (Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale), SFTG) et des associations (Balint, MGForm...).

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) est une société scientifique, émanation des collèges régionaux de généralistes enseignants, qui regroupe les médecins spécialistes en médecine générale exerçant des activités d'enseignement dans leur discipline. Il a comme objectif de représenter la médecine générale universitaire (enseignement, soins et recherche) dans les instances nationales et internationales.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), fondée dès 1973, est une société savante de médecine générale. Elle s'attache à développer des travaux de recherche scientifique avec de nombreux partenaires institutionnels (INSERM, HAS, IRDES...) et à explorer le champ théorique de la discipline.

La Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG), est une autre société savante de médecine générale, fondée en 1977. Elle a pour objectif principal la formation continue du généraliste en matière de thérapeutique et l'amélioration de la qualité des pratiques des professionnels, dans le maintien d'une indépendance totale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de toute structure syndicale, universitaire ou commerciale. Elle effectue également un travail autour de la place des sciences humaines en médecine générale.

La Société Médicale Balint (SMB), créée en 1966 suite aux travaux du psychanalyste anglais Michael Balint, a pour objectif d'assurer et de faire connaître la formation à la relation médecin-malade (ou plus généralement soignant-soigné) au travers de formations, mais surtout des groupes Balint. Le groupe Balint est une méthode de formation-recherche qui

propose à des soignants de réfléchir autour des difficultés qu'ils rencontrent dans la relation soignant-soigné à partir d'un cas rapporté par un des membres du groupe.

Le Groupe Repères a été créé en 1990. C'est une association de formation médicale continue et de recherche, spécialisée dans les aspects relationnels et humains de la pratique médicale (compétence humaine du médecin, difficultés à exercer ce métier, burn-out, erreur médicale...).

Nous avons pu rencontrer sept généralistes experts de ces structures entre mars et juillet 2012. Nous les présentons par ordre chronologique de rencontre.

Le Docteur Antoine de Beco a été rencontré le 7 mars. C'est le président actuel de la SFTG. Il est investi au niveau de la faculté de médecine générale Pierre et Marie Curie (Paris 6) où il dispense des cours et est tuteur.

Le Docteur Jean-Luc Gallais a été rencontré le 9 mars. Médecin généraliste et de santé publique, il est directeur du conseil scientifique de la SFMG et responsable du conseil Perspectives et Evaluations professionnelles. Il a également été membre du Haut Conseil de santé publique dans le groupe Diabètes, prévention, dispositifs de soins, prévention.

Le Docteur Pascal Clerc a été rencontré le 27 mars. Il a été Président de la SFMG de 1997 à 2000, et est maintenant directeur de l'Unité Etudes, Recherches et Publications, qui a pour but d'aider à la préparation des projets et de coordonner les différentes équipes travaillant sur les projets de recherche. Il a été chercheur associé à l'Inserm.

Le Docteur Marie-Anne Puel a été rencontrée le 12 avril. Elle est membre de la Société Médicale Balint et rédacteur en chef des bulletins de la SMB. Elle a participé à la traduction du livre "Ca va Docteur ?" sur les défenses du médecin généraliste. Elle est chargée d'enseignement à la faculté de médecine générale de l'université Paris-Diderot (Paris 7).

Le Professeur Pierre-Louis Druais a été rencontré le 12 mai. Il est président d'honneur du CNGE et président du Collège de la Médecine Générale depuis sa création. Il enseigne à la faculté de Paris Ile-de-France Ouest (PIFO).

Le Professeur Eric Galam a été rencontré le 11 juin. Il a fondé le groupe Repères en 1990 et a écrit de nombreux livres et articles. Il est aussi médecin coordonnateur de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux. Il a été président du comité scientifique du

congrès annuel de recherche en médecine générale en 2010. Il est professeur associé de médecine générale à la faculté de médecine générale de Paris Diderot (Paris 7).

Le Professeur Anne-Marie Magnier a été rencontrée le 10 juillet. Elle est professeur de médecine générale, coordinatrice du département de médecine générale de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris 6). Elle a été vice présidente de la SFTG en 2007. Elle a notamment participé à l'ouvrage *Pédagogie de la Relation thérapeutique*.

#### **4. Vers une deuxième liste**

L'éclairage de la première liste de concepts issus de la revue de littérature par le regard des experts a permis en premier lieu de s'assurer de la légitimité de ce travail et de la pertinence des premiers éléments théoriques retenus. En effet, un seul expert s'est questionné sur l'intérêt et la nouveauté que constituerait ce travail. Les autres ont bien accueilli le projet, comme s'ils avaient conscience d'un besoin de synthèse, et admettaient qu'un répertoire était un plus pour la discipline.

Certains items proposés dans la première liste ont été discutés mais aucun n'a été rejeté. Les questions posées nous ont amené à retravailler ces concepts, à les éclaircir et à les reformuler parfois.

Beaucoup d'autres items ont été proposés soit lors des entretiens, soit par mails. Après coup, nous nous sommes aperçu que notre compréhension de certains items notés lors des entretiens était limitée, et n'avons pas toujours retrouvé les références bibliographiques permettant de justifier la légitimité de ces concepts.

Après cette consultation de différents médecins généralistes et poursuite des lectures de façon plus approfondie, une nouvelle la liste suivante de 76 items a été établie préalablement à tout tri et rangement (Tableau n°I II).

**Tableau n°III : Seconde liste de concepts théoriques**

- 1 Carré de White
- 2 Prise en charge globale
- 3 Médecine de premier recours - soins primaires
- 4 Loi de répartition régulière des cas
- 5 Le médecin généraliste, médecin de famille, l'omnipraticien, le médecin traitant
- 6 La confusion des langues
- 7 La fonction apostolique
- 8 La compagne d'investissement mutuel
- 9 Les 3 espaces de la relation thérapeutique (primaire, transitionnel, d'autonomie)



- 10 Modèles sociologiques historiques de relation médecin-malade
- 11 Eléments psychanalytiques (transfert, holding, régression)
- 12 Communication (non verbale ; les mots du patient ; la communication contrariée)
- 13 Motif de consultation
- 14 "L'offre" du malade
- 15 Anamnèse : le diagnostic est fait !
- 16 Modèle de maladie : biomédical versus holiste
- 17 Approche centrée sur le patient
- 18 Diagnostic de situation/ démarche OPE (organe-personne-environnement)
- 19 Démarche diagnostique probabiliste
- 20 Raisonnement par fréquence des maladies
- 21 Incertitude diagnostique et certitude clinique
- 22 Position diagnostique, niveau de certitude (*A, B, C, D*)
- 23 Diagnostic étiologique critique
- 24 Démarche diagnostique et décisionnelle / probabiliste et systémique
- 25 Diachronie / synchronie – épisode de soin
- 26 Déterminants patient / médecin, normes intimes
- 27 Espace de liberté décisionnelle
- 28 Passage à l'acte immédiat ou décision différée
- 29 Notion de "remède-médecin" / "réponse" du médecin à "l'offre" du malade
- 30 Gestion des polyopathologies
- 31 La collusion d'anonymat
- 32 Différents modes de travail en coordination
- 33 Relation transférentielle non interprétée
- 34 Relation d'agence avec asymétrie de l'information
- 35 Première hypothèse
- 36 EBM (Evidence-Based Medicine)
- 37 Continuité des soins
- 38 Médecin généraliste, acteur de santé publique
- 39 Représentations du patient / Représentations sociologiques
- 40 Prescriptions non médicamenteuses
- 41 Médecin généraliste, enseignant, chercheur
- 42 Inertie thérapeutique
- 43 Décision médicale partagée
- 44 Entretien motivationnel
- 45 Clivage vision métier-discipline
- 46 Symptôme (Braun/ Balint), sémiotique
- 47 Espace conversationnel étendu
- 48 Modèle d'identification positif
- 49 Médecin traitant : désignation (épreuve qualifiante)
- 50 Relation prolongée dans le temps
- 51 Exercice dans un lieu particulier
- 52 Demande écran
- 53 Répétition du symptôme/ répétition d'une situation ouverte
- 54 Notion de systémique
- 55 Prévention quaternaire
- 56 Triangle dramatique de Karpman
- 57 Education thérapeutique
- 58 Non soumission à l'autorité
- 59 Raisonnement par reconnaissance de forme / démarche hypothético-déductive
- 60 Raisonnement inductif et déductif

- 61 Intervention au stade précoce et non différencié des maladies
- 62 Histoire commune, histoire partagée
- 63 Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques
- 64 Concept de maladies sans médecin
- 65 Concept de tableaux typiques dangereux
- 66 Démarche diagnostique praticienne = 3 sortes de démarches
- 67 Cas ancien / cas nouveau
- 68 Notion de conduite diagnostique parallèle (l'anamnèse se prolonge)
- 69 Identité professionnelle
- 70 Permanence des soins
- 71 Notion d'implication professionnelle
- 72 Réponse à une grande majorité de besoins individuels
- 73 Orientation vers la normalité en soins primaires
- 74 Décision en contexte d'incertitude
- 75 Pérennité injustifiée de la relation professeur-élève
- 76 Les routines diagnostiques, les situations revenant régulièrement

## 5. Critère d'exclusion

Nous avons secondairement repris chacun des 76 items pour les critiquer, les justifier et vérifier qu'il s'agissait bien d'éléments conceptuels théoriques.

Pour respecter notre objectif initial, nous avons séparé les éléments qui relèvent effectivement des concepts théoriques de la discipline de ceux qui concernent le métier ou la fonction du médecin généraliste. Ce sont ces derniers que nous avons exclus (par exemple : médecin enseignant chercheur, qui est de l'ordre de la fonction).

Dix items ont ainsi été exclus de la seconde liste (tableau n°IV).

**Tableau n°IV : Les items exclus de la seconde liste**

- 5 Le médecin généraliste, médecin de famille, l'omnipraticien, le médecin traitant
- 38 Médecin généraliste acteur de santé publique
- 41 Médecin généraliste enseignant, chercheur
- 45 Clivage vision métier-discipline
- 47 Espace conversationnel étendu
- 48 Modèle d'identification positif
- 49 Médecin traitant : désignation (épreuve qualifiante)
- 69 Identité professionnelle
- 70 Permanence des soins
- 71 Notion d'implication professionnelle

## 6. Regroupement des concepts

Nous avons ensuite repris les items en cherchant les liens possibles existant entre eux. Ainsi il s'est avéré que certains étaient très proches et correspondaient en réalité au même

concept, décrit sous un angle d'approche différent. Nous les avons alors regroupés et leur avons donné l'appellation qui nous a semblé la plus pertinente.

Nous avons enfin classé les concepts retenus en grands chapitres. En effet nous avons constaté que certains items concernent un même aspect de la discipline (par exemple la relation médecin-malade) et qu'il était donc pertinent de les classer dans le même groupe de concepts.

## **7. Elaboration d'une fiche par concept**

Une fois la sélection et le rangement des concepts en chapitres terminés, nous avons choisi de décrire chaque concept sous la forme d'une fiche.

Chaque fiche porte le nom du concept (nom donné parfois de façon arbitraire en choisissant un intitulé nous paraissant le plus parlant) et est numérotée par ordre d'apparition dans ce travail. Ensuite une explication théorique du concept est donnée, suivie d'éléments de discussion sur le concept lui-même. Puis une illustration par un cas clinique est proposée, qui permet de prendre conscience de l'importance que constitue le concept dans la pratique quotidienne. La fiche se termine par la proposition de quelques références bibliographiques pour le lecteur souhaitant aller plus loin.

Les liens entre différents concepts étant fréquents, si un autre concept traité ailleurs est nommé dans une fiche, le lecteur est invité à retrouver la fiche détaillée de ce concept par l'expression : (voir fiche n°X : titre de la fiche) . Un sommaire des fiches se trouve à la fin du manuscrit permettant de retrouver plus facilement la fiche recherchée.

## RESULTATS

Cette étude nous a permis de répertorier les concepts théoriques indispensables pour la pratique de la médecine générale. Nous avons élaboré une liste définitive en plusieurs étapes. Une première liste avait été établie à l'issue d'une revue de la littérature, puis une seconde liste correspondait aux concepts retenus après prise en compte du point de vue de généralistes et de leaders de la discipline. Enfin une troisième liste, définitive, a été conçue à l'issue d'un travail critique et de regroupement.

Nous avons choisi de présenter ces concepts sous forme de fiches, classées et organisées en fonction du domaine auquel elles se rapportent. Certains concepts ont été regroupés car ils correspondent à des angles de vue différents d'une même réalité.

Tous les concepts proposés ne sont pas spécifiques à la médecine générale : certains peuvent concerner d'autres disciplines médicales et non médicales. Mais nous avons jugé qu'ils restent cependant indispensables à connaître pour une bonne pratique de la médecine générale.

Les concepts ont été regroupés et classés au sein de quatre chapitres : le premier regroupe les éléments caractéristiques de l'exercice de la discipline, le second concerne la relation du médecin avec le patient, le troisième explicite les notions propres à la démarche diagnostique et le dernier rassemble les concepts touchant à la démarche décisionnelle.

### 1. Proposition de classement des concepts en chapitres

#### Caractéristiques particulières de l'exercice de la médecine générale

##### **L'épidémiologie**

- Le carré de White [inclus : le concept de maladies sans médecin]
- La loi de répartition régulière des cas

##### **La médecine de premier recours**

- Les soins primaires [inclus : une réponse à une grande majorité de besoins individuels]
- Intervention au stade précoce et non différencié des maladies

##### **L'accompagnement dans le temps**

- La continuité des soins
- Diachronie, synchronie, épisode de soin
- Histoire commune, histoire partagée

### **Une prise en charge globale**

- Modèle biomédical versus holiste [inclus : l'approche centrée sur le patient (ACP)]
- Approche systémique [inclus : le triangle dramatique de Karpman]
- Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM
- Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques

### **Le médecin généraliste et les autres acteurs de santé**

- Le travail en coordination
- La collusion de l'anonymat
- La soumission à l'autorité [inclus : la pérennité injustifiée de la relation professeur-élève]

## **Relation médecin-malade**

- La compagnie d'investissement mutuel [inclus : relation d'agence avec asymétrie de l'information et notion de légitimité du profane]
- Patient, client, partenaire : Trois approches de la relation médecin-malade [inclus : Les modèles sociologiques et les modèles historiques de relation médecin-malade, les trois espaces de la relation thérapeutique]
- La fonction apostolique
- Eléments de communication
- La confusion des langues
- Eléments psychanalytiques (*transfert, holding, régression*) [inclus : relation transférentielle non interprétée]

## **Démarche diagnostique**

### **Au sujet du motif de consultation**

- L'offre du malade [inclus : motif de consultation / demande écran / syndrome du pas de la porte]
- De la sémiologie à la sémiotique [inclus : déterminants sociologiques, déterminants du patient]
- Le symptôme : mythes et réalités

### **Au sujet de l'examen clinique**

- L'anamnèse avant tout [inclus : notion de première hypothèse / notion de conduite diagnostique parallèle]
- L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel [inclus : démarche diagnostique praticienne = 3 sortes de démarches]

### **Au sujet du raisonnement diagnostique**

- Modes de raisonnement diagnostique [inclus : Raisonnement par fréquence des maladies, démarche diagnostique probabiliste, démarche hypothético-déductive, raisonnement par reconnaissance de forme, concept de tableaux typiques dangereux]
- Le diagnostic : une difficulté surmontable [inclus : position diagnostique, niveau de certitude]
- Cas nouveau, cas persistant [inclus : répétition du symptôme, répétition d'une situation ouverte]
- Gestion du risque : diagnostic étiologique critique
- Sablier de la démarche médicale

## Démarche décisionnelle

### **Au sujet de la prise de décision**

- Apprivoiser l'inévitable incertitude
- Eléments de la démarche décisionnelle
- Espace de liberté décisionnelle [inclus : Déterminants patient/ médecin... normes intimes, représentations du patient, représentations sociologiques]
- Décision médicale partagée
- Passage à l'acte ou décision différée [inclus : la roue du changement, entretien motivationnel]

### **Au sujet du traitement**

- Prescrire, ordonner
- Gestion des polyopathologies
- L'inertie thérapeutique
- L'éducation thérapeutique
- Prévention quaternaire [inclus : orientation vers la normalité en soins primaires]
- Remède médecin, effet médecin

## 2. Liste des fiches de concepts

Fiche n°1 : Le carré de White

Fiche n°2 : La loi de répartition régulière des cas

Fiche n°3 : Les soins primaires

Fiche n°4 : Intervention au stade précoce et non différencié des maladies

Fiche n°5 : La continuité des soins

Fiche n°6 : Diachronie, synchronie, épisode de soin

Fiche n°7 : Histoire commune, histoire partagée

Fiche n°8 : Modèle biomédical versus holiste

Fiche n°9 : Approche systémique

Fiche n°10 : Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM

Fiche n°11 : Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques

Fiche n°12 : Le travail en coordination

Fiche n°13 : La collusion de l'anonymat

Fiche n°14 : La soumission à l'autorité

Fiche n°15 : La compagnie d'investissement mutuel

Fiche n°16 : Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade

Fiche n°17 : La fonction apostolique

Fiche n°18 : Eléments de communication

Fiche n°19 : La confusion des langues

Fiche n°20 : Eléments psychanalytiques

Fiche n°21 : L'offre du malade

Fiche n°22 : De la sémiologie à la sémiotique

Fiche n°23 : Le symptôme : mythes et réalités

Fiche n°24 : L'anamnèse avant tout

Fiche n°25 : L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel

Fiche n°26 : Modes de raisonnement diagnostique

Fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable

Fiche n°28 : Cas nouveau, cas persistant

Fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique

Fiche n°30 : Le sablier de la démarche médicale

Fiche n°31 : Apprivoiser l'inévitable incertitude

Fiche n°32 : Eléments de la démarche décisionnelle

Fiche n°33 : Espace de liberté décisionnelle

Fiche n°34 : Décision médicale partagée

Fiche n°35 : Passage à l'acte ou décision différée

Fiche n°36 : Prescrire, ordonner

Fiche n°37 : Gestion des polyopathologies

Fiche n°38 : L'inertie thérapeutique

Fiche n°39 : L'éducation thérapeutique

Fiche n°40 : Prévention quaternaire

Fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin

### **3. Présentation des 41 fiches de concepts**

(voir pages suivantes)



## Fiche n°1

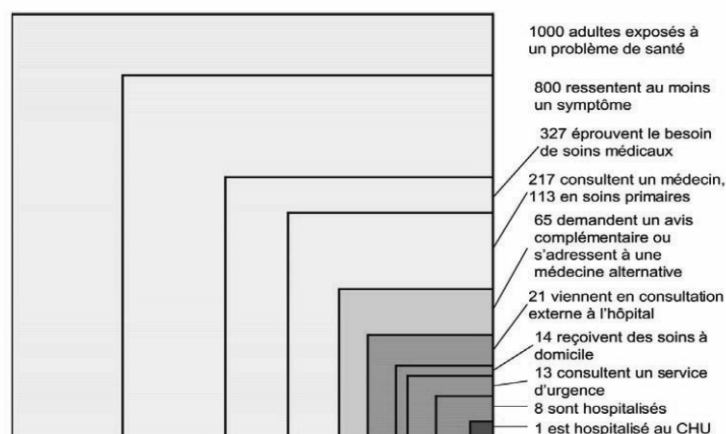
### LE CARRE DE WHITE

Il s'agit d'une figure issue de travaux réalisés par White, Williams et Greenberg (figure n°1) et publiés en 1961 dans un article intitulé « Ecology of Medical care ». Le carré de White illustre la réalité suivante : aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, au cours d'un mois, sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin, et une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire. Dans cet article, White interroge donc à la fois les travaux de recherche, mais aussi la formation médicale des étudiants en médecine générale, réalisée au sein d'un centre universitaire [29,30].



Figure n°1 : Illustration du carré de White [31]

Quarante ans après, ces travaux ont été repris et affinés en 2001 par Green (figure n°2) , qui met en évidence quelques variations par rapport aux données de White, sans pour autant contredire l'idée première du carré de White [32].



**Figure n°2 : Le carré de White revu par Green [31]**

Ces 500 personnes (750 ressentant un trouble de santé moins 250 consultant un médecin) (figure n°1) déclarant une maladie et ne consultant pas de médecin correspondent à ce que Braun appelle le concept de maladies sans médecin. Il considérait à partir des travaux de Horder [33] que les médecins ne voient qu'un quart de l'ensemble des maladies et donc que tous les troubles de santé ne leur parviennent pas. Ainsi, le médecin doit pratiquer une sélection rigoureuse de problèmes de consultation car "chaque patient présente, pour peu que nous nous en occupions, des troubles et des signes de maladies variés en dehors du motif de consultation." [22]

### Discussion

Le carré de White donne à comprendre une réalité bien utile en médecine générale. La prise en charge en contexte de soins primaires sera nécessairement différente de celle réalisée dans un centre hospitalier universitaire car les patients ne sont pas les mêmes. Ainsi, la probabilité en soins primaires d'un risque de complication grave est en général faible, mais non nulle. Cette probabilité est bien supérieure lorsque le patient est hospitalisé. Ce modèle "d'écologie des soins de santé" révélé par White aide à prendre conscience que les démarches médicales du généraliste et de l'hospitalier sont différentes et inversées. La démarche diagnostique de l'hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du généraliste, qui est en amont, dans le Carré de White, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Ainsi l'hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche du "mouton à 5 pattes", quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste.

Nous avons aussi fait le choix d'inclure dans cette fiche un concept qui est éclairé par les travaux de White, celui de "maladies sans médecin". Il peut être en effet utile au praticien de savoir qu'un certain nombre de personnes ressentent des troubles de santé sans

nécessairement faire appel au médecin. En interrogeant de façon appliquée un patient lors d'une consultation il peut donc apparaître des plaintes et symptômes en sus, qu'il faudra éventuellement surveiller sans obligatoirement les médicaliser.

#### Illustration clinique

Madame B âgée de 37 ans vient en consultation vers 18 heures en sortant du travail. Elle a téléphoné la veille. Elle a mal à l'estomac dit-elle depuis quelques jours. Elle est inquiète. Cette patiente est connue du cabinet, mais c'est surtout pour ses deux enfants qu'elle consulte habituellement. Sans entrer dans les détails de la démarche, on perçoit que le généraliste devra évoquer les causes possibles de cette épigastralgie. S'agit-il d'un ulcère, d'un infarctus du myocarde... ou d'angoisse ? Il devra naturellement penser aux risques immédiats les plus graves. Mais afin d'éviter des errements dommageables, il devra tout autant évoquer les causes les plus fréquentes, ici l'angoisse liée à des difficultés professionnelles. On comprend aisément que si les troubles perdurent, nos confrères hospitaliers, afin d'éviter eux aussi des errements dommageables, seront amenés à privilégier un ulcère, une coronaropathie ou une pancréatite...

Un article paru dans la presse médicale (sans comité de lecture) il y a quelques années soulignait la fréquence du "pied du diabétique" qui était estimée à plus de 10% des malades, avec un fort taux d'amputation, alors que l'analyse de données épidémiologiques en médecine générale en retrouvait moins de 1%. Pour comprendre cette différence d'appréciation, il suffit de se référer au Carré de White. Ainsi le tableau clinique, l'évolution et les complications d'une pathologie diffèrent légèrement en fonction de la population de malades étudiée.

#### Pour aller plus loin

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961 ; 265 : 885-92.

Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liege 2006 ; 61 : 5-6 : 277-284.

## Fiche n°2

### **LA LOI DE REPARTITION REGULIERE DES CAS**

La loi de répartition régulière des cas est un concept énoncé par R. N. Braun en 1955 et issu de l'analyse de son expérience personnelle [22].

Praticien généraliste entre 1944 et 1984, il exerça d'abord à Marbourg en Allemagne, où sa pratique fut semi-urbaine, puis à Wiener-Neustadt, petite ville à population ouvrière, et enfin à Brünn, en Basse-Autriche dans un milieu rural. Il réalisa une étude statistique sur ses dix premières années de pratique portant sur les pathologies qu'il avait rencontrées dans ces trois lieux d'exercice successifs. Afin de rendre ses résultats comparables dans le temps, il prit le soin de toujours nommer ses diagnostics de façon identique (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable). Ses résultats ont mis en évidence une prévalence annuelle des diagnostics sensiblement similaire d'une année sur l'autre, mais aussi d'un lieu d'exercice à un autre. La comparaison de ces données avec celles de travaux britanniques a montré des taux de prévalence annuelle tout à fait cohérents avec ses propres données.

Braun en concluait que, pour peu que la démarche diagnostique du praticien aboutisse à un codage stable de ses diagnostics, on met en évidence qu'il existe en médecine générale un ensemble d'entités morbides de fréquence régulière. C'est ce qu'il nomma " la loi de répartition régulière des cas " et qu'il traduit par : " des groupes humains qui ne vivent pas dans des conditions climatiques, sociales ou autres très différentes sont soumis au facteur trouble de la santé avec des résultats semblables dans la majorité des cas " [22].

#### Discussion

La loi de répartition régulière des cas ou fréquence régulière d'entités morbides identifiables a été vérifiée à plusieurs reprises, par Landolt-Theus [34] et Andral [35] et actuellement régulièrement par le réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale [36].

La loi de répartition régulière des cas est le contraire de la "loi des séries" qui fait que le praticien voit deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant les deux années suivantes. C'est pourquoi elle ne se vérifie que sur une période suffisamment longue, d'au moins 3 ans. Tout praticien exerçant la médecine générale, sous la même latitude, doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 situations cliniques, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière. Les moins fréquentes seront observées en moyenne au moins une fois par an sur trois ans. Cela ne doit cependant pas empêcher le praticien généraliste de connaître les signes des maladies, certes rares en médecine de ville, mais potentiellement graves.

Cette loi enrichit le concept du carré de White. Elle nous fait prendre conscience que le généraliste ne rencontrera pas toutes les maladies au cours de sa carrière et que la fréquence ou répartition régulière des états morbides n'est pas la même en médecine générale qu'à l'hôpital, d'où un mode de raisonnement différent et la nécessité d'un enseignement particulier des futurs médecins généralistes.

Cette loi sous-entend la nécessité de bien dénommer les entités pathologiques. Ce problème de langage commun a été identifié de longue date. Une démonstration exemplaire a été faite en 1952 par le Logan au Royaume Uni [37]. Il a démontré que l'absence de définition de certains états morbides (rhinopharyngite...) entraînait une grande disparité de fréquence de survenue entre les médecins, alors que celle-ci n'existait pas pour des entités nosologiques précises (diabète, asthme....). Or, ces médecins exerçaient dans la même ville, avaient le même type de clientèle et avaient effectué leurs relevés à la même période. Les psychiatres américains ont, de leur côté, créé la DSM, pour permettre les échanges entre praticiens. Spitzer déclarait alors : " Il est nécessaire que cliniciens et chercheurs disposent d'un langage commun pour parler des troubles vis-à-vis desquels ils ont une responsabilité professionnelle " [38]. En montrant qu'il existe des états morbides suffisamment spécifiques pour être identifiables, la loi de répartition des cas nous aide à comprendre cette nécessité de les définir.

### Illustration

C'est l'histoire d'un jeune couple de médecins qui venait de visser sa plaque en Médecine Générale. Elle décida qu'elle privilégierait la pédiatrie et la gynécologie, pendant que lui ferait plutôt de la cardiologie. Après quelques années d'exercice, elle suivait certes plus de femmes que son associé et mari, mais elle s'aperçut qu'elle faisait de la médecine générale. Ceci s'explique par la loi de répartition régulière des cas. La répartition des cas peut être très légèrement influencée par les préférences ou compétences particulières du médecin (exercice de la gynécologie, aptitude à la psychothérapie...) sous forme d'une majoration de certains états morbides, mais cela ne change pas de façon significative la distribution globale des cas.

### Pour aller plus loin

Braun RN. *Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot, 1979 : 512 p. (p 24-27).

## Fiche n°3

### LES SOINS PRIMAIRES

Le terme de soins primaires est une adaptation française du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960.

A Alma-Ata en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays." [39] Le texte précise que les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et qu'ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Il souligne aussi leur rapport positif coût/efficacité.

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'American Institute of Medicine : "les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté." [40]

Trente ans après la conférence d'Alma-Ata, un article apparu dans le Lancet confirmait l'amélioration de la santé des populations des pays où un système de soins primaires avait été mis en place [41].

Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations ; ce que la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians) définit par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels [1].

Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires. [42] Ce sont les notions anglo-saxonnes de Gate keeper et Manager care qui traduisent les rôles de régulateur du système de santé et coordinateur des soins.

Il est communément retenu trois modèles types de soins primaires [43] :

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne, Finlande, Suède) ;
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande) ;
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada, France).

La France en 2009 a voté une loi définissant les missions du médecin généraliste dans le Code de santé publique. Celles-ci sont : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Les médecins généralistes devront aussi "orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins" [12].

### Discussion

La notion de soins primaires semble bien devoir être considérée comme un concept théorique, probablement plus que celle de premier recours. La seconde, souvent utilisée en France, est une expression plus limitée, mais opérationnelle dans une perspective d'organisation du système de soins. En pratique, les deux expressions semblent quasi synonymes. La notion de soins primaire serait plus centrée sur le malade et la maladie, comprenant diagnostic médical, traitement et suivi. L'idée de premier recours aurait tendance à restreindre la notion de "primary care" aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires, comprenant les notions d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins, en lien avec les autres acteurs.

Dans son rapport sur la recherche en médecine générale, Gérard de Pouvourville note que les soins primaires portent sur "l'ensemble des services de santé de première ligne : médecine générale, mais aussi autres spécialités médicales de premier recours (ex : la pédiatrie de ville), les soins dentaires, les troubles de la vue (les optométristes non médecins dans les pays anglo-saxons), les soins infirmiers, kinésithérapie, les intervenants du champ médico-social, etc."

Par ailleurs, le médecin généraliste n'est pas obligatoirement le premier contact du patient avec le système de soins. Dans le cas d'un infarctus du myocarde ou d'un polytraumatisé, le SAMU sera l'offre de soins la plus adaptée.

On sait bien aussi que le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à celui de tri et d'orientation dans le système. Ce serait méconnaître le Carré de White.

Les conséquences concrètes de cette notion de soins primaires sur l'exercice de la médecine générale sont nombreuses (et seront pour la plupart abordées dans des fiches ultérieures) :

- Elle s'exerce au sein de la cité, proche du lieu de vie du patient, et de sa famille ;
- Elle sous-entend le suivi dans le temps ;
- Etant la porte d'entrée dans le système de soins, le médecin est appelé à intervenir au stade précoce et non différencié des maladies ;

- Il aura également à gérer simultanément plusieurs problèmes de santé, aigus et chroniques ;
- Enfin, le médecin a un rôle de coordination qui s'exerce de différentes manières selon les intervenants sollicités.

La France, de par l'absence de véritable organisation de son système de santé, est longtemps restée ambiguë sur cette notion de soins primaires. En 2008, un rapport d'information déposé par une commission parlementaire sur l'égal accès de tous aux soins, soulignait qu'il n'existe pas de définition juridique des soins primaires, ni de la médecine générale. Les choses ont avancé depuis la loi de 2009, en mettant l'accent sur le médecin de premier recours.

#### Pour aller plus loin

Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>

Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé n°141 - Avril 2009.



## Fiche n°4

### **INTERVENTION AU STADE PRECOCE ET NON DIFFERENCIE DES MALADIES**

Parce que le médecin généraliste est souvent la première personne du système de soins à entrer en contact avec le patient, il est contraint d'agir "à un stade précoce et non différencié des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide" [1]. Or, en soins primaires, l'incidence et la prévalence des maladies est faible et les symptômes n'y sont pas toujours synonymes de maladies [44].

La WONCA ajoute que "même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, [...] les signes initiaux sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies". Braun explique qu'en effet, le médecin généraliste n'aboutit que rarement à un diagnostic et doit donc agir en "situation non élucidée" [22].

La WONCA en conclut que dans de telles circonstances la gestion du risque diagnostique est un élément clef de la discipline.

#### Discussion

Ce concept est primordial pour comprendre la démarche du médecin généraliste. En effet, il permet de percevoir que le praticien ne peut que très rarement, au moment de la consultation, poser un diagnostic de maladie avec certitude, et devra, le plus souvent, se contenter de tableaux cliniques au stade de symptôme ou syndrome (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable).

Cette notion implique que le médecin devra prendre ses décisions en contexte d'incertitude de diagnostic. Les mêmes symptômes peuvent être le signe d'une pathologie tout à fait bénigne comme le mode de révélation d'une pathologie plus grave (voir fiches n°29 : Gestion du risque : diagnostic étiologique critique, et n°31 : Apprivoiser l'inévitable incertitude). Il s'agit bien d'une difficulté de son exercice, car pendant toute la période de résolution du problème, il doit rester vigilant et tenir compte de la possibilité d'une évolution grave. Celle-ci est certes faible, mais pas nulle.

Mais ce serait une erreur de penser que tout tableau clinique est le stade précoce d'une maladie en cours d'évolution. La plupart des états morbides vus par le médecin généraliste n'évoluent pas et "s'éteignent" avec le temps. On perçoit alors que le temps est pour lui un élément capital, dont il va souvent se servir face à ces situations non élucidées.

La difficulté principale est donc de tenir compte des éventuels risques graves, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation qui serait inutile, anxiogène et coûteuse.

### Illustration

Louis âgé de 18 mois est amené en consultation par sa mère pour une fièvre évoluant depuis 48 heures. Sa maman rapporte qu'il reste relativement en forme mais qu'il ne mange pas beaucoup. L'anamnèse et l'examen clinique ne révèlent aucun foyer infectieux précis. La température est de 39°C.

Au moment de faire la synthèse clinique, force est de constater que nous sommes devant un enfant fébrile et légèrement asthénique, symptômes bien peu caractéristiques. Il se peut que le tableau se complète dans les jours suivants et rende alors un diagnostic de maladie possible. Il se peut aussi que tout rentre dans l'ordre en quelques jours. Cependant le médecin est appelé à prendre une décision le jour de la consultation en tenant compte des risques graves possibles. Cette fièvre est-elle la manifestation précoce d'une infection sévère ?

La décision pourra être différente d'un médecin à l'autre et fonction du contexte psychosocial du patient (voir fiche n°33 : Espace de liberté décisionnelle). Le médecin pourra simplement attendre, ou programmer une réévaluation à 24H, faire ou non d'emblée des examens biologiques, voire prendre un avis spécialisé.

### Pour aller plus loin

Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. J Clin Psychiatry 1998 ; 59 (suppl 20) : 15-21.

## Fiche n°5

### **LA CONTINUITE DES SOINS**

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale. Elle fait partie de la définition de la médecine générale-médecine de famille donnée par la WONCA en 2002 : "Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée." [1]

Les soins continus sont donc des soins de santé longitudinaux, pendant une période substantielle de la vie, non-limités à un épisode de maladie.

Pereira-Gray a développé le sujet de la continuité et l'utilisation du temps en considérant que les consultations séparées entre le médecin généraliste et le patient au fil du temps forment un continuum [45].

La continuité des soins, en plus d'être une caractéristique est aussi un devoir du médecin généraliste, comme le rappelle le code de déontologie : "quelles que soient les circonstances, tout médecin doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée" [46] ou encore la récente Loi HPST sous un chapitre intitulé : "Continuité des soins en médecine ambulatoire" : "La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence." [47]

#### Discussion

La notion de continuité des soins est différente de celle de permanence des soins qui est définie par le rapport de 2003 "comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant."

La continuité des soins permet d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant. De là découle l'importance du temps en médecine générale, et la nécessité de coordination pour le suivi optimal des patients. Le dossier médical joue un rôle important pour exercer au mieux ces soins longitudinaux.

Cette continuité des soins est cependant moins aisée qu'autrefois, où le médecin généraliste restait joignable le soir et le week-end en assurant, seul, la permanence des soins. Celle-ci étant de nos jours organisée en plusieurs niveaux (médecin traitant, tour de garde, régulation, service des urgences, SAMU), le devoir de continuité des soins pose à tout soignant la question de la communication et du transfert d'informations entre les différents acteurs de soins, notamment lorsque le patient est orienté par un autre médecin vers un troisième confrère.

Enfin, le médecin généraliste doit gérer cette continuité des soins à partir d'actes discontinus que sont les consultations médicales (voir fiche n°6 : Diachronie, synchronie, épisode de soin).

Du fait de la continuité des soins, la prise en charge du patient n'est pas limitée à un épisode de maladie. Le médecin généraliste est appelé à une prise en charge globale de son patient.

### Illustration

Monsieur B., 57 ans, termine un traitement par chimiothérapie pour un cancer colique. Il est par ailleurs diabétique de type II, hypertendu avec une insuffisance rénale modérée. Célibataire, il ne travaille pas et vit en partie chez sa sœur. Il a toujours été très ambivalent vis-à-vis des soins. Des infirmières passent matin et soir pour l'insuline. Pour l'aider dans l'observance, le patient est vu en consultation chaque mois. Il apprend à son médecin traitant qu'il est allé il y a trois semaines aux urgences du CHU, amené par sa sœur qui était inquiète car il avait des épigastalgies. Il est "bougon" et prévient qu'il n'ira pas à consultation de néphrologie qui lui a été programmée, ni revoir le diabétologue qu'il a vu lors de sa courte hospitalisation en surveillance. Le traitement aurait été modifié, mais le patient n'a pas l'ordonnance. Il ne l'a pas montré aux infirmières...

Ce cas illustre bien l'utilité de la continuité des soins comme vecteur de l'efficacité des soins et comment la communication entre professionnels est indispensable. Il montre aussi que le patient est un des acteurs incontournables de cette continuité.

### Pour aller plus loin

Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. British Journal of General Practice 1998 ; 48 (437) : 1816-1817.

## Fiche n°6

### **DIACHRONIE, SYNCHRONIE, EPISODE DE SOIN**

Les termes de "diachronie" et "synchronie" sont à l'origine des termes de linguistique. La diachronie, qui vient du grec *dia-* "à travers" et *khronos* "temps", est définie comme "l'évolution des faits linguistiques dans le temps". La synchronie, dérivée du mot synchrone signifiant contemporain, est "l'ensemble des faits linguistiques considérés comme formant un système fonctionnel, à un moment déterminé de l'évolution d'une langue." (Le nouveau Petit Robert). Ainsi la diachronie est une succession de synchronies.

Un exemple pour expliquer ces deux mots est celui du jeu de bridge et du jeu d'échecs. Dans le premier jeu, il convient au joueur, s'il veut gagner la partie de connaître tout le déroulé de ce qui s'est passé lors des levées précédentes. Il doit avoir une vision diachronique du jeu. Dans le jeu d'échecs, peu importe de connaître comment les coups ont été joués pour amener les pièces là où elles sont ; ce qui compte uniquement pour la suite du jeu, c'est la situation présente, le moment instantané. C'est la vision synchronique qui est importante.

Ces termes de linguistique sont intéressants pour éclairer la pratique en médecine générale. Ainsi, une approche diachronique est une approche au cours du temps, c'est-à-dire longitudinale, elle est le résultat de l'ensemble des rencontres entre le médecin et le patient. Elle prend en compte l'historique. Une approche synchronique, elle, s'attache au moment présent, donc en médecine générale, au moment de la consultation.

La séance de médecine générale est le moment de prise en charge d'un patient. Ceci peut être une consultation, une visite, une communication téléphonique... Il s'agit d'une rencontre à un temps "T", avec le patient. La séance, c'est l'aspect synchronique de la prise en charge. L'épisode de soin est la durée de prise en charge d'une pathologie donnée. Cet épisode de soin est court de quelques jours à quelques semaines quand la pathologie est dite aiguë, il est plus long dans le cadre de pathologie chronique [48]. L'épisode de soin, c'est l'aspect diachronique de la prise en charge. Il demande au médecin une vision longitudinale de la maladie.

Dans le langage courant, la consultation est le moment de rencontre au cabinet d'un médecin et d'un patient. En réalité, du point de vue du patient, le vécu et donc l'histoire du phénomène pathologique ne se résument pas aux rencontres avec le médecin. Ainsi, tout ce qui se passe entre deux séances fait partie de la consultation.

## Discussion

La médecine générale est caractérisée par le suivi dans le temps. En cela elle est une sorte de succession de synchronies. La prise en compte de cet ensemble d'instantanés discontinus de rencontres permet une vision plus générale dans le temps, que l'on qualifie de diachronique. C'est particulièrement vrai dans le suivi des maladies chroniques. Afin d'avoir une démarche globale, le médecin généraliste n'est pas uniquement cantonné à l'instant de la consultation mais tient compte de l'ensemble des "synchronies" passées, dans une vision diachronique. Ces notions trouvent une application dans le dossier médical informatisé [49], outil indispensable au suivi global du patient, avec une visualisation schématisée des épisodes de soin. Certains l'ont baptisé "Ligne de vie" [50]. La Ligne de vie est conçue pour gérer les épisodes de soin, répondant ainsi aux deux questions fondamentales "quels sont les problèmes à prendre en charge ?" et "quels actes ont déjà été réalisés ?" Elle raconte une histoire de santé qui individualise les différents épisodes de soin du patient, tout en les regroupant visuellement.

## Illustration

Monsieur M., 57 ans, vient en consultation pour faire le point sur son traitement. Il se plaint aussi d'une lombalgie depuis 5 jours. Il est suivi depuis plusieurs années pour un diabète de type II, une hypertension artérielle, une artériopathie des membres inférieurs et une spondylarthrite ankylosante. Le médecin en fin de consultation fait le point sur la surveillance : dernière HbA1c, fond d'œil... et relit avec le patient le récent courrier de rhumatologie. La lombalgie est récente de type mécanique. Il décide de ne pas faire plus d'exploration. Cette consultation illustre les deux aspects de la prise en charge :

- Synchronique : le médecin évalue la situation à l'instant de la séance : la polyopathie chronique et l'élément aigu.
- Diachronique : il prend en compte l'histoire des différentes pathologies et fait une synthèse globale.

Une illustration de cette double démarche est présentée dans la figure n°3.

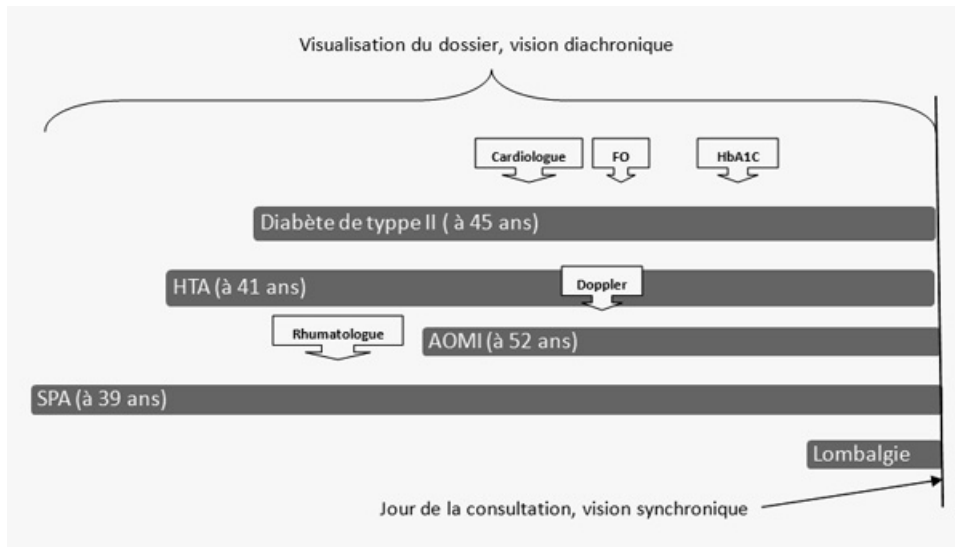


Figure n°3 : Illustration schématique de l'épisode de soin

Pour aller plus loin

Jamouille M, Roland M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille. Louvain med 2003 ; 122 : 358-65.

## Fiche n°7

### **HISTOIRE COMMUNE, HISTOIRE PARTAGEE**

Comme nous l'avons vu dans les fiches précédentes, une des caractéristiques de la médecine générale est qu'elle assure une continuité des soins qui inscrit donc la relation médecin-patient dans le temps. La WONCA ajoute : "Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée." [1]

Une étude réalisée par l'institut de sondage IPSOS en janvier 2007 montrait que 52% des patients n'avaient pas changé de médecin depuis 6 ans et plus et que 37% avaient le même médecin depuis plus de 10 ans [51].

Cette relation prolongée dans le temps conduit bien à une histoire commune, partagée, qui s'écrit entre le médecin et son patient au fil du temps, et qui fait dire au patient : "Mon médecin me connaît."

Cette histoire partagée facilite la relation mais peut conduire aux pièges de la routine et des a priori [24].

#### Discussion

Ce temps passé avec le patient donne au médecin une connaissance intime de l'histoire du patient et induit par la même occasion une histoire partagée avec lui. Avoir conscience de l'impact de cette histoire commune est important : elle est le lieu où grandit la confiance ; le médecin est ainsi l'interlocuteur privilégié dès que le patient doit rencontrer d'autres acteurs de santé car c'est lui qui le connaît le mieux du point de vue de sa santé. La proximité créée par le temps peut aussi être source de difficultés : le patient n'osera pas parler de certaines choses car le médecin le connaît trop, et il se sent de ce fait trop impliqué affectivement : "que va-t-il penser de moi ? ". De même la vigilance du médecin peut être altérée par cette longue histoire commune, et le faire agir différemment de ce qu'il ferait pour un patient jusqu'alors inconnu de son cabinet.

On comprend bien ainsi que cette histoire commune est un atout précieux pour dispenser le soin le plus adapté possible au patient. D'année en année, le généraliste connaît bien son patient et son écosystème. Il a entendu ses résistances et ses peurs. Il connaît souvent son entourage. C'est un incontestable avantage pour le patient quand le médecin peut être amené à dire : "Je le connais depuis 25 ans, je ne l'ai jamais vu comme ça !" Mais l'immersion dans cette histoire partagée peut également parasiter sa neutralité, le gêner dans son écoute singulière, perturber la communication. Cela devient alors un danger, quand le médecin dit : "Ca fait 25 ans que je le connais, il est toujours comme ça..."



### Illustration

Marie a 13 ans. Sa maman lui a pris rendez-vous pour parler avec "son" médecin. "Maman trouve que je suis trop maigre". A l'issue de la consultation il ressort que Marie a un IMC normal. Elle est tout au plus un peu préoccupée de ne pas grossir. En revanche elle dort mal et reconnaît qu'elle est souvent triste. Elle s'exprime très bien, aisément et use de l'autocritique parfois avec le sourire. Le médecin connaît bien l'histoire de cette famille. Il avait suivi la maman pour des troubles addictifs il y a une dizaine d'année. Elle avait souffert d'anorexie mentale à l'adolescence. Au cours de la conversation Marie évoque : "Je crois que maman est persuadée que je reproduis son histoire..." Il est convenu de se revoir chaque mois pour parler et de proposer un rendez-vous séparé pour sa maman. Marie acquiesce avec le sourire. "Son" médecin. De qui était-ce le médecin ? De Marie ou de la maman ? On voit ici l'importance de l'histoire commune et l'on peut entrevoir les inconvénients possibles du suivi concomitant de la mère et de la fille.

### Pour aller plus loin

Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

## Fiche n°8

### **MODELE BIOMEDICAL VERSUS HOLISTE**

En sociologie des maladies, deux conceptions de la maladie opposées se confrontent depuis l'Antiquité [27,52].

Dans le modèle biomédical, la maladie est dite ontologique, c'est-à-dire qu'elle a une existence solide : c'est typiquement la lésion organique. La maladie est considérée comme exogène : elle vient de l'extérieur, comme par exemple de la pénétration d'un élément étranger et hostile à l'intérieur du corps (bactérie). Et enfin elle est maléfique : c'est une agression qui n'a pas de sens et doit être éliminée.

Le modèle holiste est très différent. L'holisme est une théorie selon laquelle l'homme est un tout indivisible qui ne peut être expliqué par ses différentes composantes, physique, physiologique, psychique, considérées séparément (Le nouveau Petit Robert). Dans ce modèle, la maladie est fonctionnelle, elle ne correspond pas à une lésion organique mais à une rupture d'équilibre. Elle est endogène, elle ne vient pas de l'extérieur mais est liée à l'histoire de l'individu. Elle est considérée comme bénéfique car elle permet la prise de conscience du déséquilibre par l'individu. La maladie a dans cette vision un sens.

Ainsi dans le modèle biomédical, les maladies sont des entités indépendantes de la personne. Le médecin doit donc s'intéresser à la maladie, indépendamment de la personne malade. Le chirurgien est une illustration parlante de ce modèle de maladie : il ôte la tumeur et le malade guérit.

Dans la perspective holiste, ce qui importe le plus c'est la personne malade avant la maladie elle-même. La maladie n'est pas une réalité biologique (ou pas seulement) mais le résultat d'une interaction entre le biologique et la manière de réagir du patient. On rejoint ici l'approche de Balint.

Il serait faux de penser qu'un modèle vaut mieux qu'un autre, et qu'il existerait des médecins purement biomédicaux et d'autres purement holistes. Il n'y a pas de frontières étanches entre ces deux façons de voir, et chaque médecin peut être amené selon les circonstances à privilégier l'une ou l'autre des approches.

#### Discussion

Ces deux modèles sociologiques ont marqué différentes périodes de l'histoire. Le modèle holiste était dominant jusqu'au XIXe siècle tandis que le modèle biomédical est plus présent depuis la naissance de la médecine moderne. Connaître leur existence nous a semblé important pour prendre du recul face à notre exercice de la médecine.

Le généraliste sait aborder les problèmes de santé dans leur globalité, dans une approche holiste. Par la plainte physique, le symptôme organique, le médecin, légitimé par sa fonction biomédicale, peut alors laisser exprimer plus largement la souffrance du patient pour entrer plus en relation avec lui et tenir compte de son vécu de la maladie. Le médecin alterne une vision exogène de la maladie, le patient subissant, et un modèle endogène, le patient au cœur de son histoire pouvant s'approprier celle-ci. Cette dualité ancienne, soulignée par Laplantine [52], est souvent négligée par la médecine française. On sent bien que la formation des médecins est très marquée par le modèle biomédical, à l'exception peut-être de ce qui touche à la psychiatrie.

Ceci ouvre le champ à d'autres concepts que nous allons aborder dans les fiches suivantes : approche systémique, diagnostic de situation, démarche OPE (organe personne environnement), démarche EBM (Evidence-based medicine), modèle biopsychosocial de Engel.

### Illustration

Vous suivez en consultation Mme K., atteinte d'un cancer du sein. Une approche biomédicale de cette patiente est essentielle : il existe une lésion organique, cause de sa maladie, qu'il convient de traiter conformément aux données actuelles de la science pour la guérir.

Mais une approche purement biomédicale serait insuffisante. Car la patiente n'est pas seulement atteinte d'un cancer. Cette maladie a de multiples conséquences sur sa vie sociale, affective, psychologique. La patiente donne peut être un sens, une explication à ce qui lui arrive. Une approche holiste vient donc, en complément, prendre en charge non plus la maladie mais la personne porteuse de la maladie.

Cette approche double n'est pas réservée à la médecine générale : tout médecin est invité à prendre en compte le patient au-delà de sa maladie. Mais l'approche généraliste suppose une prise en charge globale dans tout ce qui touche à la personne : cela découle de ce que l'on appelle l'approche centrée sur le patient [20].

### Pour aller plus loin

Lutsman M, Bourgeois I, Vega A, Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale ? Doc Rech Med Gen, nov 2007, n° 4 (p. 12-13).

Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*, Paris : Payot, 1993 : 420 p.

## Fiche n°9

### APPROCHE SYSTEMIQUE

"Dans tout groupe, chacun influence et est influencé par les autres." Un système est un ensemble organisé d'éléments en interaction dynamique. Ce qui le différencie d'un ensemble, qui est une collection d'éléments sans interaction entre eux.

C'est typiquement la différence entre un ensemble de joueurs de football (ensemble) et une équipe (système), ou entre un ensemble d'organes d'un organisme vivant et une personne vivante [54].

De ce terme de système découle la notion de systémique. L'approche systémique s'attache principalement aux interactions entre les éléments constitutifs du système et aux effets de ces interactions plutôt qu'à leur nature. Elle est une "stratégie de changement s'intéressant davantage aux comportements et aux interactions. [...] Elle va privilégier l'analyse des relations entre individus en étudiant non pas le pourquoi mais le comment : qu'est-ce qui, dans ce qui se passe actuellement, fait persister le problème et que peut-on faire ici et maintenant pour provoquer un changement ? " [28]

Dans l'ouvrage *Pédagogie de la relation thérapeutique*, E. Galam et F. Gros expliquent que la démarche systémique a des applications utiles en médecine dans de nombreuses situations quotidiennes [28] :

- Face à un patient difficile, qui "résiste" ou "désobéit", l'outil systémique invite le médecin à modifier sa façon de procéder en prenant en compte les motivations du "récalcitrant", lui permettant d'entrevoir des solutions dans un respect mutuel. Le patient peut alors devenir plus actif.
- Les consultations à plusieurs sont également le lieu "idéal" pour le médecin pour exercer une approche systémique. En effet la présence au cabinet du patient et de ses proches peut être une précieuse source d'information pour le praticien : Qui parle ? Qui paie ? Est ce qu'ils s'écoutent ? En cas de conflit ou de critiques mutuelles que pense chacun de ce que l'autre dit à son propos ? Il importe pour le praticien de privilégier le vécu des participants par rapport au symptôme et de reformuler le problème en termes de relation entre individus.
- Quand le médecin soigne des personnes qui se connaissent, cela peut éclairer certains faits qui pourront être compris différemment.

Quelques concepts de systémique sont intéressants à connaître pour mieux comprendre les inter-relations et inter-réactions entre individus :

- La causalité linéaire : A implique B qui implique C.
- La rétroaction ou causalité circulaire : A implique B qui implique A. Ce feed-back peut être positif ou négatif.

- L'homéostasie : au sein d'un système, à partir d'un certain niveau de stabilité, aucune tentative de faire changer les choses ne semblent aboutir. Chaque membre du système par son comportement actif ou passif concourt au maintien de "l'équilibre".

Le triangle dramatique de Karpman est un exemple de description des influences, les uns sur les autres, de différents éléments d'un système. Cette figure d'analyse transactionnelle, proposée par Stephen Karpman en 1968, met en évidence un scénario relationnel typique entre Victime, Persécuteur et Sauveur (ces rôles étant symboliques, une même personne peut changer de rôle). C'est une schématisation qui tend à exprimer que si une personne utilise un de ces rôles (par exemple la Victime), elle entraîne l'autre à jouer un rôle complémentaire (le Sauveur ou le Persécuteur) [53].

### Discussion

Avoir conscience que le médecin généraliste n'interagit pas de façon isolée avec un patient mais avec tout un système dont ce dernier fait partie intégrante peut éclairer bien des situations en médecine générale.

Cela permet une meilleure compréhension de certaines réactions ou de certaines situations semblant "bloquées". Cela permet également une meilleure anticipation du rôle de l'entourage quand une décision est à prendre avec un patient, en repérant quels sont les acteurs les plus influents de la situation, ou ceux ayant les interactions les plus fortes.

Cette approche systémique fait partie intégrante de l'élaboration d'un diagnostic de situation (voir fiche n°10 : Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM).

### Illustration

Un exemple de causalité circulaire où A implique B qui implique A dans un feed-back négatif : Monsieur R. dépendant de l'alcool depuis des années accepte depuis peu d'envisager un changement de comportement. Il n'est pas encore tout à fait prêt à arrêter de boire, mais en parle maintenant plus aisément. Il dit espérer chaque soir ne plus boire le lendemain et invariablement ne pas y arriver le matin venu. Son épouse est épuisée par les conséquences de son alcoolisme. Elle fait face depuis bien longtemps et tempore vis-à-vis des enfants qui n'osent pas en parler à leur père. Elle reproche à son mari de manquer de volonté et de ne pas tenir ses promesses. Lui dit comprendre le "mal qu'il fait". Il a honte mais a peur de changer. Comment vivrait-il sans alcool ? Son épouse est forte, volontaire, menace depuis des années de le quitter car il la dégoûte, mais est toujours là ! "On est comme sur un manège, dit-il, personne n'arrive à en descendre."

Pour aller plus loin

Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. Rev Prat Med Gen, 2004 ; 674/675 : 1482-86.

Galam E, Gros F. Apports de la démarche systémique en médecine générale. In Conférence Permanente de la médecine générale. *Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003 : 181 p. (p. 57-67).

## Fiche n°10

### **DIAGNOSTIC DE SITUATION, DEMARCHE OPE, EBM**

En médecine générale une démarche centrée sur le patient est préférable à une démarche centrée sur la maladie. En effet, le médecin soigne une personne malade plus qu'une maladie.

Dans cette fiche vont être décrites différentes approches de ce concept, permettant une prise en charge globale du patient.

Le diagnostic de situation "consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions. [...] La plainte du patient et sa souffrance se manifestent dans un contexte humain, culturel et matériel complexe avec une interaction forte entre les composantes multiples de sa situation." [54]

Cette notion de diagnostic de situation rejoint la description qu'Engel fait du modèle biopsychosocial [55,56]. Pour comprendre ce modèle, il faut considérer que toute unité vivante (cellule, personne) est un système complexe intégrant des sous-systèmes et est elle-même la composante d'unités plus larges constituant son environnement (voir fiche n°9 : Approche systémique). Tous ces éléments interagissent entre eux. Pour Engel il existe un continuum biopsychosocial de la molécule à l'environnement. Le modèle biopsychosocial est destiné à comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie et à pouvoir ainsi, dans le soin du patient et le traitement de sa maladie, tenir compte des effets stabilisants ou déstabilisants que ces différents niveaux d'organisation exercent les uns sur les autres.

Le diagnostic de situation est donc un diagnostic plus large que le diagnostic de maladie. Il englobe le contexte, les dimensions relationnelles, affectives et les liens et interactions entre toutes ces dimensions.

Déjà Balint parlait de diagnostic approfondi [23] : il rapporte différents cas cliniques où des patients viennent offrir un symptôme physique au médecin. Dans ces cas, le médecin peut donner un diagnostic organique, mais Balint considère que celui-ci reste superficiel. Le diagnostic approfondi, lui, englobe la personnalité du malade et des événements de vie. Balint considère que cela permet une thérapeutique plus appropriée : "En dehors d'une compréhension incontestablement meilleure du patient, le diagnostic « plus profond » a une autre fonction. Il réduit le nombre de cas dans lesquels le médecin est obligé de prendre une décision aveugle uniquement basée sur un diagnostic physique. Ces décisions aveugles, profondément influencées par la situation émotionnelle du patient et par un contrôle

particulier de la relation médecin-malade, laissent libre cours aux tendances personnelles, aux sentiments inconscients, aux convictions et aux préjugés du médecin, c'est-à-dire ce que nous avons appelé sa « fonction apostolique »." (voir fiche n°17 : La fonction apostolique)

Le modèle OPE (Organe Personne Environnement) est une présentation pratique de ce concept, formulée par J.F. Massé et L. Lévy. Il s'agit en quelque sorte d'un outil pour arriver à une vision plus globale d'une situation, ou encore à un diagnostic de situation [54]. Il se propose d'étudier :

- le plan organique (Organe) : Quelles sont les plaintes et qui se plaint ? Quelles sont les maladies et quels sont les symptômes ?
- le plan psychorelationnel (Personne) : Quelles sont les inaptitudes et incapacités constatées ? Quel est le vécu de la situation par le patient et son entourage (dont le médecin) ?
- le plan environnemental (Environnement) : Etude de l'environnement humain, matériel, économique, géographique, urbanistique, légal, réglementaire....

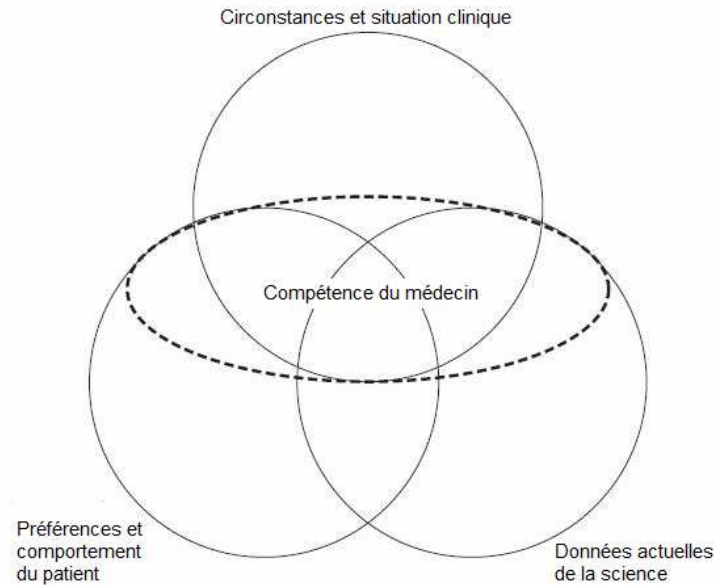
Ce modèle rejoint ce que l'on appelle les « trois normes » que sont la norme biomédicale (ou organe), la norme intime (ou personne) et la norme sociale (ou environnement).

L'EBM (Evidence-Based Medicine) ou la médecine fondée sur les preuves.

Pour beaucoup de médecins, l'EBM se résume à la recherche dans la littérature des données les plus actuelles de la science concernant une pathologie donnée. L'EBM serait ainsi purement du domaine du biomédical.

A l'origine, l'EBM, née au Canada dans les années 1980 était utilisée comme méthode pédagogique d'enseignement. Elle gagna ensuite la pratique médicale. En 1996, Sackett et Haynes la définissent comme "l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient" ou encore comme "l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient" [57]. Ainsi il s'agit bien en effet de prendre des décisions intégrant les données actuelles de la science, mais ces décisions doivent être adaptées au besoin du patient dans son contexte. Ceci est représenté par Haynes comme le recoupement de 3 cercles que sont les circonstances cliniques, les données actuelles de la science, et les préférences et comportement du patient (figure n°4) [58].





**Figure n°4 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes**

### Discussion

En anglais, il existe trois mots pour aborder la maladie. "Disease" se rapporte à l'état de maladie au sens biomédical, "illness" décrit l'état de maladie ressentie par la personne, et "sickness" l'état social entraîné par la maladie. Ces trois différents termes correspondent aux trois angles d'abord de la maladie décrits ci-dessus.

Le diagnostic de situation, l'OPE et l'EBM ne sont pas strictement équivalents mais ont en commun le but d'une prise en charge globale. Ils présentent la problématique sous plusieurs angles.

Notons que l'EBM a perdu dans beaucoup d'esprits son rôle originel, celui d'une prise en charge globale du patient incluant ses préférences et le contexte à partir des données actuelles de la science. Pour certains, l'EBM est devenue "une méthode de gestion des risques contribuant à la standardisation de la pratique médicale et à la déshumanisation de la relation entre soigné et soignant" avec une certaine dénégation de l'incertitude, alors qu'elle était initialement pensée pour donner aux cliniciens les outils pour s'orienter dans les données toujours plus nombreuses et complexes de la recherche clinique et les aider à les intégrer judicieusement à leur pratique [59].

Cette vision de la prise en charge des problèmes de santé est capitale en médecine générale. Elle n'est pas spontanément perçue par le médecin, formé initialement à la médecine dite d'organe. Il étudie les maladies hors du contexte d'un patient donné. Il est préparé à soigner une maladie plus qu'une personne malade. Pourtant, l'importance de

l'inobservance thérapeutique doit l'amener à envisager sa prise en charge de manière plus personnalisée afin d'améliorer l'efficacité de son soin.

A l'inverse, la prise en charge reste liée à la prégnance de la maladie. Le poids de la personne (P) et de son environnement (E) dans le diagnostic de situation dépend du degré de gravité de la maladie (O). C'est ce qu'on appelle "l'espace de liberté". En cas de tableau chirurgical abdominal le médecin aura moins d'espace de négociation que face à une sinusite, quel que soit le patient (voir fiche n°33 : Espace de liberté décisionnelle).

On comprend bien que les fiches n°8 : Modèle biomédical versus holiste, n°9 : Approche systémique et n°10 : Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM sont très voisines. Elles illustrent de manière complémentaire la nécessaire prise en compte globale du patient pour optimiser les résultats de la démarche de soin.

### Illustration (tirée de l'article [54])

Monsieur G. âgé de 83 ans, retraité des chemins de fer, vit seul depuis son veuvage. Sa fille est à côté mais a peu de temps à lui consacrer. Il a un fils avec lequel il est fâché. Une aide ménagère passe chez lui deux heures par semaine. Il ne sort plus. Une voisine lui apporte de la soupe de temps en temps.

Le médecin a été appelé en dehors des visites mensuelles en raison d'insomnies et de plaintes anxieuses. Il a constaté le mauvais entretien de la maison, l'hygiène défectueuse et la présence d'aliments avariés dans le réfrigérateur.

Monsieur G. a perdu quelques kilos et ses vêtements flottent sur lui. Il n'avait pas auparavant de pathologie autre qu'une hypertension bien contrôlée.

Une analyse de ce cas en suivant la démarche proposée par Levy serait la suivante :

#### 1) Tout d'abord une analyse OPE

- Sur le plan organique (Organe) : Quelles sont les plaintes et qui se plaint ? Quelles maladies et symptômes sont présents ?

Insomnie et plainte d'anxiété, HTA et constatation par le médecin d'une dénutrition. La plainte émane directement de monsieur G. Ces éléments évoquent une décompensation en cours : dépression ? Problème métabolique ? Troubles cognitifs ?

- Sur le plan psychorelationnel (Personne) : Quelles sont les inaptitudes et incapacités constatées ? Quel est le vécu de la situation par le patient et son entourage dont le médecin lui-même ?

La dénutrition s'accompagne d'une mauvaise gestion des aliments et d'une hygiène défectueuse. L'isolement et le manque relationnel sont ici très probables.

- Sur le plan environnemental (Environnement) :

- Environnement humain : les personnes avec lesquelles le patient est en interrelation sont la voisine, la fille, l'aide ménagère et le médecin ;
- Environnement matériel : il vit à l'étage, dans un village, problème de conservation des aliments ;
- Environnement économique : sa retraite SNCF semble lui suffire, mais si l'on accroît l'aide, sera-t-elle suffisante ?
- Environnement institutionnel : relations probables avec l'association d'aides ménagères ;
- Environnements géographique, urbanistique, légal, etc.

## 2) Puis une analyse fonctionnelle

Qui fait quoi dans le système ? Que motive l'action de la voisine ? Que se passe-t-il avec le fils ? Que peut-on savoir de la qualité des relations entre les acteurs du système : fils/fille, fille/voisine, voisine/aide ménagère, etc.

## 3) Enfin, une analyse dynamique

Il convient de rechercher dans un premier temps l'histoire de la situation considérée, puis les éléments potentiellement sensibles à une action correctrice, afin d'envisager les évolutions et prévoir les propositions à effectuer en tenant compte des projets, des attentes et des résistances des uns et des autres.

### Pour aller plus loin

Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2004 ; 674/675 : 1482-86.

Engel GL. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. Science 1977 ;196 : 129-36.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996 ; 312 : 71-2.

## Fiche n°11

### GESTION SIMULTANEE DE PROBLEMES DE SANTE AIGUS ET CHRONIQUES

Le médecin prend en charge des problèmes multiples, ne se limitant pas à la maladie immédiatement présentée. En effet, la médecine générale est appelée à gérer tous les problèmes et demandes de santé des patients, elle est donc amenée à s'occuper simultanément des problèmes de santé aigus et chroniques [1].

La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge (figure n°5). Le nombre moyen de problèmes pris en charge dans une consultation en France est de 2,1. Il augmente avec l'âge pour atteindre 4 au-delà de 60 ans, ceci se faisant au profit des pathologies chroniques. Les problèmes aigus restent, quant à eux, stables quel que soit l'âge du patient [36].

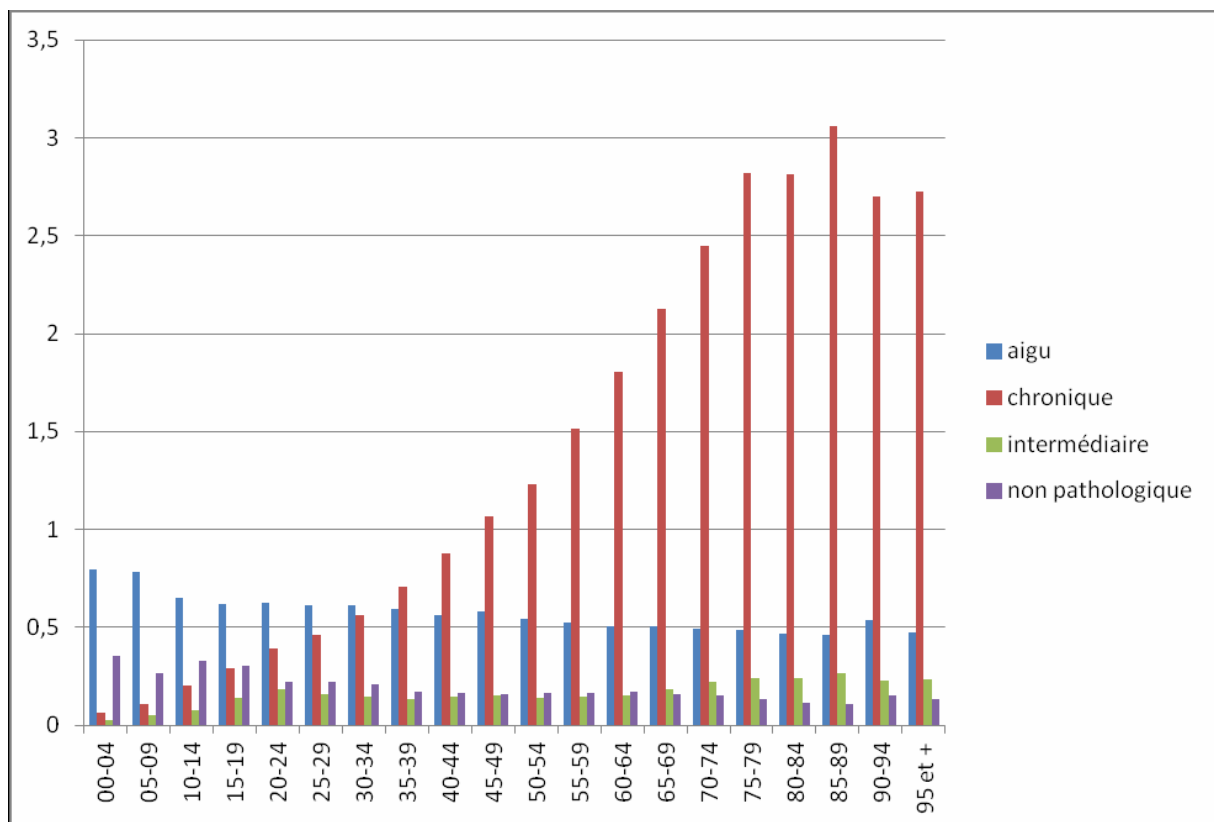


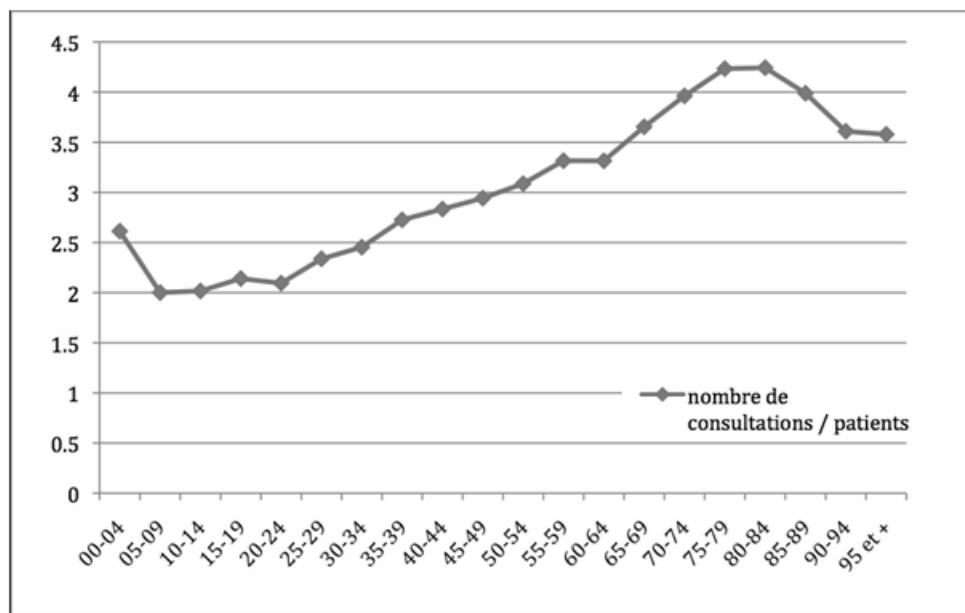
Figure n°5 : Evolution du nombre des différents types de problèmes par acte en fonction de l'âge (2009)

D'autres études retrouvent un nombre moyen de 1,6 motifs abordés par le patient lors d'une consultation. Notons que le motif de consultation (plainte du patient) ne correspond pas tout à fait aux problèmes pris en charge ("diagnostic" du médecin) (voir fiches n°21 : L'offre du

malade et n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable). En effet, le nombre de problèmes gérés par le médecin au cours de la consultation est souvent supérieur au nombre de motifs de consultation évoqués initialement par le patient.

Une thèse de médecine générale sur l'évolution du contenu de la consultation de médecine générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010, aboutit aux conclusions suivantes [48] :

- Les médecins généralistes sont bien les médecins de référence des pathologies aiguës avec en moyenne au moins 0,6 problèmes de type aigu par consultation, y compris pour les patients qui consultent pour des pathologies chroniques.
- Le poids des consultations contenant un problème aigu est stable au cours du temps.
- Plus le patient vieillit, plus il consulte fréquemment son médecin généraliste, sauf aux âges extrêmes (figure n°6).



**Figure n°6 : Nombre de consultations par patient et par an selon l'âge (2009)**

- L'âge avançant, le poids des problèmes chroniques est de plus en plus prégnant. On observe l'effet inverse chez les plus jeunes.
- Les problèmes aigus chez les patients âgés ont beaucoup plus de risque de se "chroniciser".
- En 15 ans, le poids des problèmes chroniques ne cesse d'augmenter en passant de 1,8 à 2,2 par consultation, ce qui s'explique notamment par le vieillissement de la population et l'augmentation des demandes administratives, alors que le poids de l'aigu est stable.

## Discussion

La gestion de plusieurs problèmes de santé lors d'une même consultation, et en particulier la simultanéité de pathologies aiguës et chroniques est une spécificité de l'exercice de la médecine générale. Seule la gériatrie est elle-aussi confrontée à cette caractéristique. Cette particularité est un des éléments de la complexité de notre discipline. En effet, du fait d'une augmentation ces dernières années du nombre de problèmes à gérer, la consultation de médecine générale est ressentie par les professionnels, comme plus longue, plus difficile et plus complexe [2].

La difficulté principale réside dans la nécessité pour le médecin de structurer la consultation, de hiérarchiser les plaintes et les problèmes à prendre en charge, dans une vision globale de la santé du patient. La gestion de plusieurs problèmes lors d'une même consultation, et le suivi au long cours est à l'origine d'arbitrage, de négociation, de prise en compte des interactions médicamenteuses possibles, de difficultés à respecter les recommandations (voir fiche n°37 : Gestion des polyopathologies). Du fait du temps nécessaire à l'analyse de chaque plainte, le médecin peut facilement se disperser, opter pour une prise en charge parcellaire risquant de nuire aux bons soins généraux du patient.

Ce temps nécessaire à une prise en charge optimale du patient risque parfois de se faire aux dépens des actions de dépistage et de prévention.

La spécificité de cette consultation pluri-problématique interroge également sur le mode de rémunération à l'acte du médecin généraliste français.

La question de la durée de consultation est souvent ressentie comme contraignante par les généralistes. Par principe de réalité il faut pourtant s'y adapter. Il est illusoire de souhaiter recevoir tous les patients pendant trois quarts d'heure. Le médecin généraliste ne serait d'ailleurs pas dans son rôle. Il n'y a pas de scrupule à avoir pour autant : en France, la durée moyenne de consultation est de 16,3 minutes. Elle fait partie des plus longues en Europe [60].

## Illustration

Monsieur P. âgé de 77 ans, a pris rendez-vous car il n'a presque plus de médicaments et a de la diarrhée depuis 2 jours (5 selles liquides par jour). Il est suivi pour une hypertension artérielle ancienne, un diabète de type II récent et une arthrose du genou qui le gêne au quotidien alors qu'il est encore très actif. Il sort, de sa poche intérieure de manteau, les résultats du bilan biologique de contrôle de la glycémie à jeun, élevée depuis plusieurs mois, et qui n'a pas diminué avec les conseils hygiéno-diététiques. Un traitement médicamenteux semble s'imposer. Le médecin a donc plusieurs problèmes à évaluer :

- Contrôler l'hypertension artérielle et revoir le traitement : il est actuellement sous diurétique.
- Initier un traitement pour le diabète et faire une demande d'ALD.
- S'enquérir de l'efficacité du traitement de l'arthrose.
- Rechercher l'origine de la diarrhée aigue (infectieuse, alimentaire, iatrogénique...) et la traiter.

Il s'agit donc de considérer chaque problème en tenant compte de l'existence des autres. Quid du diurétique ? Est ce le meilleur moment d'initier un traitement antidiabétique qui pourrait lui-même être à l'origine de troubles digestifs ? Comment prendre en charge globalement ce patient sans alourdir inconsidérément son ordonnance ? Comment trouver le temps nécessaire pour lui expliquer l'introduction d'un traitement antidiabétique qu'il suivra des années alors que ce qui le préoccupe principalement aujourd'hui c'est sans doute sa diarrhée ?

#### Pour aller plus loin

Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aigues et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 2012, 96 p.

## Fiche n°12

### LE TRAVAIL EN COORDINATION

En comparaison avec l'exercice hospitalier, qui se fait le plus souvent en équipe, il est habituel de considérer l'exercice du médecin généraliste comme assez solitaire, isolé dans le huis clos d'une relation duelle avec son patient.

Il est pourtant de plus en plus amené, pour prendre en charge ses patients, à être en relation avec d'autres professionnels, médicaux ou paramédicaux, que ce soit pour un avis diagnostique ou thérapeutique, des soins à réaliser...

Les sociologues ont décrit plusieurs modes de travail en coordination [27] :

- La collaboration : il existe dans ce cas une forte implication personnelle, une relation de confiance de personne à personne et en la compétence professionnelle de l'autre, une négociation centrale, une rencontre réelle, et une proximité.
- La coopération : le travail avec un autre est fait dans "l'acceptation temporaire et provisoire d'une certaine interdépendance" entre les acteurs, la confiance est limitée à la compétence professionnelle, le respect des pratiques de l'autre est réel mais il y a refus de se laisser influencer par elles.
- L'instrumentalisation : le partenaire n'est identifié qu'à son rôle professionnel (radiographie, pansement...), l'autonomie est totale, et la négociation absente.
- La négation : il y a une absence de relation (non reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre (ex : médecin conseil, orthophoniste), ou une logique de concurrence (ex : médecin généraliste/pédiatre).

Le travail de collaboration avec les médecins spécialistes d'organe est nécessaire dans les questionnements au sujet du diagnostic. Mais il peut être problématique "là où plusieurs niveaux de diagnostic sont en jeu (par exemple le niveau morphologique, le niveau étiologique et le niveau fonctionnel) et ce, tout particulièrement quand, au cours des examens "on ne peut rien trouver". C'est ici que les malades risquent alors le plus d'être non pas traités pour ce qui a motivé leur envoi chez le spécialiste ou à l'hôpital, mais pour quelque autre anomalie perceptible et qui n'a rien à voir avec le motif de consultation." [22]

En revanche, la collaboration s'avère plus bénéfique dans les cas où l'élucidation doit évoluer "à un seul niveau" (par exemple : fracture ou non) et particulièrement quand le motif de consultation domine l'avant plan du tableau.

Pour Braun, la collaboration nécessaire du médecin généraliste avec le médecin spécialiste dans le cas d'élucidation de diagnostic ne signifie en rien que le médecin généraliste ne serait qu'un "concierge dans la maison de la médecine". Contrairement aux idées reçues, le médecin généraliste recourt à un avis spécialisé ou une hospitalisation dans une faible



proportion de ses actes (7%). Ce recours est rare jusqu'à 25 ans (inférieur à 3 %), pour atteindre 8,8% entre 45 et 65 ans et redescendre à 8% après 66 ans. Pour les patients en ALD, le recours spécialisé est de 10,4% [60].

De même, la collaboration entre généraliste et spécialiste ne consiste pas dans le fait que le praticien adresse pour l'établissement du diagnostic au spécialiste "compétent". Selon Braun, dans 20% des cas envoyés au spécialiste le diagnostic est fait. Et, "quand le problème diagnostique se situe à plusieurs niveaux et qu'un élément déterminant est découvert pendant les examens complémentaires, la réponse de la médecine hospitalière et spécialisée sollicitée se révèle à l'analyse critique satisfaisante seulement dans un cas sur deux."

Une étude non publiée, réalisée par le Collège des enseignants du Poitou-Charentes en 1994, s'est penchée sur la question des recours des médecins généralistes aux spécialités. Le recours au radiologue est le plus fréquent (37,5%), suivi du cardiologue (9,6%). Les raisons de ces recours sont la réalisation d'un diagnostic technique (par exemple radiologique) (37,5%), d'un diagnostic intellectuel (10,8%), la demande d'un avis à la fois diagnostique et thérapeutique (21,5%), la réalisation d'un traitement médicamenteux ou chirurgical (11,6%) ou encore un suivi programmé (8%).

### Discussion

Le thème du travail en coordination est quelque chose d'essentiel dans l'exercice de la médecine générale, car le médecin généraliste aura forcément recours, à un moment ou un autre, pour ses patients, à d'autres professionnels de santé. S'interroger sur sa façon d'être en relation professionnelle avec ces "partenaires de soins" permet d'améliorer la prise de charge du patient.

La description que les sociologues font des formes de travail en coordination est de ce fait forte intéressante et chaque médecin peut reconnaître dans l'une ou l'autre sa façon de travailler avec tel ou tel partenaire.

Notons que, par exemple, il semblerait plus bénéfique que le travail de coordination avec les spécialistes radiologues soit plutôt de nature collaborative ou coopérative, alors qu'elle est essentiellement à ce jour de type "instrumentalisation". Une façon de travailler en coopération avec eux serait de solliciter leur avis pour répondre à un questionnement diagnostique, le médecin radiologue utilisant alors toutes ses compétences pour choisir la meilleure technique radiologique pour y répondre. Si une véritable collaboration avait lieu, cela éviterait la succession d'examens redondants déroutant le patient et irritant parfois le médecin.

Les sociologues font remarquer qu'il arrive parfois que le patient soit le principal organisateur en choisissant voire imposant les soignants avec lesquels il veut poursuivre les soins, parfois même à l'insu du médecin traitant [2].

Le thème de la collaboration vient questionner le rapport entre médecin généraliste et spécialiste, avec notamment les questions d'autorité scientifique, de hiérarchie de compétence, de critique de l'avis d'un confrère, de relation de type "professeur-élève" (voir fiche n°14 : La soumission à l'autorité).

Un autre point intéressant est le fait que la réponse apportée par le spécialiste consulté n'est pas toujours satisfaisante. Ainsi il est du devoir du généraliste de garder tout son esprit critique et son raisonnement, afin de faire la meilleure utilisation possible de l'avis sollicité. Et ce d'autant plus qu'il est en définitive responsable de ses prescriptions, même si celles-ci ont été proposées ou initiées par un confrère.

Enfin, il semble toujours plus bénéfique que les intervenants de la santé travaillent en collaboration ou coopération plutôt que sur le mode "instrumentalisation" ou "négation". Ceci permet la prise en compte des avis des différents partenaires qui, du fait de leur exercice différent (relation différente avec le patient, exercice dans un autre lieu, compétences différentes) peuvent apporter au médecin un éclairage pertinent sur la situation du patient. C'est par exemple le cas de l'infirmière qui passe au domicile chaque jour pour des soins. L'exercice est délicat, le médecin généraliste doit établir, avec ses partenaires professionnels, un mode de relation le plus adapté à l'intérêt du patient tout en assumant son rôle de médecin traitant, "chef d'orchestre" des décisions à prendre pour soigner au mieux le patient (voir fiche n°13 : La collusion de l'anonymat).

### Illustration

Madame F. âgée de 73 ans présente, entre autre, depuis plusieurs années un diabète de type II. Le passage à l'insuline est maintenant incontournable. Elle vit seule, un peu repliée sur elle, et ne consulte qu'occasionnellement. Elle est déconcertée par l'annonce de cette modification thérapeutique qu'on lui avait souvent évoquée. En fin de consultation la nécessité d'une surveillance plus régulière et d'une constance dans l'observance du traitement est soulignée. Il est décidé de faire un point dans 10 jours et de recourir à une infirmière pour la mise en place de l'insuline et des contrôles biologiques à domicile. Quel sera alors le type de coordination le plus adapté dans l'assistance de cette patiente ?

Pour aller plus loin

Lutsman M, Bourgeois I, Vega A. Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale ? Doc Rech Med Gen, nov 2007, n° 4. (p 28-29).

Sarradon-Eck A. "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins. In Bloy G, Schweyer FX. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010 : 424 p. (p. 253-70).

## Fiche n°13

### LA COLLUSION DE L'ANONYMAT

La collusion de l'anonymat est un concept formulé par M. Balint qui souligne l'effet potentiellement délétère de la multiplicité de professionnels de santé autour d'un patient. Il décrit comment, lorsque de nombreux médecins s'occupent d'un patient en se l'adressant l'un à l'autre, une décision est finalement prise sans que personne ne s'en sente vraiment responsable [23].

Ceci est particulièrement vrai dans les situations diagnostiques ressenties comme difficiles par le médecin : "lorsque le patient offre une énigme à son médecin traitant qui, de son côté, est soutenu par une foule de spécialistes, certains événements sont pratiquement inévitables. Et parmi eux, le premier est la "collusion de l'anonymat". Des décisions vitales sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable."

Cette recherche plus ou moins consciente de dilution des responsabilités peut être entraînée par la peur de passer à côté d'une pathologie grave. Balint parle ici de la peur de négliger un processus organique face à une "offre" du patient : "la méthode mise en pratique pour vaincre ce fantôme et avec lui la responsabilité des "réponses" faites, responsabilité qui, sans être entièrement admise, est néanmoins pleinement ressentie, c'est de diluer les responsabilités par la collusion."

Le patient est parfois moteur de cette situation, sollicitant de nombreux avis, installant autour de lui un nombre important d'"experts", et ainsi créant une situation où personne n'est à même de le prendre correctement en charge. Balint décrit ainsi le cas d'une jeune femme multipliant les médecins consultés et conclut : "chacun fait tous ses efforts et dépense son énergie inutilement, mais personne ne peut être tenu responsable de l'organisation (ou de la désorganisation) de la situation."

#### Discussion

Ce concept est toujours d'actualité, et il est bon que le médecin généraliste connaisse son existence. En effet, c'est toujours à lui qu'il revient d'assumer le choix de ses décisions, même si celles-ci sont l'application de l'avis d'un confrère spécialiste. Ceci est vrai également dans le cas du renouvellement d'un traitement initié par un autre médecin.

Il est parfois bien difficile de lutter contre cette collusion de l'anonymat tant il peut y avoir de spécialistes autour d'un patient. Le rôle du médecin généraliste est alors justement d'orchestrer cette prise en charge à plusieurs, et de vérifier que celle-ci se fait bien dans l'intérêt du patient, quitte à refuser parfois telle exploration ou tel traitement, proposé par l'un ou l'autre.

Ce "ballet" important de médecins autour d'un patient crée, en plus de la collusion de l'anonymat, le risque d'une surmédicalisation de sa santé. Un concept récent, mettant en garde contre cela, est celui de la prévention quaternaire (voir fiche n°40 : Prévention quaternaire) [61].

Les sociologues ont, quant à eux, décrit différents types de patients, dont le modèle "patients du présent" caractérisé par le consumérisme. Ces patients, voulant guérir vite et n'hésitant pas à critiquer leur médecin, en changeant souvent, et sont sujets au nomadisme médical : ce type sociologique de patients peut induire malgré lui la collusion de l'anonymat [27].

La fuite des responsabilités peut prendre aujourd'hui un autre visage que celui de la collusion de l'anonymat ou de la "soumission à l'autorité" (voir fiche n°14 : La soumission à l'autorité). Il s'agit d'un effet collatéral de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. Le médecin, respectant son devoir d'information et de liberté du patient à la lettre, se dédouane de sa responsabilité derrière des études et des chiffres. Un exemple serait le suivant : "Madame, vous avez un cancer du sein, si on ne fait rien vous avez X % de risque de mourir, la radiothérapie diminue ce risque mais augmente celui d'insuffisance cardiaque de Y %, la chimiothérapie diminue encore le premier risque mais augmente celui de thrombose avec accident vasculaire cérébral de Z %. Je vous donne les dernières études sur le sujet et vous laisse réfléchir". Ce type de dialogue n'est plus rare et laisse souvent le patient dans un état de perplexité, pour ne pas dire d'angoisse importante.

### Illustration

Un patient, qui a une pathologie psychiatrique lourde, mais également un terrain vasculaire avec une hypertension artérielle et un antécédent d'accident vasculaire cérébral, consulte suite à une chute mécanique avec contusion. Il a un suivi très épisodique, rendant difficile sa prise en charge. En regardant son dossier médical, la dernière prescription de son traitement de fond remonte à presque un an.

En s'enquérant auprès du patient de son actuel traitement psychiatrique on s'aperçoit que la dernière ordonnance du psychiatre contient tout le traitement, y compris cardio-vasculaire. Il semble alors difficile d'intervenir auprès du patient et de lui souligner la nécessité d'une surveillance correcte, alors qu'un confrère, sans doute pour lui rendre service, prescrit des médicaments qui n'ont rien à voir avec sa spécialité. Le médecin traitant se sent dépossédé de la responsabilité de la prise en charge du terrain vasculaire, en même temps que le psychiatre ne se sent sûrement pas responsable de ce qui ne touche pas à la psychiatrie. Quelle incidence cela peut-il avoir sur la qualité des soins délivrés au patient ? Quelle interférence ces prescriptions provoquent-elles au sein de la relation thérapeutique entre le patient et son psychiatre ? Quels bénéfices et quels risques a-t-on à ne rien changer ?

Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419 p. (p. 80-92 et p. 305).

## Fiche n°14

### LA SOUMISSION A L'AUTORITE

*"L'autorité d'un seul homme compétent, qui donne de bonnes raisons et des preuves certaines, vaut mieux que le consentement unanime de ceux qui n'y comprennent rien."*

*Galilée*

La non-soumission à l'autorité est un principe développé par Claude Bernard dans son ouvrage *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* [62]. Pour lui, les préceptes devant guider "l'esprit vraiment scientifique" sont : "le doute, la liberté d'esprit et d'initiative, la non-soumission à l'autorité des croyances." Il oppose ainsi le raisonnement expérimental au raisonnement scolastique, ce dernier étant pour lui basé sur des croyances, "une tradition ou une autorité conventionnelle ou arbitraire" alors que le raisonnement expérimental est basé sur des faits, des expériences. Il invite à avoir en médecine ce type de démarche, faisant une place au doute et refusant l'autorité des dogmes empiriques et des idées fixes, et à ne jamais oublier que "en science, le grand précepte est de modifier et de changer ses idées à mesure que la science avance."

A l'inverse, Balint, observant "la passivité de la plupart des praticiens dès qu'il s'agit d'instructions venant d'en haut", passivité qui existe entre médecins spécialistes hospitaliers et praticiens, la désigne par l'expression "pérennité injustifiée de la relation professeur-élève" [23]. Il rajoute qu'inversement cette "survivance de la relation maître-élève conforte les autorités dans la croyance qu'elles sont compétentes dans ce qui regarde la médecine praticienne." [22]

#### Discussion

Ces deux notions touchent le médecin généraliste dans la façon d'être en relation avec les autres acteurs de santé au sens large (spécialistes, sécurité sociale, instances telles que la Haute Autorité de Santé...)

De par sa formation, le médecin généraliste a eu pour maîtres des professeurs hospitaliers spécialistes d'organe. Il en garde souvent l'image d'experts au savoir irréfutable. Ceci peut avoir pour conséquence une absence totale de critique face aux décisions ou avis posés par ces confrères, ou une difficulté à s'opposer à tel traitement proposé. C'est ce que Balint a nommé "pérennité injustifiée de la relation professeur-élève". Comme si le médecin généraliste n'était pas légitime dans cette fonction d'analyse critique d'avis ou de décisions émanant de personnes considérées comme hiérarchiquement supérieures.

Il en est de même vis-à-vis des recommandations d'experts, ou d'injonctions venant de quelque autorité. Par la non-soumission à l'autorité, les médecins généralistes sont invités à ne pas les recevoir comme "parole d'évangile" sous le seul prétexte que celles-ci viendraient d'une autorité supposée parfois à tort détenir la vérité.

Refuser cette survivance de la relation maître-élève, c'est donc garder une vigilance, oser discuter le diagnostic posé la veille dans un service d'urgence, savoir reconnaître une appendicite chez un enfant vu le matin par un chirurgien pour les mêmes symptômes, pouvoir critiquer les ordonnances chargées de médicaments de confrères, savoir s'opposer si nécessaire à l'avis de spécialistes hospitaliers...

### Illustration

L'exemple du dépistage du cancer de la prostate par les PSA est une bonne illustration de ce concept. La polémique a duré en France, malgré des publications édifiantes et des remarques de l'OMS quant à l'attitude prônée par les urologues français. Les généralistes, pourtant perplexes, n'ont pas osé affirmer leur doute. Mais collectivement ils commencent à prendre position, quand cela leur semble utile : "Le conseil scientifique du CNGE recommande aux médecins généralistes de ne pas pratiquer de dépistage systématique dont l'absence d'intérêt est étayée par des preuves scientifiques concordantes et dont les effets délétères ne sont pas évalués". [63]

Un autre exemple est celui de certaines recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Celles-ci, perçues comme opposables et indiscutables par le médecin, sont parfois sujettes à caution, comme le montre le retrait en 2011 des recommandations portant sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2, ou la maladie d'Alzheimer. Certaines sont actuellement remises en cause, comme celle sur l'obésité [64]. Il n'est pas scandaleux que certaines recommandations évoluent, l'état de la science changeant avec les données récentes. Avoir des repères pour la prise en charge des patients est nécessaire. En revanche, ne pas oser douter d'une vérité du moment peut être préjudiciable au patient.

### Pour aller plus loin

Bernard C. Première partie : Du raisonnement expérimental, Chapitre II : de l'idée *a priori* et du doute dans le raisonnement expérimental. In *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Librairie générale française, 2008 : 478 p.

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419 p. (p. 103-115).



## Fiche n°15

### **LA COMPAGNIE D'INVESTISSEMENT MUTUEL**

La médecine générale est caractérisée par une relation médecin-patient particulière du fait de sa durée dans le temps. Cette relation de soins est contractuelle depuis l'arrêt Mercier en 1936, contrat officialisé récemment dans le cadre du dispositif du médecin traitant [9].

Au cours de cette relation durable se construisent des liens particuliers. Balint définit cette relation unique par le terme "la compagnie d'investissement mutuel" [23] :

"C'est sur cette base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ceux de ses patients qui restent avec lui. Il est très difficile de décrire cette relation en termes psychologiques. Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation. [...] L'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien." Ce capital est pour le médecin ce qu'il apprend et connaît du patient, de son histoire, de sa famille, mais surtout les expériences communes des périodes de santé et de maladie (voir fiche n°7 : Histoire commune, histoire partagée). Le capital du patient, lui, est constitué par "l'étendue et la nature de l'aide qu'il peut attendre de son médecin".

Le spécialiste, pour Balint, est moins, voire pas du tout concerné par cette compagnie d'investissement mutuel, car il a une relation occasionnelle avec le patient : "il doit partir de la surface, à moins que l'omnipraticien ne soit capable de préparer à la fois son patient et son spécialiste à l'entretien qu'ils auront."

La durée, ou continuité est donc essentielle à la constitution de cette compagnie d'investissement mutuel. Ainsi "tout traitement, en particulier tout traitement réussi, devrait représenter un accroissement nouveau et considérable du capital commun de la compagnie d'investissement mutuel. "

Il existe ainsi une influence mutuelle entre patient et médecin évoluant tous les deux vers une connaissance meilleure : "cette influence mutuelle n'est pas un processus simple, qui se développerait dans une direction soit entièrement mauvaise, soit entièrement bonne. Médecin et patient doivent apprendre tous les deux identiquement à supporter une certaine dose de frustration. Le médecin n'est pas automatiquement disponible quand il est désiré, il n'aime pas être appelé pendant la nuit ou le dimanche et même s'il vient, il ne peut pas tout guérir immédiatement ; une certaine dose de douleur et d'anxiété reste sans soulagement, du moins momentanément." [23,28]

En plus de la relation médecin-malade, il y a également " la relation que le malade entretient avec sa maladie" : le patient qui souffre entretient une relation avec sa maladie bien avant sa rencontre avec le médecin. La relation médecin-malade doit alors être comprise comme une relation médecin-malade-maladie. La rencontre avec le médecin aurait pour premier effet de modifier la relation que le malade entretenait jusque là avec sa maladie [20].

### Discussion

C'est donc une relation unique qui s'établit entre le médecin et le patient, qui est marquée à la fois par la personnalité des deux protagonistes, mais aussi par leur histoire, leurs "normes intimes" (ou convictions, représentations), mais également l'image que le médecin se fait de sa profession et de sa conception du rôle du malade.

Cette relation peut être analysée sous bien des angles différents : historique, sociologique, psychanalytique (voir fiche n°16 : Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade).

Il s'agit d'une "relation d'agence avec asymétrie d'information". Une relation d'agence est un contrat par lequel une personne (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent. L'asymétrie d'information est le fait de l'inégalité des compétences. Le cas d'un automobiliste confiant son véhicule à un garagiste est un exemple de relation d'agence avec asymétrie d'information : l'automobiliste n'a pas les compétences pour réparer sa voiture, et ne sait même pas forcément ce que va faire le garagiste, mais tous deux sont liés par un contrat autour de la réparation de l'auto.

L'asymétrie des savoirs impose au médecin, expert, de reconnaître l'inquiétude du patient, profane. Le médecin peut savoir, grâce à son analyse clinique, que les troubles du patient ne sont pas graves et il lui arrive parfois, dans ce cas, de trouver le recours au médecin bien excessif. Il ne devra pourtant jamais oublier que l'inquiétude du patient est légitime, de par sa situation de profane, "ignorant" la science médicale [65].

### Illustration

Madame R., 74 ans, solitaire alcool-tabagique, vient tout de même en consultation. Elle ne prend pas de façon très suivie son traitement pour une hypertension artérielle aussi ancienne que son veuvage. Elle se dégrade progressivement et tente, sans être complètement dupe, de se cacher derrière une façade d'intellectuelle qui reste encore "dans le coup". Le médecin lui exprime régulièrement, sans jugement, son inquiétude. La patiente évoque souvent son choix, celui d'assumer sa vie comme elle peut. Mais pourquoi vient-elle encore consulter ? Qu'attend-elle ? Madame R. rappelle aussi au médecin lorsqu'il exprime

ses doutes : "Docteur vous vous souvenez qu'au dernier jour de sa vie, mon mari inquiet pour moi, m'avait confiée à vous ? " Tout cela remonte à 18 ans. Le médecin s'en souvient parfaitement !

Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 265-7, 297)

Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. *Médecine Générale : Concepts & Pratiques*. Paris : Masson, 1996 :1100 p. (p. 135).

## Fiche n°16

### **PATIENT, CLIENT, PARTENAIRE : TROIS MODES DE RELATION MEDECIN-MALADE**

Comme nous l'avons brièvement dit dans la fiche précédente, la relation médecin-malade peut être analysée et décrite sous des angles différents : historique, sociologique, ou encore psychanalytique. C'est ce qui va être fait dans cette fiche, chaque approche donnant un éclairage intéressant de cette relation singulière.

#### **1- Une approche historique de la relation médecin-malade [26,27]**

Plusieurs modèles de relation médecin-malade générés par les différents types de malades et les différents types de médecins ont été décrits au cours de l'histoire.

##### 1.1- Un modèle de relation consensuel de Parsons

Dans ce modèle dit consensuel, fondé sur le cas des maladies aiguës, la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société. La maladie constitue donc une déviance potentielle par rapport à l'ordre social. La médecine effectue un contrôle social, le médecin est régulateur social. Il s'agit d'un modèle asymétrique et consensuel : le médecin est actif, le patient passif. Le malade reconnaît le pouvoir du médecin et la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité. Le médecin porte le souci du bien-être du patient. Le patient possède deux droits : celui d'être reconnu comme malade (le médecin lui donne ce statut) et celui d'être soigné.

##### 1.2- Un modèle de relation médecin-malade conflictuel, décrit par Freidson

Dans ce modèle, il existe de nombreux conflits possibles : culture professionnelle/ culture profane, logique de soin/ respect de la vie quotidienne du patient, lutte de pouvoir : autonomie du médecin/ autonomie du patient. Le médecin perçoit le malade et ses besoins selon les catégories de son savoir spécialisé. Il est attaché à son autonomie professionnelle, il entend définir lui-même le contenu et les formes du service qu'il lui rendra. Le malade en revanche, perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne et en accord avec le contexte culturel qui est le sien. Il voudrait que le médecin accepte sa propre définition de son problème. Dans ce modèle le patient n'est pas passif, et il n'y a pas de consensus a priori entre le médecin et le malade.

##### 1.3- Un modèle négocié de relation médecin-malade : le modèle du partenariat de Strauss

Ici, la relation n'est ni consensuelle ni conflictuelle mais il s'agit d'une négociation d'éléments non figés. C'est un modèle issu de la démocratie sanitaire, avec l'idée d'accompagnement et de co-construction. Ce modèle a quatre caractéristiques : une position hiérarchique non figée, un destin non écrit, un ordre non définitif entre les différents acteurs, le temps comme donnée essentielle de la négociation. En d'autres termes, l'objectif à atteindre n'est pas

prédéterminé mais se constitue dans la négociation elle-même, et l'accord obtenu ainsi que l'ordre qui se met en place sur cette base ne sont jamais définitifs.

## **2- Une approche sociologique de la relation médecin-malade [27]**

En fonction de l'image que le médecin se fait de sa profession, il peut concevoir le rôle du malade de trois manières :

- le médecin détient le savoir : le patient doit obéir ;
- le médecin détient le savoir mais il doit le partager : le patient doit comprendre avant d'obéir ;
- le médecin ne détient pas l'ensemble des connaissances, la prise en charge doit tenir compte du savoir profane : le patient doit être respecté et son savoir pris en compte dans la stratégie thérapeutique.

De ces trois visions du rôle du patient découlent trois types de relation médecin-malade

### 2.1- L'approche directive

Chacun des acteurs est cloisonné dans son rôle : le médecin est l'expert, il a le savoir, le patient est le profane, il n'a qu'un choix logique et rationnel : suivre les instructions du médecin. Le dialogue médecin-malade est alors inutile, le médecin respecte le serment d'Hippocrate, il fait le bien du malade. Dans cette logique le malade est un patient.

### 2.2- L'approche communicationnelle

Le médecin accepte de prendre en compte les interrogations du patient. Il se sent l'obligation de ne pas se contenter d'ordonner, son rôle est aussi d'expliquer. Le dialogue médecin-malade prend place dans la consultation, cependant il reste marginal : la logique reste la même que dans le premier cas, il faut éduquer le patient afin que celui-ci intègre le vrai savoir ou le refuse. Dans cette logique le malade est un client.

### 2.3- L'approche négociée

Le médecin accepte non seulement de prendre en compte les interrogations du patient, mais aussi ses raisonnements, ses choix, et les conséquences de la maladie sur sa vie. La relation médecin-malade se complexifie, le médecin ne doit pas se contenter d'expliquer mais il doit adapter ses propositions thérapeutiques aux enjeux du patient. Le dialogue médecin-malade est central : la décision finale est le résultat d'un processus de négociation. Dans cette logique le malade est un partenaire.

## **3- Une approche psychanalytique : les trois espaces de la relation thérapeutique [28]**

L'état de maladie implique un mouvement de régression plus ou moins marqué qui ramène le patient à l'un de ses premiers stades évolutifs (voir fiche n°20 : Eléments psychanalytiques). Idéalement, la relation thérapeutique aura pour but de mettre le patient sur la voie d'une progression vers l'autonomie, qu'il s'agisse d'éliminer la maladie ou de

composer avec elle. Trois modes ou espaces relationnels différents ont ainsi été décrits, qui s'ordonnent schématiquement comme un parcours depuis la dépendance la plus marquée jusqu'à la plus large autonomie.

### 3.1- L'espace primaire

Le patient a besoin d'une "puissance protectrice" s'interposant entre lui-même et ce qui l'agresse et l'angoisse : c'est alors le rôle que joue le médecin, comme "pare-excitation". Ce rapport "non médiatisé" au médecin, pose la question de la distance car la position du patient est fusionnelle avec un risque d'enkystement.

### 3.2- L'espace intermédiaire ou transitionnel

Le médecin est comme un "sas" entre le patient et le monde extérieur (ou le réel), il produit un effet "soutenant". La relation est médiatisée par le jeu autour de différents objets ou rituels (ordonnance, examens complémentaires...) permettant un maniement personnalisé de la relation, sa reconstitution et sa restitution, et la possibilité d'une élaboration. La distance peut alors varier : il existe un espace de négociation. Il peut apparaître un risque de tensions liées au processus de changement ou un risque de pérennisation (enlèvement) si la relation se fige.

### 3.3- L'espace d'intégration psycho-somatique et d'autonomisation

Les deux sujets sont perçus comme autonome. Sans déprécier le rôle de celui-ci, le patient sait que le médecin ne détient pas tous les savoirs. Le médecin se pose comme un repère stable et reconnu, facilitant l'émergence du sens à partir des symptômes et affects du patient. La relation se médiatise par le langage, avec une élaboration active, permettant une intégration somato-psychique ("ne plus avoir le corps d'un côté, la tête de l'autre"). Le cheminement conduit à la construction à deux d'une voie thérapeutique.

Ces trois espaces relationnels peuvent s'ordonner comme un parcours vers une autonomie de plus en plus grande. Cependant, dans la réalité, il existe souvent des allers et retours, des intrications, ou des fixations durables.

## Discussion

Ces trois approches différentes apportent chacune des éléments intéressants de réflexion sur la relation entre le médecin et son patient. On remarque par exemple certaines correspondances entre des modèles historiques et des modèles psychanalytiques : le modèle négocié de Strauss nécessite que le patient se situe dans l'espace d'autonomisation. Aucun modèle n'est mauvais en soi, chacun peut être un passage obligé dans la relation médecin-malade, mais le rôle du médecin généraliste est d'amener son patient, à son rythme, à une certaine autonomie, c'est-à-dire l'acceptation de sa maladie, et de savoir composer avec elle. Certains patients resteront dans une relation primaire, ayant besoin

d'une "autorité protectrice", d'autres initialement dans un rapport conflictuel, mûs par la peur, prendront leur place en partenariat. Le médecin se doit de percevoir ces mécanismes relationnels pour les respecter, pour s'adapter, pour aider si possible le patient à gérer son capital santé en fonction de ses représentations.

### Illustration

Madame S. a pris rendez-vous après la consultation "d'annonce d'une maladie grave", le matin même à l'hôpital. Sa lésion cancéreuse lui a très bien été expliquée, ainsi que les différentes possibilités thérapeutiques. C'est à elle de choisir. Elle est en larmes, pas certaine d'avoir bien compris, doutant encore de sa maladie : "Je ne sais plus où j'en suis. Ils ont été très agréables, m'ont tout de suite proposé de voir la psychologue du service. Que dois-je faire docteur, vous me connaissez bien ?" Le médecin reprend les informations une à une, puis évoque la peur de la patiente et celle de sa famille. Ils conviennent d'en reparler la semaine suivante. La patiente sera ainsi revue régulièrement jusqu'à la semaine suivant sa première séance de chimiothérapie. Madame S. reprend rendez-vous 6 mois plus tard pour la prolongation de son congé longue maladie. Le traitement a bien avancé. Elle a débuté la radiothérapie. Elle parle de "cette épreuve", de son ressenti des soins, de la difficulté presque plus grande pour sa famille que pour elle, qui est plus réellement impliquée.

On peut discerner le cheminement de la patiente : le besoin initial d'une régression légitime à l'annonce du cancer, permettant en même temps une grande compliance aux soins, puis une relation passant par la médiation et des rites (rendez-vous programmés) assurant un effet soutenant du médecin, et enfin l'autonomisation du patient, qui n'a plus besoin du médecin pour "assumer" sa maladie.

### Pour aller plus loin

Adam P, Herzlich C, *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Paris : Nathan, 1994 : 127 p. (p. 76-89).

Velluet L, Gervais Y. Les trois espaces de la relation thérapeutique. In Conférence Permanente de la médecine générale. *Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003 : 181 p. (p. 31-41).

## Fiche n°17

### LA FONCTION APOSTOLIQUE

La fonction apostolique est un concept énoncé par Balint. Chaque médecin, porteur de ses valeurs personnelles, a sa représentation du malade idéal. "La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Bien que cette idée soit rien moins qu'explicite et concrète, elle possède une immense puissance et, comme nous l'avons découvert, elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients." [23] Ce sont des "intentions parfaitement louables d'améliorer l'état du patient fondées sur une relation inégale" [71].

La fonction apostolique est marquée par les traits de la personnalité du médecin, si bien que "les patients se sélectionnent eux-mêmes selon les croyances apostoliques du médecin" : "Si patient et médecin n' « accrochent » pas et que le médecin n'arrive pas à convertir le patient à ses propres croyances apostoliques, la seule issue ouverte au patient est de trouver un autre médecin. L'auto-sélection et la fonction apostolique sont les contreparties l'une de l'autre, ce sont elles qui établissent l'atmosphère particulière et hautement individualisée de chaque pratique médicale, dont le résultat est, pour finir, la compagnie d'investissement mutuel." [23]

Un aspect important de la fonction apostolique est le besoin pour un médecin, de montrer qu'il veut le bien de ses patients, "qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace".

#### Discussion

La fonction apostolique était sans doute plus marquée au temps d'un exercice médical paternaliste où le médecin était celui qui sait et le patient celui qui obéit. A l'heure de la négociation et du dialogue, cela voudrait-il dire que ce concept aurait disparu des pratiques médicales ? Vraisemblablement pas. Chaque médecin est porteur, au plus profond de lui-même de valeurs, de croyances, de représentations que son éducation, son expérience, ses rencontres ont forgées en lui. Ainsi il semble peu probable que celles-ci n'influencent en rien son discours et ses décisions, même s'il tente de favoriser un échange et une décision partagée.

On peut également remarquer chez les jeunes médecins, ce fort désir de faire du bien à leur patient, de lui rendre service. Ceci est une composante de la fonction apostolique.



### Illustration

Ce médecin, la quarantaine florissante, sportif et svelte, très attentif à son poids de forme, est particulièrement vigilant au poids de ses patients. Il pèse systématiquement tout patient qui entre dans son bureau et chacun repart avec un conseil sur l'alimentation, souvent sur la consommation de pain. Il invite aussi vivement les patients évoquant la moindre plainte abdominale, à éviter les aliments type crudités, tomates et les boissons gazeuses. Il faut dire que ce médecin a lui-même des difficultés à digérer ces aliments. Il arrive à son associé, plus sédentaire et qui exècre le sport, de conseiller aux patients de relativiser les bons conseils de son confrère et de privilégier les occupations intellectuelles pour mieux s'épanouir. Les patients s'amusent ouvertement de ces petites différences.

### Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419 p. (p. 227-53).

## ELEMENTS DE COMMUNICATION

La communication est le vecteur de toute relation. Son étude s'intéresse à l'échange du message entre un émetteur et un récepteur. La communication utilise l'information, en la mettant en forme, et sert la qualité de la relation. Dans le colloque singulier et asymétrique avec son patient, le médecin doit connaître quelques concepts issus des sciences de la communication. C'est un sujet vaste. Nous n'aborderons ici que quelques notions, soulignant l'importance que joue la communication en médecine.

Dans un travail sur la communication et son enseignement, des médecins canadiens ont retenu la **définition** suivante : "La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé. La communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations, et le développement d'une relation" [66].

**Les théories de communication** décrivent plusieurs types de communication [20] :

- la communication informative qui est réduite au message dans son aspect technique. L'émetteur est le pôle actif, le récepteur, le pôle passif. Le problème de la signification apparaît comme secondaire. On comprend ici que ce transfert d'information ne tient compte ni de la communication non verbale, ni de l'interprétation différente des mots qui pourrait être faite.
- la communication expressive, elle, prend autant en compte le contexte dans lequel se situe la communication que le contenu de celle-ci. Comportement et communication sont alors synonymes. On sent ici toute l'importance que peut avoir la communication non verbale.
- la communication interprétative nécessite l'usage d'un "code commun" pour que l'émetteur et le récepteur se comprennent. Apparaît ici toute la problématique du sens des mots et des représentations.

### **La communication non verbale**

Pour Watzlawick, "on ne peut pas ne pas communiquer" [67]. Ceci signifie que tout est communication, bien au-delà des mots. Ainsi il semblerait que seulement 30% du message passe par son contenu (les mots), le reste étant de l'ordre du non-verbal. Ce que dit le médecin a donc de l'importance, mais sa manière de le dire, les gestes, le regard, le ton, sont également des signaux que le patient va recevoir et interpréter.

## **Difficultés en communication**

Les obstacles et difficultés en communication pour le médecin comme pour le patient sont nombreux.

### 1- Le médecin croit tout dire, ou s'il ne le fait pas, il a de bonnes raisons

Le regard que les médecins portent sur leur façon de communiquer est biaisé. Ils surestiment très fréquemment la quantité d'informations ainsi que la qualité de l'information qu'ils partagent avec leurs patients, tout en sous-estimant le désir des patients d'avoir de l'information. Ceci a été mis en évidence par la sociologue Fainzang dans son ouvrage *La relation médecins-malades : Information et mensonge* [68]. Elle rapporte ainsi que les médecins ont l'impression de tout dire : "on ne leur cache rien". En fait l'information donnée par le médecin ne correspond pas forcément aux attentes du patient : par exemple, le médecin donne un diagnostic là où le patient attend un pronostic. Dans les cas où une information n'est pas donnée, les médecins justifient cette attitude en expliquant que le malade ne veut pas savoir, ou qu'il le juge incapable d'assumer l'information. L'analyse de ces situations a montré qu'en réalité le choix par le médecin d'informer tel ou tel patient repose sur une construction sociale. Ainsi les médecins donnent plus d'explications à ceux qu'ils jugent, souvent inconsciemment, de classes socio-économiques supérieures.

### 2- Des difficultés de compréhension : origine sociale, sens des mots

Cicourel parle de cette communication contrariée [69], mettant en évidence l'immense difficulté des médecins comme des patients à communiquer. Pour lui "les langages adoptés d'un côté comme de l'autre sont révélateurs non seulement des différences de statut qui caractérisent telle ou telle stratification sociale, mais également des codes (ou registre linguistique) qui différencient les connaissances de base des participants, les croyances liées à la maladie et à ses causes". D'un côté les médecins ne comprennent pas que les patients arrêtent d'eux-mêmes un traitement, ne viennent pas à des rendez-vous, ne révèlent pas des éléments importants de leur santé, de l'autre, les patients ont l'impression que le médecin n'est pas réceptif à leur point de vue, ne donne pas suffisamment d'informations. Il est ainsi frappant de constater qu'à la fois les médecins ont le sentiment de faire des efforts pour donner le plus d'informations possibles tandis que les patients se considèrent comme insuffisamment informés. Une explication à ce phénomène pourrait être ce que Fainzang appelle le décalage cognitif : les questions et les préoccupations des malades sont souvent mal-entendues mal-comprises et font alors l'objet d'une réponse inappropriée. Enfin, les mots employés par les uns et les autres ne sont pas porteurs de la même connotation pour l'émetteur et le récepteur. C'est ce que Balint appelle la "confusion des langues" (voir fiche n°19 : La confusion des langues). Ainsi le terme "r égressé" employé par le médecin est-il une bonne nouvelle ?

### 3- Des façons d'échanger plus ou moins propices à une bonne communication

Les médecins utilisent de façon prédominante le style interactif : ils dominent les échanges, posent les questions et interrompent assez précocement les patients dans leurs explications des raisons pour lesquelles ils consultent. Ce style, marqué par le modèle biomédical, peut entraver une communication efficace car le patient n'a alors pas forcément la place d'exprimer ce qui l'angoisse, le sens qu'il donne à ce qui lui arrive... La réponse du médecin risque donc d'être inappropriée : ce dernier peut passer du temps à donner des informations qui ne sont pas celles dont le patient a besoin. Le médecin est plutôt appelé à une écoute active.

### Discussion

La communication est essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en charge. La communication joue un rôle dans la question de l'observance. L'inobservance varie de 20 à 75% selon le type de problèmes et le type de traitement ou le type de changement de comportement attendu du patient. La communication peut contribuer à améliorer l'observance. Selon Cicourel la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants.

De même, une étude a montré que la communication améliore la guérison [70]. Elle influence les résultats de santé de façon indirecte en augmentant la compréhension, la confiance dans la capacité à faire le traitement, la motivation, le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne. Il existe également un lien entre mauvaise communication et risque pour le médecin de faire l'objet d'une plainte.

La communication, si essentielle soit elle, reste encore trop souvent absente des programmes de formation des futurs médecins. Plusieurs barrières à cet apprentissage existent, la plus importante étant la croyance que savoir communiquer est une compétence déjà acquise ou innée. Lors d'un colloque sur l'enseignement de la communication en médecine, une intervenante faisait remarquer qu'il ne viendrait à l'idée d'aucun médecin d'envoyer un étudiant réaliser une ponction lombaire sans s'être préalablement assuré qu'il a déjà pratiqué cette technique sous observation. Paradoxalement, cela ne gêne personne d'envoyer les étudiants réaliser des entretiens avec les patients en vue de remplir leur dossier et cela sans les avoir jamais observés et accompagnés pour s'assurer que leur technique est adéquate.

### Illustration

Un exemple entendu dans un colloque sur la communication, qui aborde ces notions :

Mr L., 44 ans, marié, père de deux enfants, routier, fume 25 cigarettes par jour. Il se sent en forme. Le médecin qu'il a consulté a constaté à plusieurs reprises une tension artérielle élevée. Ce jour, elle est à 160/102. La biologie montre un taux de cholestérol LDL élevé. Pour ce médecin, la perception des problèmes de santé de Mr L. est la suivante : le patient a une hypertension artérielle prouvée par des examens répétés. C'est un élément sérieux avec une morbidité non négligeable, d'autant plus qu'il existe des facteurs de risque associés. Ainsi le médecin dit : "je vais vous prescrire ce médicament" et explique en quoi cela est important. Le patient, lui, sans oser le dire au médecin, se questionne : est-ce vraiment essentiel ? Sa perception est différente : sa pression est élevée, mais c'est dû au stress. Il se sent bien et ne ressent aucun trouble. En plus, il n'aime pas les médicaments "c'est chimique". Mr L., étant un homme qui n'a pas l'habitude de discuter de ces choses et de montrer son inquiétude, décidera de ne rien dire au médecin et acquiescera à la proposition thérapeutique. Le médecin pourrait donner plus d'explications à Mr L. pour le convaincre de l'utilité de ce traitement. Il n'est pas certain que cela permette une meilleure adhésion de Mr L., ni que celui-ci ait l'impression que son médecin l'ait suffisamment informé. Ce qui manque peut être ici, au médecin, c'est d'avoir questionné le patient sur ses représentations, son inquiétude, ses résistances, ce que l'on appelle "la perspective du patient". Ainsi aurait-il pu dire : Etes-vous gêné à l'idée d'avoir de la tension artérielle ?... Pensez-vous qu'il puisse y avoir une explication à celle-ci ?... Vous sentez-vous en mesure de prendre ce traitement ?...

### Pour aller plus loin

Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil, 1979 : 280 p.

(Résumé disponible sur <http://sftg-sciences-humaines.over-blog.com/article-23535197.html>)

Fainzang S. *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Paris : PUF, 2006 : 159 p.

## LA CONFUSION DES LANGUES

La confusion des langues est un concept avancé par Balint touchant à la communication entre médecin et patient. Balint l'a repris à Ferenczi, psychanalyste hongrois, pour qui la "confusion de langues" décrivait le fait que l'enfant et l'adulte ne parlent pas la même langue. Pour Balint, il s'agit de malentendus inhérents au langage au sein de la relation soignant-soigné [23] : "il y a une dangereuse confusion des langues, chacun parlant un langage qui n'est pas compris et qui est apparemment incompréhensible pour l'autre". Il donne un exemple marquant et très actuel de ce concept concernant l'expression "il n'y a rien" : "Après une série d'exams consciencieux et approfondis, lorsqu'on dit à un malade qu'il n'a rien, les médecins espèrent qu'il va se sentir soulagé et même guéri. Cela arrive, mais dans bon nombre de cas, c'est le contraire qui se produit et le médecin réagit à cette situation (toujours inattendue malgré sa fréquence) par une surprise douloureuse et de l'indignation. Ceci pourrait être évité si les médecins gardaient présent à l'esprit que le fait de trouver qu' "il n'y a rien" ne constitue pas une réponse à la requête la plus pressante du malade : connaître le nom de sa maladie. En dehors de la peur presque universelle que nous ayons découvert une chose trop effrayante pour la lui dire, il pense qu' "il n'y a rien" signifie que nous n'avons pas trouvé et, par conséquent, ne pouvons lui dire ce qui l'effraye, le tourmente et lui cause des souffrances."

### Discussion

Cette confusion des langues rejoint la notion du sens différent qu'ont les mots et expressions dans la bouche d'un médecin et celle d'un patient. Le "il n'y a rien" rassurant du médecin, résonne pour le patient comme "mon mal ne semble pas justifié et pourtant ma souffrance est bien réelle". La confusion des langues est parfois liée au seul mot manquant. Le médecin exprime sincèrement la non gravité du trouble sans terminer sa phrase (il n'y a rien... de grave), quand le patient lui, n'entend que la négation de son trouble. Avoir conscience de ce concept est fondamental, sans quoi la relation médecin-malade risque d'être souvent exposée à des incompréhensions, sources de souffrance pour les deux parties et d'échec de prise en charge. Il peut paraître difficile de lutter contre cette confusion des langues car le médecin ne sait pas à l'avance comment tel mot ou expression va entrer en résonance avec le vécu du patient et ses représentations, et il paraît inconcevable d'interroger ce que chaque mot produit chez l'autre. Une attention particulière au langage non verbal du patient peut aider, tel un signal d'alerte.

### Illustration

Dans son ouvrage *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Fainzang rapporte de nombreux exemples de confusion des langues qui se déroulent dans des services de cancérologie. Cette confusion des langues concerne bien évidemment tout soignant. Une patiente qui s'est fait traiter pour un cancer du sein rencontre lors de son suivi le médecin oncologue. Celui-ci regarde son dossier et lui dit : "Le bilan d'extension est négatif". La patiente répond alors, inquiète : "je croyais que tout était normal". Bien que le médecin lui réponde qu'en effet, tout est normal, il persistera dans son esprit le sentiment que ce dernier lui cache quelque chose. Ce sentiment vient du malentendu créé par le mot "négatif" [68].

Un autre exemple est celui d'un patient qui consulte pour la première fois, voulant changer de médecin. A la fin de l'examen clinique minutieux, de retour à son bureau, calmement le médecin rassure le patient : "vous n'avez rien...". Le patient le coupe immédiatement, très spontanément : " Ah non docteur ne me dites pas ça, c'est humiliant, c'est ce que me dit tout le temps mon médecin habituel".

### Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 30-35).

Fainzang S. *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Paris : PUF, 2006 : 159 p. (p. 135-139).

## Fiche n°20

### **ELEMENTS PSYCHANALYTIQUES**

Dans cette fiche vont être présentés différentes notions de psychanalyse qui concernent la relation médecin-patient.

#### **1- Le transfert et le contre-transfert [20,28]**

Le transfert est défini par l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes ressenties par le patient à l'égard de son médecin, qui correspondent au report des sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait dès l'enfance et de manière latente pour une autre personne (le plus souvent un de ses parents). Le patient investit celui qu'il choisit comme soignant d'un pouvoir et d'un savoir qu'il lui suppose. Au transfert du patient répond celui du médecin, appelé contre-transfert. Ainsi "n'importe quel médecin ne peut soigner n'importe quel malade" (Balint). Le lien qui s'instaure entre patient et médecin (on pourrait aussi parler de compagnie d'investissement mutuel) tire sa solidité et son efficacité thérapeutique à la fois de la réalité des échanges affectifs qui vont se développer, mais aussi de la croyance dans le savoir attribué au médecin (sur qui le patient projette une image de toute-puissance). Il existe donc entre médecin et patient une relation transférentielle non interprétée (par opposition à la relation entre patient et psychanalyste qui, elle, l'est). Le transfert comme le contre-transfert peuvent être positif ou négatif.

#### **2- La régression [28]**

La maladie n'entraîne souvent pas seulement une altération d'organes, elle est susceptible de désorganiser la structure globale d'un individu. Un mécanisme de régression peut alors se mettre en place. Il s'agit d'un processus défensif qui vise à protéger l'individu. Celui-ci tente de récupérer l'énergie investie dans d'autres parties de sa vie (sociale, familiale, professionnelle...) pour maintenir son intégrité de sujet. Cependant, cette régression entraîne un retour en arrière dans son évolution de sujet en le ramenant à un état similaire à celui des premiers stades évolutifs. Le rôle du médecin sera de mettre le patient sur la voie d'une progression vers l'autonomie, qu'il s'agisse d'éliminer la maladie ou de composer avec elle. La régression est un mécanisme de défense mis en jeu par le patient face à la maladie, parmi beaucoup d'autres comme le refoulement, le déni, l'isolation, la projection agressive, la maîtrise, la sublimation, l'humour, l'anticipation, la répression... Nous n'aborderons pas ici ces mécanismes de défense.



### **3- Le holding ou soutien [28]**

Ce terme chez Winnicott signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce soutien est important chez les sujets en état de régression. L'intervention d'un tiers, support d'une aura spécifique, peut replacer le sujet dans un climat où se conjuguent acceptation de la dépendance et croyance dans le savoir et pouvoir du porteur de l'aura. L'effet médecin peut alors contribuer de façon décisive à l'efficacité des thérapeutiques.

### **4- Les défenses du médecin**

Le médecin n'est pas à l'abri de la mise en jeu de mécanisme de défenses lors des consultations. Ces défenses peuvent mettre en péril le bon déroulement d'une consultation et sa qualité thérapeutique. Elles ont la caractéristique de se déclencher très rapidement "avant même que nous ayons pris conscience d'une menace". "La vitesse du phénomène, plus rapide que notre pensée, semble l'un des plus gros obstacles à nos efforts pour comprendre et contrôler nos défenses. Elles méritent d'être contrôlées, car elles sont souvent démesurées, inappropriées et préjudiciables à notre efficacité professionnelle." [71]

Voici quelques images de réactions défensives :

- Le médecin "amibe" : le médecin a une réaction de retrait et de fermeture face à des dires ou une attitude du patient qui le choquent. Il se met alors en mode automatique pour pouvoir poursuivre la consultation. Ce qui peut être traduit par l'image de l'amibe : le "pseudopode" avancé se rétracte et la "particule indigeste" est violemment rejetée.
- Le médecin interrompt une conversation par un examen clinique, il met son stéthoscope dans les oreilles. Cela lui permet de se rassembler et de faire le point.
- "Sacrifier une pièce" : le médecin accepte une demande de moindre importance (prescription peu évidente d'antibiotiques par exemple) dans le but de laisser de côté provisoirement le domaine où un élément plus sérieux est en jeu.
- La rigidité professionnelle par principe : par exemple, avoir pour principe de ne jamais prescrire de somnifère. C'est une manière de refuser une demande sans s'enquérir de la détresse derrière la demande apparente.
- Ignorer la personnalité du patient et se concentrer sur son corps, rester dans le physique pour "éviter le contact avec les émotions du patient, et bien sûr pour essayer de supprimer l'émergence de ses propres sentiments".
- Ne pas écouter le patient parler mais lui donner des conseils bien sentis.

### Discussion

Ces notions ne sont pas propres à la médecine générale mais concernent toute relation de type soignant-soigné. Elles peuvent sembler abstraites, compliquées ou très théoriques.

Cependant elles ont des conséquences bien réelles au sein de la relation médecin-malade. Avoir conscience de leur existence et de leur enjeu dans une consultation peut permettre de s'interroger sur la relation : comment le patient est-il en relation (quel type de transfert ?), son attitude peut-elle être expliquée par la mise en jeu d'un mécanisme de défense ? Quels types de sentiments et d'émotions habitent le médecin ? Est-il agacé, choqué... par certaines choses entraînant chez lui un comportement stéréotypé qui s'apparente à la mise en place d'une défense ?

### Illustration

Madame L., 84 ans est suivie au cabinet depuis des années. Elle a perdu son mari il y a 4 mois. Elle consulte pour avoir l'avis du médecin sur... une question de succession : "Vous savez docteur à chaque fois que j'ai une décision importante à prendre j'ai besoin de votre avis". Une de ses filles ne la voit plus depuis la mort du père. Elle en est très affectée et se demande si elle pourrait la "deshériter". La patiente est très croyante, évoque souvent les homélies remarquables de son confesseur. Le médecin est régulièrement irrité (sans mot dire) par ce qu'il ressent comme de l'ambivalence. Il se demande d'ailleurs pourquoi la patiente n'a pas changé de médecin, alors qu'il se trouve froid pendant les entretiens. Il lui arrive de se trouver peu professionnel car dans le jugement. Est-ce pour cela qu'il a accepté, à la demande de son fils, de rendre visite à sa patiente à l'hôpital suite à un accident vasculaire cérébral, alors qu'il le fait rarement ? Se sent-il redevable d'un contre transfert négatif ? Est-il en définitive flatté par le transfert sans faille de Mme L. ?

### Pour aller plus loin

Velluet L. Le champ de la subjectivité. In Conférence Permanente de la médecine générale. *Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003 : 181 p. (p. 23-27).

Salinsky J, Sackin P. *Ca va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive*. Edition Sipayat, 2011 : 233 p.

## Fiche n°21

# L'OFFRE DU MALADE

Cette fiche va aborder la notion de "motif de consultation". Le motif de consultation est ce que le patient apporte lors de la consultation comme demande, plainte, symptôme. C'est la clé d'entrée en relation entre le médecin et le patient. Les premières minutes de l'entrevue sont généralement consacrées à l'identification du motif de recours du patient.

### **1- Le motif de consultation n'est pas le diagnostic**

Il y a souvent confusion entre la plainte du patient et le résultat final de la consultation (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable) [72]. Le malade consulte parce qu'il a de la fièvre, mal à la tête, qu'il est fatigué : ces plaintes sont le motif de consultation, qui est différent de ce à quoi le médecin conclura en fin de consultation. Selon les études, le nombre de motifs de consultation par séance est de 1,6 à 2,2.

### **2- L'offre du malade**

Cette plainte ou demande formulée par le patient est une offre que celui-ci fait au médecin. Balint considère que certains patients viennent offrir à leur médecin des symptômes et des maladies, qui sont le reflet de difficultés rencontrées dans leur vie : "Nous pensons que certaines personnes qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent affronter les problèmes de leur vie, s'en tirent en tombant malades. Si le médecin a l'occasion de les voir dans les premières phases du processus de la maladie (c'est-à-dire avant qu'ils ne se fixent à une maladie précise et "organisée") il peut se rendre compte que de tels patients offrent, pour ainsi dire, ou proposent diverses maladies ; et ils continuent à en offrir de nouvelles jusqu'à ce que survienne, entre eux et le médecin, un accord aux termes duquel l'une de ces maladies est admise comme justifiée par les deux parties... L'un des effets secondaires les plus importants (sinon l'effet essentiel) du remède "médecin" consiste dans sa réponse aux offres du malade." [23] Cette réponse apportée par le médecin est un facteur important dans l'évolution de la maladie.

### **3- Mais quel est le vrai motif ?**

Il arrive que le motif officiel d'entrée dans le système de soin ne soit pas le vrai sujet de préoccupation et le vrai problème à résoudre du patient. C'est ce qu'on appelle la demande écran. Cette situation est propre aux soins primaires. Il revient au médecin de rechercher quelle est la réelle demande du patient.

#### **4- le syndrome du pas de la porte ou les demandes de fin de consultation**

Le vrai motif est parfois énoncé, au moment où la séance se termine, sur le pas de la porte : "au fait Docteur, j'aurais aimé vous parler de..." Une étude américaine analysant les fins de consultations rapporte qu'un nouveau problème a été évoqué dans 21% des cas [73]. Ce nombre variait en fonction de la façon qu'avait le médecin de conduire l'entretien et de laisser la place à l'expression des inquiétudes et croyances du patient. Une thèse de médecine générale portant sur les demandes de fin de consultation retrouve une fréquence de ces demandes de 8,5%, plus élevée chez les femmes. Dans 11% des cas, le médecin a jugé que cette demande était plus importante que le motif initial de consultation, et 17% des médecins pensaient que le patient avait fait sa demande en fin de consultation car n'ayant pas osé aborder le sujet plus tôt [74]. Le terme d'"agenda caché" est utilisé pour nommer des problèmes nouveaux introduits par le patient en fin d'entretien [75]. Des études ont montré que le fait de laisser au patient le temps d'exprimer toutes ses plaintes entraînait une diminution significative d'agenda caché en fin de consultation. Ces "au fait docteur..." de fin de consultation révèlent aussi parfois cette crainte de la séparation, et tentent de prolonger de façon inconsciente la consultation.

#### Discussion

Le motif de consultation est ce qui ouvre et va orienter toute la consultation. Il semble donc important pour le médecin de saisir quelle est la vraie demande du patient, afin de ne pas passer la séance à répondre à côté de l'"offre" du malade. De même, anticiper par des questions les plaintes et demandes résiduelles peut éviter qu'elles ne surviennent dans de mauvaises conditions. Il est important de souligner que dans une consultation de médecine générale, en moyenne 2,2 problèmes de santé sont pris en charge. Braun propose d'interroger les plaintes du patient, les suppositions de celui-ci sur l'origine de ses symptômes. Ceci peut donner une orientation diagnostique utile au médecin, mais fait aussi appel "à la personnalité, aux expériences, aux opinions du malade", qui ainsi se voit considéré et est délivré de sa passivité [22]. Le médecin doit en effet garder à l'esprit que le motif de consultation n'est pas qu'un symptôme organique mais peut avoir, pour le patient, une signification particulière. Ceci touche à la question de la sémiotique (voir fiche n°22 : De la sémiologie à la sémiotique).

#### Illustration

Un patient de 22 ans consulte pour faire le point sur sa santé : il désire faire un "check-up" complet. Il ne se plaint de rien en particulier, mais voudrait être sûr qu'il n'a pas de cancer. La

recherche d'antécédents personnels et familiaux met en évidence le décès de son père d'un cancer de prostate deux mois auparavant. Le motif annoncé est donc celui du bilan de santé. En réalité, un motif sous-jacent se cache derrière cette demande initiale. Ce qui pousse le jeune homme à consulter est la perte récente d'un être cher. Ceci s'inscrit dans le travail de deuil, marqué par l'identification à son père décédé. On saisit bien ici que connaître "l'agenda caché" de ce jeune homme transforme la nature de la prise en charge que va proposer le médecin.

#### Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 26-27 et p. 30-45).

Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006, 79 p.

Rodondi PY, Guex P, Vannotti M. Que cache l'agenda caché ? *Revue Médicale Suisse* 2005, n°5. [en ligne]. Disponible sur : <http://titan.medh yg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30169>

## DE LA SEMIOLOGIE A LA SEMIOTIQUE

Le terme de sémiotique vient du grec *sêmeion* qui veut dire "signe". La sémiotique est la discipline qui étudie les représentations, la signification des signes quels qu'ils soient : mot, geste, son, idée, pensée... Elle s'intéresse au fonctionnement des différents systèmes de signes dans la communication entre des individus [20]. La sémiotique est souvent confondue avec la sémiologie, étude des signes des maladies, qui en est une branche spécialisée. La sémiologie s'attache donc à décoder les symptômes et signes de maladie afin d'établir un diagnostic quand la sémiotique tente de décrypter le sens des symptômes. J. Molina explique cette idée de sémiotique au travers d'une histoire parlante [76].

Cette histoire met en scène deux personnages : un indien et un homme moderne soucieux d'efficacité. L'indien fait un feu sur une colline, et agite au-dessus un tissu pour émettre des messages de fumée. L'homme moderne arrive précipitamment avec un extincteur et éteint le feu en disant : "vous voyez, c'est bien plus efficace que d'agiter votre couverture !" Le malentendu entre l'indien et l'homme moderne vient du fait que ce dernier ne connaît pas le code qui lui rendrait intelligible les messages de fumée, et qu'il interprète de façon totalement erronée la technique de l'indien pour produire ceux-ci. Les deux hommes n'ont pas les mêmes références culturelles.

Pour interpréter un signe, chacun utilise des connaissances et un bagage culturel qui lui sont propres. Ainsi la lecture d'un signe dépendra de la culture de l'interprète. En médecine, les malades interprètent à leur manière ce qu'ils ressentent. Le médecin donne souvent une interprétation différente aux signes qu'ils présentent : le malade se réfère à un code acquis par son expérience personnelle, son modèle culturel et ses représentations de la maladie, alors que le médecin utilise le code de la sémiologie médicale. Mais le signe peut être à la fois indice de maladie et vecteur d'un message de la part de son porteur. Le médecin est ainsi appelé à une double écoute : écoute selon le code de la sémiologie médicale et écoute permettant l'apprentissage du code utilisé par le patient pour transmettre un message.

### Discussion

Cette notion de sémiotique invite le médecin à prendre conscience qu'une multitude de déterminants sociologiques et personnels influence la façon d'exprimer un symptôme, de l'interpréter, de le vivre. Le malade donne toujours un sens à sa maladie, qui la situe dans son histoire et son environnement. Le médecin interprète les troubles en fonction de ce qu'il a appris sur les bancs de la faculté. Mais le médecin n'est pas seulement médecin, il est

aussi un individu qui a ses propres expériences de maladies, sa sensibilité, son histoire, ses valeurs et ses croyances.

On sait qu'il existe un modelage culturel de la maladie, et qu'il y a donc une différence dans la discrimination des symptômes et l'expression de la plainte, marquées par la culture de l'individu. Le regard anthropologique est en cela intéressant car il permet au médecin de "décrypter les mots qui désignent les maux de notre société, ainsi que les représentations qui les sous-tendent" [28]. Ainsi un irlandais et un italien n'exprimeront pas de la même façon une baisse de l'acuité visuelle. L'irlandais dira : "je ne peux y voir pour enfileur une aiguille ou lire le journal" quand un italien se plaindra d'un mal de tête perpétuel et de ses yeux rouges qui pleurent sans cesse. Il existe même des maladies propres à des sociétés données, tel le susto en Amérique latine, qui n'a aucun équivalent en Europe, ou la spasmophilie en France, qui est angoisse ailleurs. La maladie est donc aussi à entendre comme un langage du rapport de l'individu à la société [26].

Il est impossible au médecin de connaître les codes de chaque société, et d'avoir une connaissance approfondie de la culture de chacun de ses patients. Il est cependant important d'éviter d'avoir une vision trop "ethnocentree". Il convient également de ne pas oublier qu'il existe d'autres déterminants que les déterminants culturels : déterminants socio-économiques, familiaux... qui jouent parfois un rôle plus important dans le comportement du patient face à sa maladie. L'importance d'avoir une approche globale du patient, de comprendre quel sens et quelle interprétation il donne à ses symptômes ou sa maladie, va permettre de trouver une base commune au médecin et au patient pour l'analyse des problèmes, la définition des buts et des rôles de chacun afin d'arriver à une décision partagée (voir fiche n°34 : Décision médicale partagée).

### Illustration

Une jeune femme de 24 ans consulte pour des migraines violentes. Le médecin la voit pour la première fois, entre deux rendez vous, car elle insiste auprès du secrétariat. Elle est étudiante et rentre chez elle le week-end. Elle s'excuse, veut juste des médicaments pour la soulager. Le médecin la reçoit et l'interroge sur sa vie. Il apparaît que son père est mort d'une hémorragie méningée quand elle avait 12 ans. Il apprendra un peu plus tard que les maux de tête ont commencé à l'âge de... 12 ans. Sa mère, très affectée, n'a jamais voulu reparler de ce père, ses deux sœurs non plus. En parlant, la jeune femme fait le lien pour la première fois entre ses maux de tête, le décès de son père et le silence familial. Ses céphalées apparaissent alors comme message, comme signifiant, que la médecine tente depuis des années de soulager sans succès.

Pour aller plus loin

Molina J. Il n'y a pas de fumée sans feu. De la sémiologie à la sémiotique. Exercer 1991 ; 11 :4-7.

Adam P, Herzlich C, *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Paris : Nathan, 1994 : 127 p. (p. 60-64).



## Fiche n°23

### LE SYMPTÔME : MYTHES ET REALITES

Le mot symptôme vient du grec *sun*, avec et *piptein*, arriver : c'est ce qui arrive avec. Le dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare précise que c'est un "phénomène particulier que provoque dans l'organisme l'état de maladie. Découverts par le médecin (symptômes objectifs) ou signalés par le patient (symptômes subjectifs), les symptômes permettent d'établir le diagnostic." [77] En sémiologie, on différencie symptôme et signe. Un symptôme est une plainte ressentie, exprimée directement par le patient, ou retrouvée indirectement par le médecin (fatigue, douleur, éruption...) Un signe est une caractéristique clinique que cherche le médecin. C'est un élément objectif, que le patient ne ressent pas nécessairement (souffle cardiaque, râle bronchique...) Symptômes et signes sont les éléments de base de la démarche diagnostique.

En pratique, le symptôme n'est pas systématiquement le signe d'une maladie. Sans soin, il n'évoluera pas nécessairement vers l'apparition d'une maladie. On dit du médecin généraliste qu'il intervient au stade précoce des maladies (voir fiche n°4 : Intervention au stade précoce et non différencié des maladies). Pourtant, le praticien constate que les symptômes aboutissent rarement à une maladie. Seulement 2% des symptômes évolueraient en maladie [22]. L'observatoire de la médecine générale montre que le médecin, en fin de consultation n'a, comme fait objectif, qu'un ou des symptômes isolés dans 26% des cas et qu'ils ne seront révisés ultérieurement que dans environ 5% des cas.

Par ailleurs, la psychologie nous invite à porter un autre regard sur le symptôme. Celui-ci peut être vu comme une proposition du patient à son médecin (et plus largement son entourage), qui, selon la réponse apportée, pourra se fixer en une maladie [23] (voir fiche n°21 : L'offre du malade). La notion de transfert prend ici toute son importance. En psychanalyse, c'est par le symptôme que Freud a découvert l'inconscient, en cherchant à comprendre les mécanismes de sa formation : le symptôme comme la manifestation d'une satisfaction substitutive répondant à un défaut de jouissance [78]. Le symptôme peut donc être aussi une souffrance qui satisfait [79]. Cela renvoie à la notion de conversion.

#### Discussion

Confiner le symptôme à un signe de maladie organique à décrypter selon le code de la sémiologie médicale est réducteur. Il est en effet utile au praticien de savoir, en premier lieu, que bon nombre de symptômes présentés par leurs patients n'évolueront pas en maladies. Cette notion nous rappelle l'importance que représente l'usage du temps en médecine générale pour éviter une médicalisation systématique de toute plainte. Elle influence aussi la

façon de nommer son "diagnostic final", et de gérer le risque (voir fiches n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable, et n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique).

De plus, le symptôme ne doit pas être seulement entendu comme un possible indice de maladie mais aussi comme signifiant [20] (voir fiche n°22 : De la sémiologie à la sémiotique). Enfin, le symptôme est toujours présenté au travers de nombreux écrans (que sont les représentations du patient, son histoire, sa personnalité, les déterminants sociologiques...) ce qui impose au médecin de le replacer dans son contexte. Ainsi, le praticien ne doit pas oublier, avant de s'approprier professionnellement le symptôme, que celui-ci, comme la maladie, appartient en premier lieu au patient : de ce fait l'opinion de ce dernier est légitime [3].

En médecine générale, 20 à 40% des plaintes de patients seraient d'ordre psychosomatique. Plus de la moitié des patients, pris en charge par des médecins de premier recours, ayant un diagnostic de maladie psychique, se présentent avec des symptômes somatiques seuls [80]. Il est donc justifié, pour une bonne efficacité de sa démarche diagnostique, que le médecin généraliste connaisse toutes les nuances du symptôme. En effet, il doit rester vigilant face à ce "qui arrive avec" : la maladie, mais doit aussi tenir compte de celui qui arrive avec : le patient.

### Illustration

Lucie M., 21 ans, étudiante en lettres, vient en consultation après ses cours. Elle n'est pas connue du cabinet. Elle se plaint de brûlures en urinant et surtout d'être obligée "d'y aller très souvent". Elle n'a jamais eu de symptômes de ce genre. Elle est sous contraception orale, mais n'a pas eu de rapport sexuel depuis plus d'un mois. Elle ne présente pas de fièvre, pas de douleur lombaire. Le médecin l'examine, conclut à une cystite et lui prescrit un traitement. La patiente revient 10 mois plus tard avec la même symptomatologie. Le médecin lui fait remarquer que cela fait 3 épisodes en un an. Elle a été vue en effet il y a 3 mois par l'interne. Le tableau est identique aux épisodes précédents. Le médecin lui explique qu'il faut cette fois faire une analyse d'urines et qu'il faudra éventuellement faire des explorations morphologiques. Sans le laisser poursuivre, la patiente lui demande : Ces cystites ne pourraient-elles pas être d'origine psychologique ? Le médecin évoque la "cystite à urine claire". La conversation se porte alors sur sa vie actuelle, ses doutes sur ses études... Il est finalement décidé conjointement de faire un ECBU et de ne pas traiter, mais de se revoir avec les résultats pour rediscuter de "tout ça".

Pour aller plus loin

Klotz JP. Thérapeutique du symptôme ou symptôme thérapeutique ? *Mental* 2003 ; 13. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.er.uqam.ca/listes/arc/liste-gepi/2007-11/pdf00001.pdf>

Le Breton D. Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant. In Galam E. Ed. *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202 p. (p. 30-40).

## Fiche n°24

### **L'ANAMNESE AVANT TOUT**

L'anamnèse, du grec *anamnêsis* – action de rappeler à la mémoire – est l'ensemble des renseignements fournis au médecin par le malade ou son entourage sur l'histoire d'une maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

L'anamnèse est souvent faite au tout début de l'entrevue, après que le patient ait expliqué le motif de sa venue (son motif de consultation). Il s'agit du premier temps du recueil sémiologique, nécessaire à une bonne démarche diagnostique. C'est donc un temps important de toute consultation médicale, qu'elle soit faite en cabinet libéral ou à l'hôpital, par un médecin généraliste ou un spécialiste. L'étudiant effectuant ses premiers stages d'externe apprend d'ailleurs très vite ce temps de l'observation, qu'il note sur le dossier entre les antécédents et l'examen clinique.

Comme dans les autres spécialités, mais peut-être même plus en médecine générale, l'anamnèse est essentielle : elle doit essayer d'être centrée sur le patient plus que sur la seule maladie (voir fiche n°8 : Modèle biomédical versus holiste) afin d'intégrer le problème biomédical dans la vie du patient [24].

Au terme de l'échange, le médecin généraliste confronte les données recueillies avec ses connaissances et son expérience. Il est alors en mesure de formuler une hypothèse diagnostique. C'est ensuite la rigueur de sa démarche clinique qui permettra de vérifier cette hypothèse. Des études montrent que cette première hypothèse, émise à la fin d'un interrogatoire bien mené, est confirmée dans 75% des cas [81].

#### Discussion

Le titre de la fiche "L'anamnèse avant tout" est un peu provocateur. Il a simplement pour but de signifier l'importance de ce temps qui, s'il est mal conduit ou escamoté, risque d'entraîner le médecin sur des pistes erronées.

Il importe au praticien, pendant ce temps consacré au recueil d'informations, d'être dans une attitude d'écoute active. Des études montrent que le médecin interrompt souvent son patient après une durée moyenne d'expression de celui-ci de 22 secondes, alors que la durée spontanée moyenne est de 92 secondes [82].

L'anamnèse se déroule généralement au bureau du médecin. Il arrive qu'elle se poursuive ensuite lors de l'examen clinique, mais il semble important que les informations essentielles pour formuler les hypothèses aient été recueillies avant que patient et médecin ne se lèvent pour rejoindre la table d'examen.

Braun explique qu'il lui est arrivé de poursuivre l'anamnèse en réalisant l'examen clinique : c'est ce qu'il nomme la "conduite diagnostique parallèle". Ceci concernait surtout des cas compliqués où les plaintes étaient multiples et où il ne parvenait pas à faire de lien entre elles. L'examen clinique était de ce fait également "décousu", le médecin ne sachant plus exactement ce qu'il cherchait [22]. On sent bien là que c'est ce qui menace le médecin si l'anamnèse au bureau n'a pas conduit à formuler des hypothèses dans sa démarche diagnostique.

La genèse d'une hypothèse semble assez aisée quand le symptôme présenté entre dans un cadre nosologique appris à la faculté. Cela devient plus complexe quand ce que décrit le patient ne correspond à aucun tableau appris : c'est sans doute dans ces cas-là qu'il est encore plus essentiel de rester assis au bureau pour parler avec le patient afin d'essayer de comprendre les codes que celui-ci utilise (voir fiche n°22 : De la sémiologie à la sémiotique). Il est d'autant plus important pour le médecin généraliste de privilégier ce temps de conversation initial avec le patient, qu'il est amené à prendre en charge en moyenne 2,2 problèmes de santé différents lors de la même consultation (voir fiche n°21 : L'offre du malade). Soigner cet échange lui permettra donc de bien recueillir les attentes et de cerner au mieux les différents problèmes qu'il aura à gérer.

### Illustration

Monsieur P., 57 ans, a pris rendez-vous pour "une douleur de l'estomac". Il n'a pas d'antécédent particulier, consulte rarement, son dossier ne montre que des vaccinations à jour. La douleur à type de pesanteur est apparue il y a 3 semaines. Le médecin le questionne sur la prise éventuelle de médicament, son alimentation récente, sa prise de café, de tabac et d'alcool, et lui demande de passer dans la salle de soin pour être examiné. Le ventre est souple, la douleur est reproduite à la palpation de l'épigastre. Le médecin lui demande alors s'il n'est pas constipé et s'il n'aurait pas de nausée. La tension artérielle est normale, pas de signe d'anémie. Le patient se rhabille. Le médecin, en se lavant les mains, questionne sur une éventuelle période de stress. Mr P. ne se sent pas particulièrement stressé mais parle d'une charge de travail importante en ce moment avec de la pression entre collègues sur les chantiers. Le médecin se rassoit à son bureau. Un peu perplexe devant ce premier épisode d'épigastalgies n'imposant pas de fibroscopie immédiate mais semblant inquiéter le patient, il fait préciser ces douleurs récentes et inhabituelles, au moment de prescrire un inhibiteur de la pompe à protons. Il arrive à mettre en évidence qu'elles sont malgré tout ressenties lors des efforts au travail. Finalement, il propose au patient de tester de la trinitrine et fait un courrier à son correspondant cardiologue. Le patient est d'accord mais avant de partir voudrait s'entretenir d'un autre problème. Il souffre depuis

un certain temps de besoins impérieux d'uriner, nécessitant de pousser en fin de miction. Le médecin, un peu dépité, recule dans son fauteuil et... reprend son interrogatoire : alors vous arrive-t-il de vous lever la nuit pour uriner ?...

Pour aller plus loin

Anvik T. Is the first idea a good idea? *Exercer* 1997; numéro spécial recherche :14.

Braun RN. *Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot, 1979 : 512 p. (p. 152-62 et p. 233-47).

## Fiche n°25

### **L'EXAMEN PHYSIQUE : RITUEL DIAGNOSTIQUE ET RELATIONNEL**

Tout comme l'anamnèse, l'examen physique est une des premières choses que l'étudiant en médecine a appris à réaliser lors de ses stages hospitaliers. Il l'a alors pratiqué appareil par appareil, puis consigné sur le dossier du patient de façon très méthodique. Que peut-on dire de l'examen clinique en médecine générale ?

En médecine générale le principe "anamnèse exacte, examen complet, routine de laboratoire, établissement d'un diagnostic exact" est un mythe [22]. Il ne correspond pas à la réalité de la démarche diagnostique praticienne. Ceci ne signifie pas pour autant que l'examen physique serait inutile. Il vient, en soutien de l'interrogatoire du patient, confirmer ou infirmer les hypothèses diagnostiques du médecin, par la recherche, le plus souvent, de signes négatifs de maladie (voir fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique).

Braun explique que le médecin généraliste adopte trois sortes de démarches diagnostiques conduisant à un examen clinique différent :

- La démarche diagnostique directe : l'examen clinique est limité car centré sur un signe nosologique déterminant : c'est le cas par exemple pour une varicelle.
- La routine locale : l'examen est limitée à une région : c'est le cas pour une rhinite avec toux où le médecin examinera la sphère ORL et pulmonaire.
- La routine générale conduit le médecin à effectuer un examen plus large : c'est le cas pour une fièvre nue [22].

C'est à l'issue de cette démarche clinique que la "première hypothèse" formulée après le temps de l'anamnèse (voir fiche n°24 : L'anamnèse avant tout) sera soit confirmée, soit infirmée, ou encore, ne pouvant être validée, donnera lieu à des examens complémentaires [24].

L'examen clinique ne remplit pas seulement une fonction diagnostique. Il est aussi un moment de relation avec le patient et a valeur de relation thérapeutique. La distance physique médecin-patient est à ce moment-là très réduite, et il n'y a plus de barrière matérielle entre les deux individus (pas de bureau les séparant). Cette réalité des cercles relationnels a été décrite par E.T. Hall, dans sa théorie de la proxémie. Le médecin est en effet un des rares à entrer dans l'espace personnel, voire intime du patient (< 40 cm).

Une thèse de médecine générale a étudié l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale, par une étude qualitative d'entretiens avec des patients. On y retrouve des notions importantes [83] :

- L'examen clinique fait exister en tant que personne, il est pour beaucoup de patients à la fois une marque de conscience professionnelle mais aussi d'attention particulière.
- L'examen est aussi le lieu possible pour se confier. Certains patients utilisent ce moment pour dévoiler des problèmes particuliers.
- Au travers de l'inspection, de la palpation, et de l'auscultation, les patients se sentent regardés, touchés, écoutés : l'examen du corps devient l'examen de la personne.
- Pour la majorité des patients, l'absence d'examen clinique au cours d'une consultation est considérée comme étonnante, décevante voire choquante. Cette attente des patients est probablement en lien avec une habitude socioculturelle : c'est ce que montre l'importance aux yeux des patients de la prise de la tension artérielle même si celle-ci n'est pas toujours justifiée du point de vue médical ; au point que certains patients ne se sentent pas correctement examinés si celle-ci n'est pas prise.
- L'examen clinique est parfois vécu avec anxiété et difficultés par le patient car il y expose sa nudité et est alors renvoyé au rapport qu'il entretient avec son propre corps (rondeurs non assumées...)

### Discussion

L'examen clinique est donc à vivre sous ses deux facettes : diagnostique et relationnelle. Au niveau diagnostique, ce sera le plus souvent par la recherche de signes négatifs de maladie permettant d'éliminer les hypothèses de pathologies à évolution menaçante : l'examen se termine en effet souvent par un constat de non-lieu.

Au niveau relationnel, il s'agit d'un temps privilégié qui fait exister le patient, et lui fait "prendre corps". Cette attention au corps de l'autre participe à la construction d'une relation de confiance indispensable au soin, à la compagnie d'investissement mutuel (voir fiche n°15 : La compagnie d'investissement mutuel). C'est le lieu possible de l'intersubjectivité entre un savoir technique scientifique et une connaissance sensible du corps.

Il est essentiel que le médecin donne des explications sur son examen : celles-ci permettent au patient une réappropriation de son propre corps et de mettre des mots sur les maux.

L'examen clinique a une dimension de rite qu'il convient de ne pas négliger. Il a pour le patient, préoccupé par ses propres représentations du corps et de la maladie, une portée thérapeutique en soi (voir fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin).

Le médecin généraliste doit être conscient qu'il reste encore un clinicien, l'examen physique étant une étape importante dans le processus de sa démarche diagnostique. Pour cela, il assume de sortir de l'illusoire mythe de l'examen systématique et complet, en ciblant et orientant son examen en fonction des hypothèses émises lors de l'anamnèse. Il doit aussi résister à l'évolution technicienne de la médecine qui a tendance à "bilanter" quasi uniquement à partir des motifs de consultation. Enfin, il peut arriver que l'examen ne soit pas



utile, voir contreproductif.... C'est le cas de la prise en charge de troubles psychiques notamment psychosomatiques. Revenir au symptôme, au corps, n'est pas toujours judicieux.

### Illustration

Madame V. âgée de 65 ans vient en consultation pour prolonger un arrêt de travail, parler du décès récent de son mari et remercier le médecin pour sa présence. Celui-ci est décédé après 3 mois d'hospitalisation suite à un arrêt cardiaque. Pendant toute son hospitalisation la patiente donnait au médecin, plusieurs fois par semaine, des nouvelles, sorte de bulletins de santé qui ont jalonné cette période difficile. Madame V. s'assoit et parle, revient longuement sur les différents temps forts de l'hospitalisation de son mari, puis évoque son désir de passer à temps partiel jusqu'à sa retraite, pour revenir sans transition, sur les détails des derniers jours de son mari. Le médecin est resté quasiment silencieux sans pouvoir orienter la conversation, ni la conclure. Au bout de 25 minutes il propose à l'interne à côté de lui d'aller prendre la tension de la patiente. Chose faite, la patiente se rhabille, sort sa carte vitale et son chèque qui était déjà rédigé, sans se rasseoir. Après la consultation, le médecin demande à l'interne s'il a compris la raison de cette prise de tension. Celle-ci évoque la fatigue de la patiente et le contrôle de son traitement antihypertenseur. Le médecin lui explique alors le poids symbolique de l'examen physique, comment celui-ci a été la seule solution trouvée pour mettre fin à la consultation, et comment ceci est parfaitement intégré dans l'inconscient des patients.

### Pour aller plus loin

Braun RN. *Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot, 1979 : 512 p. (p. 219-24 et 273-81).

Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard – Lyon 1, 2008, 153 p.

## Fiche n°26

### MODES DE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE

Comment raisonnent les médecins ? Quelle démarche diagnostique en médecine générale ?  
"Le raisonnement peut être défini comme un ensemble de propositions qui, à partir des prémisses, permet d'aboutir à une conclusion. Il n'est pas excessif de dire que le raisonnement médical met en jeu toutes les ressources de l'esprit humain. La problématique du raisonnement en médecine pratique pour un cas donné est de maintenir un équilibre permanent entre l'application sans discernement de règles communes et l'édification d'une règle unique propre à un patient particulier." [84]

Il existe plusieurs modes de raisonnement permettant d'arriver à un diagnostic, ceux-ci pouvant être intriqués :

- Les processus de raisonnement "non analytiques" ou "intuitifs" [85] :

Ce sont des processus de raisonnement qui reposent sur les capacités du praticien à reconnaître sans effort conscient une configuration caractéristique de signes (= processus par "reconnaissance de forme" ou pattern recognition) [21,24] ou une situation clinique déjà vécue dans le passé (= reconnaissance d'exemples concrets) qui lui évoque alors très fortement un ou plusieurs diagnostic(s). Ces processus d'identification intuitive par analogie s'appliquent à des cas simples et typiques (purpura fulminans, varicelle...) et nécessitent une culture médicale. Ce type de raisonnement devient plus fréquent avec l'expérience.

- Le raisonnement hypothético-déductif [85,86] :

Il s'agit d'une démarche analytique de vérification systématique des hypothèses diagnostiques (souvent générées intuitivement par processus "non analytiques"). Le praticien recherche consciemment (par l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires) à confirmer ou à rejeter les hypothèses diagnostiques envisagées.

- Le raisonnement en chaînage avant [85] :

Il s'agit également d'une démarche de type analytique. Elle est mise en œuvre quand un médecin ne parvient pas à identifier rapidement des formes ou des exemples concrets, en raison de son manque d'expérience, de la complexité du cas ou de sa rareté. Il va alors cheminer consciemment des données cliniques et paracliniques vers la solution, grâce à l'application de règles causales ou conditionnelles (mobilisation des connaissances physiopathologiques...).

- L'approche de type interniste par réalisation d'un dossier d'évaluation exhaustif [86] :

Cette approche, peu adaptée en médecine générale, consiste à faire l'inventaire de tous les éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic, avec tentative d'exploration exhaustive de toutes les hypothèses possibles même les plus rares et les plus improbables. C'est une

démarche que le médecin peut être tenté d'avoir face à des plaintes multiples et complexes (notamment le jeune médecin). Elle peut être utile dans le cas de maladies univoques et est utilisée dans la formation des médecins. Cependant en pratique courante elle n'est pas conseillée, du fait de son coût en temps et examens complémentaires multiples. De plus elle expose à la découverte de nouvelles données parasites qui peuvent occulter le diagnostic ou orienter vers de nouvelles affections, ce qui entraîne de nouveaux examens complémentaires et de l'angoisse chez le patient.

- L'utilisation d'arbres décisionnels ou d'algorithmes [86] :

Le cheminement est de type binaire amenant le médecin à poser un diagnostic par éliminations successives en fonction de la présence ou non d'un signe, ou de la positivité ou non d'un test. Cette approche par algorithme est souvent peu utile en médecine générale : il y a peu d'arbres diagnostiques disponibles, et ces outils sont inefficaces dès qu'il s'agit d'une situation complexe (qui nécessiterait alors la mise en parallèle d'une dizaine d'arbres décisionnels indépendants les uns des autres).

- La démarche probabiliste [21,24,87] :

Cette démarche est basée sur les prévalences connues ou estimées et les valeurs prédictives positives ou négatives des signes et tests. Elle nécessite la connaissance de la prévalence de l'affection envisagée dans la population du patient (ou "probabilité pré-test"), et des valeurs du rapport de vraisemblance positif et négatif de chaque élément d'information clinique ou paraclinique (ou capacité discriminante des éléments recueillis). L'objectif de la démarche diagnostique probabiliste est ainsi d'estimer la probabilité d'un diagnostic à partir des informations recueillies : il s'agit de la "probabilité post-test". Cette démarche peut être utile en situation de grande incertitude. Elle invite alors à se doter de quelques repères sur les performances diagnostiques des données cliniques et paracliniques, afin de rechercher tel ou tel signe discriminant, ou de réaliser tel examen complémentaire dont le résultat influencera de façon importante la probabilité post-test de la maladie.

### Discussion

Il est rare que le médecin n'utilise qu'une de ces démarches diagnostiques. La plupart des chercheurs considèrent que le raisonnement clinique repose sur l'association de processus analytiques et non analytiques [85]. Toutes ces démarches ne se valent pas et sont plus ou moins adaptées aux circonstances cliniques.

Le médecin généraliste est souvent confronté à des problèmes indifférenciés qui vont lui demander d'utiliser toute son expertise clinique. L'application d'un raisonnement clinique adéquat lui permet alors de résoudre plus de 85% des problèmes rencontrés en pratique courante [86].

Il semble que les erreurs de diagnostic soient liées en grande partie à des erreurs de raisonnement et non à des lacunes en matière de connaissances.

Les causes d'erreur de raisonnement peuvent être en lien avec un manque de temps, un envahissement émotionnel, les défenses du médecin qui peuvent obstruer sa vision, perception et compréhension du problème du patient (ce que Balint nomme la "tache aveugle [23]), l'oubli de questions ou d'un détail clinique en situation d'urgence. La démarche par reconnaissance de forme a également ses limites avec le risque de classer trop rapidement un ensemble de symptômes en le raccordant à une affection déjà vue, par économie de temps et d'investissement intellectuel. Cette menace est particulièrement réelle pour le praticien expérimenté enlisé dans la routine. Braun parle ainsi des tableaux typiques dangereux : "A la première prise en charge, des tableaux standardisés jouent un rôle important dans la démarche diagnostique. Ils sont basés sur les tableaux dits classiques des maladies avec lesquels le médecin est familiarisé dès l'époque de ses études. Ces modèles types ne devraient servir que de point d'orientation de la pensée. Il est dangereux qu'au lieu de cela, ils prennent fréquemment dans le travail médical quotidien la place du concept de la maladie elle-même. C'est ce qui ouvre largement la voie à des erreurs d'appréciation, particulièrement dans les démarches diagnostiques divinatoires ayant cours actuellement en médecine générale." [22] Il rapporte ainsi le cas d'un retard diagnostique face à un tableau de gastrite qui en réalité était une appendicite. De ce fait il est bon qu'une démarche hypothético-déductive vienne en soutien de la démarche par analogie. De même il convient de savoir en rester à sa certitude clinique plutôt que d'enfermer le résultat de consultation dans un tableau de maladie accordé par analogie mais sans éléments suffisants (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable).

La démarche diagnostique du médecin se modifie au cours du temps avec l'expérience et l'élaboration (inconsciente) de méthodes de routine diagnostiques (ainsi que de désignations et de traitements). Ces routines concerneront surtout les cas revenant régulièrement. Pour les cas rares, les ébauches de routine se perdront rapidement [22].

### Illustration

Monsieur M., 55 ans, appelle au cabinet alors que le médecin est en consultation avec un autre patient. Il dit ne pas se sentir bien et ressentir une douleur thoracique rétro-sternale alors qu'il était en train de tailler la haie de son jardin.

La première hypothèse auquel pense alors le médecin, face à cette plainte thoracique ressentie à l'effort est un syndrome coronarien aigu. Cette hypothèse est générée par un raisonnement intuitif par reconnaissance de forme.

Le médecin interroge alors le patient tout en consultant son dossier médical : il apparaît que Monsieur M. est fumeur, dyslipidémique et traité pour une hypertension artérielle depuis 5

ans. La description de la douleur par le patient montre qu'elle est constrictive et irradie dans les mâchoires. Le diagnostic de syndrome coronarien aigu est encore plus probable. La démarche utilisée par le médecin est alors une démarche hypothético-déductive : il recherche les signes qui vont venir conforter l'hypothèse première.

Pour aller plus loin

Masquelet AC. *Le raisonnement médical*. Paris : PUF, 2006 : 126 p.

Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S et al. Raisonnement clinique et décision médicale. *Le Médecin du Québec* 2010 ; 45 (5) : 59-63.

Prescrire rédaction. Rapports de vraisemblance : utiles pour passer d'une grande incertitude à la quasi-certitude. *Rev Prescrire* 2011 ; 31 (333) : 543-547.

## Fiche n°27

### LE DIAGNOSTIC : UNE DIFFICULTE SURMONTABLE

Le terme *dia-gnôsis*, action de discerner, tire son origine du grec *gignôskô*, connaître, et désigne "l'acte par lequel le médecin groupant les symptômes qu'offre son patient, les rattache à une maladie ayant sa place dans le cadre nosologique." [77]

La requête la plus pressante du patient est souvent, avant même d'être soulagé, de connaître le nom de sa maladie [23]. La croyance actuelle est donc que le premier devoir du médecin est d'établir un diagnostic exact et qu'il est nécessaire d'avoir un diagnostic avant de traiter [22]. Or en médecine générale ce principe est faux : le médecin, de par sa situation d'exercice en soins primaires, se situe à l'émergence des pathologies, donc face à des situations non caractéristiques d'une maladie bien définie (voir fiche n°4 : Intervention au stade précoce et non différenciée des maladies). Il devra rester le plus souvent au niveau du symptôme ou d'un tableau de maladie et n'aboutira que très rarement à un diagnostic nosologiquement prouvé au terme de sa consultation [1] : "lors d'un relevé épidémiologique de 1978 établi sur 800 000 consultations, seuls un peu plus de 11% des motifs de consultations aboutissaient, in fine, à un diagnostic précis permettant un traitement étiologique spécifique. Pour le reste, force est de constater que la cause des affections suspectées reste en suspens ou que l'affection elle-même ne reçoit pas de dénomination précise. Cette violation de la règle d'or de la médecine moderne fait graviter la médecine générale dans un univers singulier, où les conclusions de la réflexion du praticien s'appuient d'abord sur une probabilité statistique et non sur une certitude." (Braun) [88]

L'établissement d'un diagnostic en médecine générale lors de la première prise en charge peut se révéler dangereux car il occulte alors l'incertitude. Ainsi, conclure à une gastrite en présence d'une épigastralgie sans qu'une fibroscopie ait permis de confirmer ce diagnostic revient à oublier que ce symptôme peut être le signe d'une autre pathologie se présentant de façon fallacieuse. "On entrevoit les raisons pour lesquelles la médecine générale scientifique doit refuser la suggestion de continuer à établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude." [22]

Pour pallier cette impossibilité d'établir des diagnostics à chaque consultation, Braun a introduit le concept de résultat de consultation. Il désigne par ce terme quatre types d'états morbides qui correspondent aux certitudes cliniques auxquelles le médecin aboutit en fin de séance :

- Le symptôme cardinal : des diarrhées ou céphalées sans autres constatations caractéristiques seront nommées "diarrhées" ou "céphalées".

- Un syndrome ou association de symptômes : il permettra de désigner les situations où le clinicien reconnaît une association de deux ou plusieurs symptômes ou signes pathologiques qui expriment une perturbation physiopathologique sans avoir suffisamment d'éléments pour identifier une cause pathogène ou un diagnostic nosologique de "maladie" (exemple : abdomen douloureux aigu).
- Une maladie ou un tableau de maladie : le regroupement des signes cliniques ou paracliniques est ici suffisamment caractéristique pour évoquer avec une probabilité acceptable et justifiable une entité morbide correspondant à une "maladie" dans la nosologie médicale, mais il y manque encore la confirmation étiologique pour avoir un diagnostic de certitude (exemple : tableau de pneumonie bactérienne devant une fièvre avec une toux, des crépitations localisés dans un champ pulmonaire précis et une opacité systématisée à la radiographie pulmonaire mais sans confirmation bactériologique).
- Un diagnostic certifié et relié sans équivoque à un concept nosologique (exemple : un ulcère gastroduodéal prouvé par la réalisation d'une fibroscopie) [89].

Ce dernier terme, et uniquement lui, correspond à la notion de diagnostic. Ainsi le médecin généraliste aboutit en fin de séance à un symptôme isolé dans 26 % des cas, à un syndrome dans 45% des cas, à un tableau de maladie dans 20% des cas et à un diagnostic certifié dans seulement 9% des cas [20].

### Discussion

Renoncer au diagnostic en médecine générale en se contentant de rester aux certitudes cliniques n'est pas simple car pour un certain nombre de patients (et de médecins) "pouvoir nommer la maladie, c'est déjà, dans l'esprit de beaucoup, pouvoir la maîtriser." [3] Cependant, donner de façon trop précoce un diagnostic c'est risquer de nommer de façon erronée les maladies et de ne pas gérer l'incertitude en abaissant sa vigilance. C'est aussi risquer d'attribuer trop rapidement au patient une étiquette de maladie, étiquette qui peut s'avérer fautive et être secondairement difficile à enlever [90]

Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à plusieurs contraintes. D'une part, il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution qui présentent rarement le tableau complet d'une maladie, et d'autre part il a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique. Enfin, il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne). Pour ces raisons, il se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie de la situation et/ou son évolution vers une maladie. Le praticien face à cette incertitude du diagnostic, s'expose alors à deux écueils. Celui de réduire le diagnostic au seul motif de consultation et celui de poser un diagnostic sans preuve. Pour éviter ces deux écueils et afin de prendre des

décisions adaptées, le médecin doit nommer précisément chaque tableau clinique qu'il prend en charge et évaluer le risque inhérent à chacun. Ainsi accepter d'appeler "état fébrile" plutôt que "syndrome grippal" un malaise général avec de la fièvre, et parfois des vomissements en période hivernale, c'est "se donner les moyens sémantiques pour éviter la confusion entre les effets et la cause, l'hypothèse et le diagnostic" [3] : cela permet de garder à l'esprit que c'est en période d'épidémie de grippe que se dissimulent les méningites à méningocoques ou les pneumonies à pneumocoques dont le tableau initial peut être tout à fait similaire. La plupart du temps, en médecine générale, la recherche diagnostique doit s'interrompre à partir du moment où l'examen de routine a abouti à un résultat négatif. Le médecin restera dans l'expectative (exemple d'une fièvre). Il laissera la situation diagnostique "ouverte" en fin de consultation pour laisser éveillée sa vigilance [22]. Cette vigilance est aussi à avoir, lorsqu'un patient ressort d'une hospitalisation avec un diagnostic "possible" ou "probable".

Classer en diagnostic des états morbides ne correspondant pas à un cadre nosologique certifié entraîne également une grande disparité entre médecins dans leur façon de nommer les résultats de consultation, comme l'a montré Logan [37]. De nombreuses classifications sont ainsi utilisées en médecine générale et y sont plus ou moins adaptées. La première est la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) [91]. Elle permet au médecin de coder trois éléments de la consultation de médecine générale : les motifs de consultation du point de vue du patient, les problèmes de santé diagnostiqués par le médecin et les procédures de soins réalisées ou programmées. Cette classification contient près de 5000 items et paraît plus adaptée à une démarche de recherche sur les différents temps de la consultation. La CIM, ou classification internationale des maladies, est à l'origine une classification des causes de décès. C'est une liste codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, contenant 14 400 codes différents et permettant de nombreux diagnostics. Elle n'est cependant pas adaptée aux soins primaires, car elle ne permet pas de décrire certains états morbides fréquemment observés, et n'a pas de définition des appellations, ce qui entraîne un risque d'interprétations différentes selon les utilisateurs [48,92]. En 1985 a été élaboré par la SFMG, un dictionnaire des résultats de consultation : il est constitué de 278 termes, recouvrant 95% des phénomènes pathologiques rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il permet un transcodage avec la CIM10. Chaque terme correspond à une des quatre positions diagnostiques décrites par Braun (symptôme, syndrome, tableau de maladie, diagnostic certifié) et est défini avec des critères d'inclusion obligatoires et discriminants. Cette nomenclature a aussi pour but d'aider le médecin à gérer l'incertitude et le risque (voir fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique) [93]. Le principal inconvénient de cet outil est qu'il n'est pas international, contrairement à la CISP qui est utilisée dans d'autres pays.



### Illustration

Melle Z., 21 ans, consulte son médecin pour des selles liquides abondantes évoluant depuis 2 jours, et une perte d'appétit sans nausées ni vomissements. Il n'y a pas de glaires ou de sang dans les selles, pas de fièvre. L'examen abdominal est sans particularité. Personne n'est malade dans l'entourage. Le médecin a vu de nombreux tableaux de gastro-entérite ces derniers temps dans sa consultation. Cependant l'interrogatoire et l'examen clinique ne permettent pas ici de retenir une étiologie à ces diarrhées. Le médecin aura donc tout intérêt à nommer son résultat de consultation "diarrhée" plutôt que "gastro-entérite". Cela lui permettra de laisser le cas "ouvert", c'est-à-dire de ne pas l'enfermer définitivement dans une case, attitude qui lui enlèverait alors toute vigilance. Il pourra ainsi s'enquérir à une prochaine consultation de ce qu'est devenu ce symptôme.

### Pour aller plus loin

Rosowski O. Le "Résultat de Consultation" selon R.N. Braun. Rev Prat Med Gen 1989 ; 72 : 127-31.

Skrabanek P, McCormick J. Diagnostics et étiquettes. In *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris : Odile Jacob, 2002 : 206 p. (p. 81-116).

## Fiche n°28

### **CAS NOUVEAU, CAS PERSISTANT**

L'exercice dans un contexte de soins primaires contraint le médecin généraliste à renoncer à poser des diagnostics de maladies en fin de consultation (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable). Dans la majorité des cas, il conclura à un symptôme ou un syndrome. Du fait de son intervention au stade précoce et indifférencié des maladies et de l'absence d'évolution systématique des états morbides en maladies, le médecin pourra utiliser le temps comme allié de sa prise en charge après avoir éliminé le risque d'évolution grave de ces états morbides (voir fiches n°4 : Intervention au stade précoce et non différencié des maladies, et n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique). Ainsi l'évolution au cours du temps, du symptôme ou syndrome, est un élément essentiel de la démarche diagnostique et de la prise en charge pour le médecin généraliste.

Braun a ainsi décrit les notions de "cas ancien" et "cas nouveau" [22]. Le terme "cas" est ici synonyme d'état morbide. La SFMG a repris cette notion dans son Dictionnaire des Résultats de Consultation, avec le code suivi. Ce code invite le médecin au moment de la saisie du résultat de consultation à noter s'il s'agit d'un nouveau cas (c'est-à-dire la première observation par un médecin) ou d'un cas persistant. Cette notification permet de suivre le déroulement de l'histoire de la maladie, l'évolution des états morbides, et de dénombrer les recours qu'ils entraînent pour chaque cas. Elle aide le médecin à la vigilance : ainsi si celui-ci a noté pendant plusieurs séances le résultat de consultation "toux" avec la notion de persistance, il mettra alors en route des procédures diagnostiques complémentaires adéquates [93].

#### Discussion

Le médecin généraliste, dans la grande majorité des cas, aboutira en fin de première consultation à une situation diagnostique "ouverte", c'est-à-dire une situation qui ne permet pas de poser un diagnostic (par exemple : une fièvre). Garder à l'esprit cette notion d'"ouverture" est primordiale car elle permet la vigilance sur une évolution éventuelle. Tout symptôme ou syndrome ne demande pas des investigations à sa première présentation. Le fait de suivre l'évolution de l'état morbide est un atout pour le médecin généraliste qui n'aura pas la même attitude devant un cas nouveau ou un cas persistant.

En effet la répétition d'une situation ouverte, c'est-à-dire la répétition de signes qui n'ont pu être entérinés dans un diagnostic de maladie, est un signal d'alarme pour le médecin. Une fièvre qui persiste, une toux prolongée... invitent le médecin à des investigations complémentaires qu'une première manifestation ne justifierait pas.

Il convient également d'être vigilant quant à la dénomination d'un cas nouveau ou persistant : un patient se présentant avec les mêmes symptômes que 2 ans auparavant mais non revu dans l'intervalle doit être considéré comme un cas nouveau car "de temps à autre, des affections nouvelles dangereuses se trouvent dissimulées derrière des troubles anciens." [22]

Ainsi cette précision, en nouveau ou persistant, des situations cliniques que le médecin prend en charge est particulièrement opérante pour les cas habituellement aigus. Compte tenu du carré de White il serait illégitime d'explorer immédiatement un certain nombre de tableaux aigus. Cependant s'ils se reproduisent, cela doit avoir valeur d'alerte pour le praticien. Le temps et le suivi sont des marqueurs efficaces pour légitimer des investigations alors nécessaires.

### Illustration

Madame C., 27 ans, vient pour une diarrhée avec quelques symptômes généraux, sans fièvre dans un contexte épidémique de "gastro-entérite". L'examen clinique est pauvre et ne montre pas de signe de gravité. Le médecin prescrit alors un traitement symptomatique et un arrêt de travail de 48 heures. Il note dans son dossier : ETAT MORBIDE AFEBRILE avec diarrhée et ajoute un N, signifiant que ce tableau est nouveau. La patiente revient une huitaine de jour plus tard pour une réapparition de la diarrhée à l'arrêt du traitement. L'interrogatoire détaillé et l'examen physique sont toujours aussi peu productifs. Le médecin note dans son dossier : ETAT MORBIDE AFEBRILE avec diarrhée et ajoute un P, signifiant que ce tableau est persistant. Devant la pauvreté du syndrome et l'absence d'accentuation, le médecin prescrit un antiseptique intestinal et demande à la patiente de le tenir informé de l'évolution. Lorsque la patiente revient à nouveau, elle décrit en plus quelques sensibilités abdominales. Devant noter pour la troisième fois : ETAT MORBIDE AFEBRILE avec diarrhée, le médecin est alerté et ordonne une parasitologie des selles, une coproculture, ainsi qu'une biologie avec NFS, CRP et TSH.

### Pour aller plus loin

Ferru P, Gabillard G, Kandel O. Dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale, révision 2010. Doc Rech Med Gen 2010 : n°66-70.

## Fiche n°29

### **GESTION DU RISQUE : DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE CRITIQUE**

Le médecin généraliste intervient à un stade précoce et indifférencié des maladies (voir fiche n°4 : Intervention à un stade précoce et indifférencié des maladies). Ceci a pour conséquence la difficulté à établir un diagnostic à ce stade initial de la maladie, et la nécessité de prendre des décisions sur la base d'informations limitées, donc dans un contexte de relative incertitude du diagnostic. Ainsi, la WONCA rappelle que " dans de telles circonstances, la gestion des risques est un élément clef de la discipline." [1] Il revient alors au médecin d'exclure les conséquences immédiatement sérieuses, "le risque principal en médecine pratique consistant dans le fait de ne pas reconnaître à temps l'évolution critique évitable d'une maladie." [22]

Ainsi on peut distinguer deux risques concernant la démarche diagnostique en médecine générale. Le premier est de ne pas nommer correctement la situation clinique que le médecin doit prendre en charge. Le second est d'oublier d'évoquer un diagnostic étiologique potentiellement dangereux, qui pourrait être responsable de conséquences dommageables pour le patient. Ce risque, faible mais non nul, d'une étiologie grave hante tout médecin. En effet, la même symptomatologie peut être révélatrice d'une pathologie bénigne comme d'une pathologie grave. La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels risques, tout en ne se lançant pas systématiquement dans une démarche d'investigation qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs.

#### Discussion

"Le corps humain n'a pour réagir aux innombrables agressions pathogènes qu'un nombre relativement modeste de troubles et de signes de maladie perceptibles. Par suite les symptômes et syndromes pathognomoniques, c'est à dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir, sont extrêmement rares." [22] Après avoir classé le cas en symptôme, syndrome ou tableau de maladie, le médecin doit effectuer ce que Braun appelle le "renversement de la démarche diagnostique" : "la conduite diagnostique devra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect [du tableau retenu]." [22]

Ces évolutions critiques évitables sont les diagnostics étiologiques potentiellement dangereux pouvant correspondre à l'évolution clinique d'un résultat de consultation. Dans son travail sur le risque, D. Jouteau les a nommés "diagnostic étiologique critique" [94].

L'évaluation du risque que représente chacun de ces diagnostics étiologiques critiques (DEC) à évoquer, tient compte de quatre éléments : sa gravité (importance du dommage

potentiel d'un DEC subi par le patient), son urgence (liée à la rapidité d'apparition des dommages du DEC), sa curabilité (possibilité et qualité d'un traitement), ainsi que de la vulnérabilité du patient. Ils caractérisent la criticité ou importance du danger. Ainsi devant une céphalée intense n'évoquant pas une migraine habituelle chez une jeune femme de 30 ans, les DEC à évoquer n'auront pas la même criticité : l'hémorragie méningée et la dissection carotidienne ont une criticité plus importante que la tumeur cérébrale (dont l'urgence est moindre), qui a elle-même une criticité plus importante que l'algie vasculaire de la face.

Illustration (tirée de la thèse de Jouteau D. [94])

Monsieur M., 79 ans, vient voir son médecin comme à son habitude, tous les 6 mois, pour surveiller "sa tension" pour laquelle il est traité. Il a pour autre antécédent une embolie pulmonaire en 1996 après une micro phlébite d'une veine distale de la jambe droite passée inaperçue. Aucune cause à cette phlébite n'avait été retrouvée.

Le praticien examine le patient : la tension artérielle est à 135/80, le cœur régulier, sans souffle audible. Il passe la main sur le ventre, un peu comme on ausculte discrètement un poumon, en étant sûr à l'avance qu'il n'y a rien à entendre... Et, surprise, il palpe une masse abdominale du flanc droit, avec un espace libre entre le rebord costal et la masse, qui mesure environ dix centimètres de diamètre. Cette masse est indolore, un peu ferme, ne fluctuant pas, et elle ne donne pas de contact lombaire. Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme particulier ni digestif, ni urinaire. Le malade est aussi surpris que le médecin. Il ne ressentait absolument rien à ce niveau.

La découverte fortuite de cette masse met le praticien en position d'incertitude diagnostique. N'ayant évidemment pas tous les éléments durant la consultation pour faire un diagnostic, il relèvera donc le résultat de consultation : tuméfaction.

La liste des DEC à évoquer chez ce patient devant cette tuméfaction abdominale sont les suivants : Hématome de paroi abdominale, Kyste hépatique (hydatidose), Abscess (paroi, organe), Hémangiome, Kyste mésentérique, Kyste rénal, Hydro-cholécyste, Hématome sous-capsulaire du foie, Hernie inguinale, ombilicale, Anévrisme artériel (Artère aorte, rénale, hépatique), Tumeur cancéreuse (foie, colon, vessie, pancréas, rein, estomac, prostate, vésicule biliaire), Lymphome.

L'analyse de la criticité de ces DEC (gravité, urgence, curabilité et vulnérabilité du patient) permet d'obtenir une liste priorisée de DEC permettant au praticien d'orienter sa démarche diagnostique : le DEC à la plus grande criticité est l'anévrisme artériel (la clinique n'oriente cependant pas vers ce diagnostic car la masse n'est pas battante), suivi du lymphome, de l'abcès et des tumeurs cancéreuses. La hernie a une criticité bien moindre.

Le médecin peut ainsi dire : "Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire", lui prescrire une échographie abdominale et un bilan sanguin et le revoir avec les résultats.

Pour aller plus loin

Braun RN. *Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot, 1979 : 512 p. (p. 65-77)

Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers, Université de Poitiers, 2011, 216 p.

## LE SABLIER DE LA DEMARCHE MEDICALE

Il s'agit d'une schématisation de la démarche médicale en médecine de premier recours [95]. Le sablier illustre la nécessité d'un travail en deux temps. D'une part, la démarche diagnostique faite d'un recueil sémiologique (interrogatoire, examen physique, résultats d'examens complémentaires) aboutissant à une synthèse clinique, et d'autre part une démarche décisionnelle centrée sur la négociation avec le patient. Ces deux temps s'articulent autour d'un incontournable nœud correspondant à la dénomination de la situation clinique que le médecin doit prendre en charge (figure n°7).

Cette illustration reprend des concepts abordés dans d'autres fiches. Il a l'avantage d'en faire une synthèse schématisée qui présente le raisonnement du généraliste.

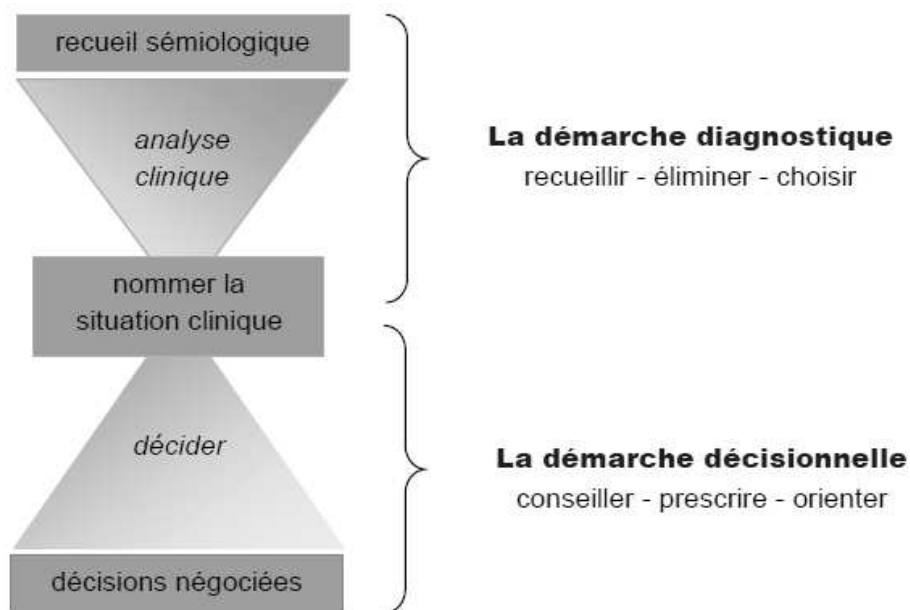


Figure n°7 : schéma général du sablier de la décision médicale

La figure n°8, dans sa partie droite, précise le déroulé de la démarche médicale en détaillant chacune des étapes. Elles sont structurées en trois temps forts : la synthèse clinique, la mise en contexte de celle-ci et la négociation des décisions.

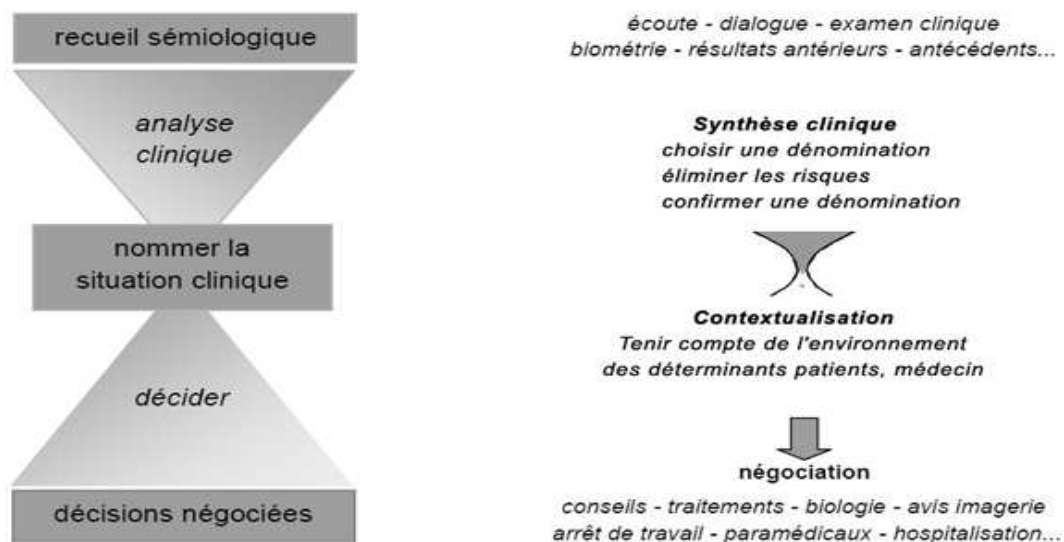


Figure n°8 : schéma détaillé du sablier de la décision médicale

### Discussion

Ce schéma illustre bien l'organisation de la pensée du médecin lors de la consultation. Comme le marin doit faire le point au milieu de l'océan afin connaître le bon cap à suivre, le médecin doit passer par la dénomination de la certitude clinique (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable) pour éliminer des risques d'étiologies graves correspondant à la situation et ainsi pouvoir prendre des décisions qui répondent au problème à prendre en charge. Il sait alors "où il doit aller". Secondairement, fort de sa démarche clinique, biomédicale, le médecin est disponible pour prendre le recul nécessaire en vue d'adopter une approche globale, holiste, de son patient, en tenant compte de ses préférences, de sa personnalité... Il sait alors "comment il peut y aller".

Le passage par ce goulet d'étranglement qu'est la dénomination de la certitude clinique s'oppose à la notion de "bilanter", qui découle quasi automatiquement des symptômes du patient sans catégorisation du tableau clinique et qui est inadaptée au premier recours.

Le sablier peut aussi se "retourner". C'est le cas par exemple si le patient revient en consultation pour le même problème avec les résultats d'une radiographie. Ces nouveaux éléments issus de la démarche décisionnelle de la première consultation, font partie maintenant du recueil sémiologique de la seconde, et peuvent influencer la nouvelle synthèse diagnostique (figure n°9). Ainsi, le sablier est une illustration de la démarche synchronique, mais la possibilité de le "renverser" à la consultation suivante en fait aussi un outil pour une démarche diachronique (voir fiche n°6 : Diachronie, synchronie, épisode de soin).



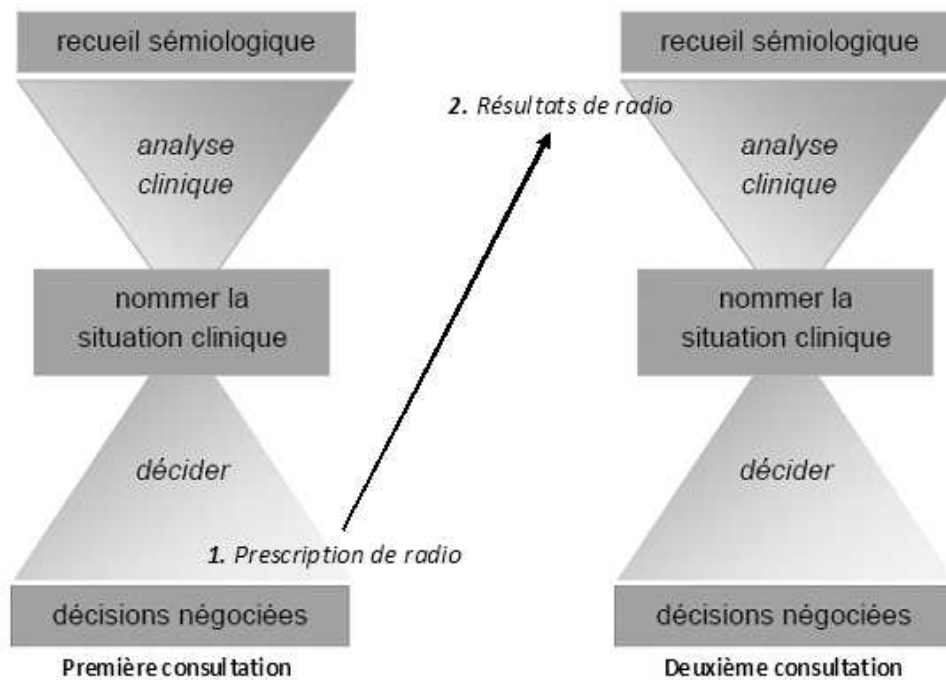


Figure n°9 : Le sablier de la décision médicale dans une vision diachronique d'un épisode de soin

### Illustration

Mr M. est vu en consultation pour une douleur du mollet. L'anamnèse et l'examen sont pauvres et n'apportent pas d'éléments complémentaires. Qualifier de myalgie cette douleur du mollet affirme implicitement qu'il ne peut s'agir d'une thrombophlébite. Il est plus prudent pour le médecin de qualifier le cas de "douleur non caractéristique". Bien qu'il ne puisse pas dire "ce qu'a son malade" dans l'immédiat, il sait néanmoins "ce qu'il doit faire" : le revoir, le surveiller et demander en cas de persistance les examens complémentaires adéquats. C'est ainsi reconnaître la part de risque de toute situation. Fort de sa certitude clinique, qui reste ouverte avec des hypothèses étiologiques variées (dont une thrombophlébite), le médecin négocie avec la patient en fonction du contexte (ses antécédents, son mode vie, sa personnalité...) l'opportunité de faire ou non des investigations ou d'effectuer une simple surveillance.

### Pour aller plus loin

SFMG. La démarche médicale en médecine générale. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_home/3/fichier\\_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf)

## **APPRIVOISER L'INEVITABLE INCERTITUDE**

Le médecin généraliste est confronté dans son exercice à l'incertitude, entre autre du fait de sa position comme premier intervenant dans le système de soins, ce qui le contraint à agir au stade précoce et indifférencié des maladies [1]. D'ailleurs la gestion de l'incertitude fait partie des compétences à acquérir par le futur médecin généraliste : il doit apprendre à "tolérer l'incertitude" [25].

### L'incertitude est constitutive de l'exercice de la médecine générale

Elle tient au moins à deux éléments caractéristiques : le rapport de l'omnipraticien au savoir médical, d'une part, et les rapports sociaux dans lesquels s'inscrit l'exercice libéral des soins primaires en France, d'autre part [96].

Concernant la question du rapport au savoir, Fox a montré qu'il y a trois niveaux d'incertitude : un niveau 1 qui "résulte d'une maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible", un niveau 2 qui "dépend des limites propres à la connaissance médicale" du moment, et un niveau 3 qui tient à la difficulté pour un praticien donné de faire la part entre le premier et le deuxième niveau [96,97]. Les incertitudes de niveau 1 et 3 ont un caractère particulièrement aigu en médecine générale. Le généraliste est le médecin dont le champ des connaissances nécessaires à son exercice est potentiellement le plus étendu, sa spécialité n'étant pas limitée à un organe ou une fonction. Quels que soient ses efforts pour augmenter ses connaissances, il restera celui qui sait "un peu de tout".

Les rapports sociaux du médecin exerçant dans le cadre des soins primaires sont également sources d'incertitude. Il est exposé à la plus grande variété de motifs de consultation, qui se présentent à lui comme une matière profane, "brute", sans mise en forme préalable par un autre professionnel, et volontiers mêlée de considérations qui débordent le registre biomédical. La demande et l'opinion du patient sont aussi des sources d'incertitude importantes car ce dernier est libre, à chaque consultation, de consulter ailleurs s'il n'est pas satisfait, sans perdre le bénéfice de l'assurance maladie.

Biehn décrit d'autres sources d'incertitude que sont l'incertitude du diagnostic (qui est en fait en lien avec les 3 niveaux d'incertitude de Fox et la question des plaintes mal définies), l'incertitude du traitement (en partie en lien avec l'incertitude de diagnostic), la variabilité de réponse du patient incluant notamment sa compliance [97].

## Le rapport du médecin généraliste à l'incertitude

Chaque praticien doit avoir conscience de son propre niveau de tolérance et de sa façon de gérer l'incertitude, qui dépend de sa manière d'aborder les risques et de sa crainte de commettre une faute professionnelle [98]. La sociologue Bloy a ainsi décrit quatre façons de s'accommoder de l'incertitude qui sont figurés sur le schéma suivant (figure n°10) [96] :

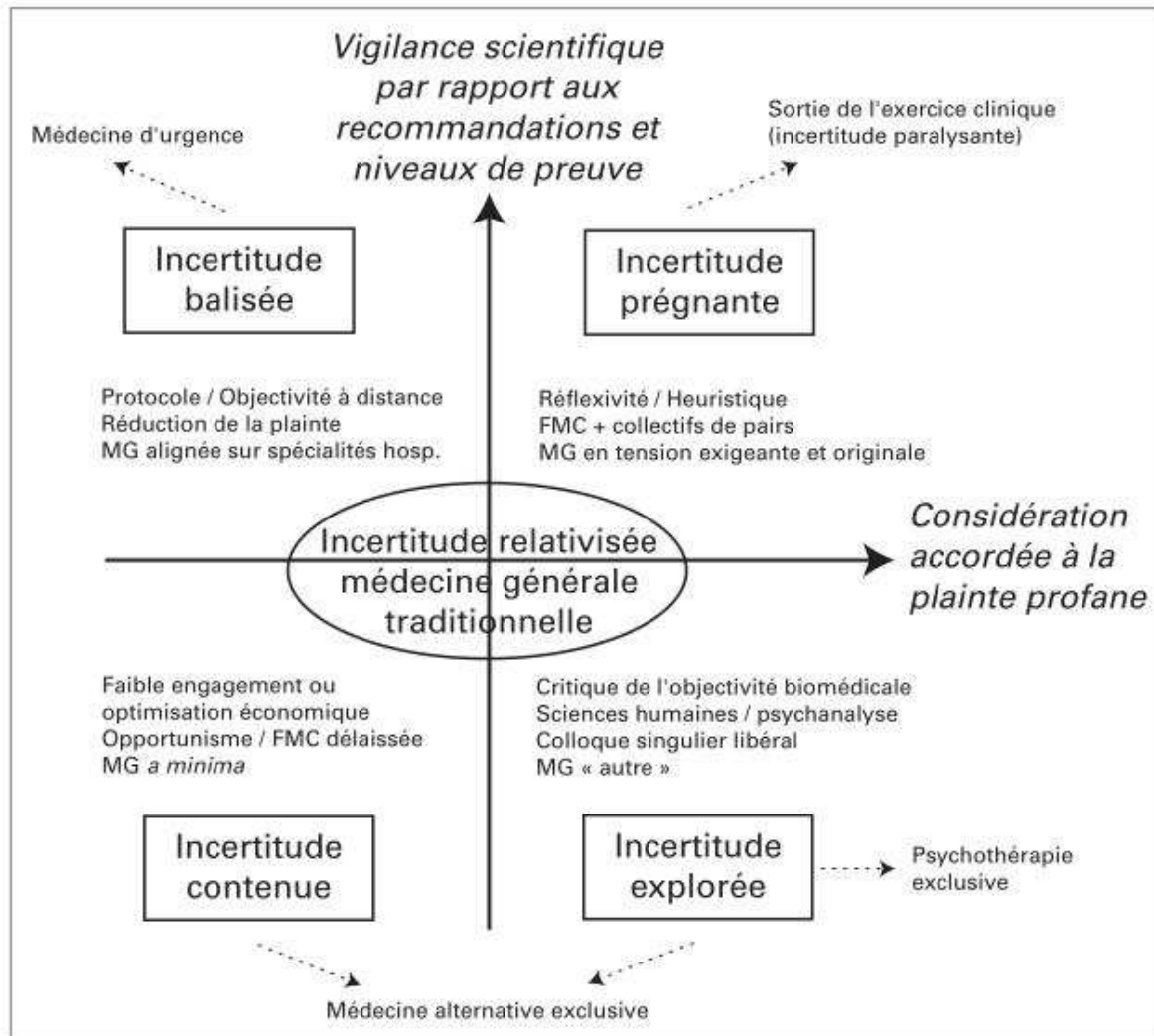


Figure n°10 : Positionnement par rapport à l'incertitude en médecine générale [96][avant3]

- "L'incertitude prégnante" est caractérisée par une considération importante accordée à la plainte profane, associée à un grand souci de tenir compte des recommandations et d'exercer une médecine "EBM" quand c'est possible. Les médecins sont souvent investis dans des groupes de pairs, de la FMC (formation médicale continue). Le niveau d'incertitude y est de ce fait maximal et ces médecins sont en permanence en tension entre les deux axes : prise en compte de la plainte du patient et souhait de garder une vigilance scientifique.

- "L'incertitude balisée" correspond à une stratégie de maîtrise de la dimension profane de la plainte par des éléments connus, appuyée sur les standards scientifiques dominants. La prise en charge fait ainsi référence aux savoirs médicaux spécialisés qui font autorité, par opposition à l'expérience ou aux pratiques empiriques moins établies. Ce type d'exercice de la médecine va à l'encontre d'une proximité durable avec le patient. Les médecins adoptant cette "démarche de réduction de la complexité" risquent d'être insatisfaits par la médecine générale et sont plus volontiers attirés par un exercice en service d'urgence.

- "L'incertitude explorée" correspond à une prise de distance vis-à-vis des standards scientifiques, soit par esprit revendicatif (rejet du modèle hospitalier biomédical), soit par démission face à des protocoles jugés inopérants pour décrypter et soulager les plaintes entendues. Ceci se fait au profit d'une plus grande écoute et proximité, et d'un accompagnement individualisé. Ces médecins sont plus volontiers intéressés par les sciences humaines, la psychologie...

- "L'incertitude contenue" ou tenue à distance est une pratique où c'est la minimisation des efforts et/ou la maximisation des gains qui est moteur. Il y a ainsi plusieurs manières de "régler" la question de l'incertitude : multiplication des examens complémentaires pour pallier un interrogatoire et examen physique insuffisants, orientation vers des confrères spécialistes...

### Pistes pour mieux gérer l'incertitude

La fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique est une première piste de gestion de l'incertitude concernant le risque de "passer à côté" d'une pathologie grave devant le tableau présenté par le patient.

Plusieurs auteurs ont proposés différentes étapes pour mieux tolérer l'incertitude [96,97,99].

1. Connaître/établir son propre niveau de tolérance à l'incertitude ;
2. Connaître les attentes du patient, sa raison de consulter ainsi que son rapport à l'incertitude :

Une bonne compréhension des raisons de consulter du patient est primordiale dans le traitement de l'incertitude. La raison de consulter du patient et ses préoccupations sous-jacentes doivent donc être identifiées (voir fiche n°21 : L'offre du malade). Le médecin doit pouvoir répondre aux questions suivantes : Pourquoi le patient vient-il maintenant ? Quelles sont ses craintes et ses attentes ? Quelle est sa compréhension des symptômes ? Il doit aussi savoir quel niveau d'incertitude il est prêt à supporter : Quelle est sa tolérance à l'absence de diagnostic précis ? Quel degré de risque est-il prêt à assumer, avec le médecin, en ce qui a trait à son état de santé ?

3. Renforcer la relation médecin-patient :

Une relation médecin-patient de qualité, basée sur une histoire commune, est un atout incontestable pour gérer l'incertitude. Cette "compagnie d'investissement mutuel" permet au patient d'accepter plus facilement l'incertitude car il a acquis une confiance dans la compétence de son médecin. Cependant, dans un certain nombre de cas (nouveau patient, patient consultant de façon très occasionnelle, médecin remplaçant ou en début d'exercice) la gestion de l'incertitude devra se passer de cet acquis. Une façon de créer une bonne qualité de relation passe alors entre autre par la reconnaissance de la légitimité de la démarche du patient de venir consulter et par l'expression par le médecin du désir de l'aider.

#### 4. Evaluer le problème de façon approfondie :

Il s'agit d'effectuer une anamnèse et un examen minutieux. Cette minutie est d'autant plus importante que le tableau est complexe, et les symptômes vagues. Cette attention particulière manifestée par l'écoute et l'examen attentif peut permettre de rassurer le patient, lui donner le sentiment que ses plaintes et craintes ont été entendues et faire naître en lui un sentiment de confiance qui pourra résister à l'absence de diagnostic précis. Cependant le patient peut être insatisfait et ne pas comprendre que l'évaluation approfondie de son problème ne passe pas (dans un premier temps) par la réalisation d'examens complémentaires. Il peut même penser que l'incertitude vient de cette absence d'investigations paracliniques. Il peut alors être important pour le médecin d'expliquer à son patient que dans certains cas, les procédures d'enquêtes complémentaires ne sont pas forcément utiles pour délimiter davantage le problème, voire peuvent être néfastes.

#### 5. Expliciter son analyse :

Après une bonne évaluation du problème, le médecin doit expliquer au patient ce qu'il en est : il est plus sage à ce stade d'expliquer sa caractérisation du problème plutôt que de vouloir à tout prix donner un diagnostic (voir fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable). Le médecin doit aussi exclure les diagnostics improbables. Enfin, il est bon qu'il prenne le temps de répondre aux inquiétudes du patient, qu'il exprime sa propre incertitude, et qu'il implique le patient dans la gestion de celle-ci pour le rendre actif.

#### 6. Convenir ensemble d'un plan d'évaluation et de traitement :

Ensemble le médecin et le patient doivent décider d'une conduite à tenir face au problème mis en évidence. Le médecin va expliquer les options d'évaluation et de traitement et s'assurer de la compréhension du patient.

#### 7. S'engager à réévaluer le problème :

Ce point est essentiel pour que l'incertitude puisse être acceptée par le patient. Il passe par l'explication de ce que serait une évolution inquiétante, l'établissement d'une limite de tolérance à l'incertitude et la formulation de consignes claires de réévaluation.

## Discussion

Le vécu de l'incertitude naît très tôt chez l'étudiant en médecine, lorsqu'il se sent dépassé par la quantité de connaissances médicales qu'il est censé intégrer. Il fait l'expérience d'un sentiment d'insuffisance personnelle, renforcée par le contraste qu'il établit entre ses connaissances et celles qu'il attribue à ses maîtres. Ce sentiment crée un doute, une incertitude sur sa capacité à exercer la médecine. Ceci ne sera dépassé que lorsqu'il se rend compte que l'incertitude est inévitable dans la pratique médicale [97]. Cette question de l'incertitude reste peu abordée aujourd'hui dans la formation des médecins. Ainsi, les étudiants en stage à l'hôpital sont davantage marqués par la figure du chef de clinique qui semble avoir des connaissances larges et approfondies et ne pas être sujet au doute, que par un jeune interne, peu sûr de lui et exprimant ses incertitudes. Le doute est alors associé à l'insuffisance de connaissances et non intégré comme une caractéristique inévitable de l'exercice de la médecine. La gestion de l'incertitude ne fait pas partie des apprentissages des futurs médecins car elle n'est pas reconnue.

Le contexte d'exercice de la médecine générale en France élève le degré et multiplie les sources d'incertitude dont les généralistes doivent s'accommoder : travail solitaire, plateau technique réduit, échanges limités avec des confrères [96]. Ainsi le travail en cabinet de groupe et la participation à des groupes de pairs sont des moyens de s'aider à gérer l'incertitude. Ceci est d'autant plus important que les références scientifiques sont encore trop peu adaptées à l'exercice de la médecine générale, car souvent limitées à une pathologie et hors du contexte global du patient (polypathologie, émergence de la pathologie...).

Face à l'incertitude, il existe deux pièges courants [98]

- prescrire des examens complémentaires non pour confirmer ou infirmer un diagnostic présumé, mais plutôt pour le découvrir fortuitement en "allant à la pêche". Cette démarche n'est pas judicieuse car des résultats faussement négatifs ou positifs peuvent rassurer à tort ou entraîner des examens supplémentaires inutiles, voire nuisibles. Il est communément dit qu'en médecine générale, le temps est le premier examen complémentaire. Impliquer le patient dans la surveillance de son trouble, s'il n'existe pas de signe de gravité, est très opérant et évite une surmédicalisation inutile au patient.
- se dégager de sa responsabilité médicale en ne faisant qu'exposer au patient les différentes options thérapeutique sans prendre réellement de décision médicale.

Face à cette incertitude à multiples facettes, qui intervient à toutes les étapes de la consultation, le patient doit être considéré comme un partenaire, dans une authentique alliance pour cerner le problème à prendre en charge et le traiter. Il peut arriver au médecin de penser à la fin d'une consultation que le patient "n'avait rien", qu'il est venu "pour rien". Arriver à cette conclusion signifie que le médecin n'a pas su discerner les raisons du

tourment de son patient, et que, en quelque sorte, ce dernier est en effet venu pour rien puisque le médecin n'a pas su le comprendre.

Illustration (tirée de l'article [98])

Louis, âgé de 18 mois, est amené en consultation par sa mère pour une fièvre évoluant depuis 48 heures. Sa maman rapporte qu'il reste relativement en forme mais qu'il ne mange pas beaucoup. L'anamnèse et l'examen clinique ne révèlent aucun foyer infectieux précis. La température est de 39°C. Dans cette situation, le médecin est confronté à l'incertitude. Il n'a pas de diagnostic précis, et donc pas de démarche médicale standardisée à suivre. Il doit donc prendre des décisions en contexte d'incertitude, décisions qui devront être partagées avec le patient.

Après avoir questionné la maman sur ses attentes et son niveau d'inquiétude, il va pouvoir renforcer la relation médecin-patient : "Vous avez raison de consulter après bientôt 48 heures de fièvre. Si je comprends bien, vous êtes inquiète parce que votre fils ne mange plus. Vous craignez qu'il fasse une méningite". L'interrogatoire et l'examen physique minutieux permettent à la fois de pouvoir caractériser le problème et d'assurer à la mère que ses inquiétudes sont considérées avec sérieux. Le médecin pourra expliquer son analyse : "Votre enfant fait de la fièvre parce qu'il a une infection qui peut être causée par un virus ou une bactérie. Comme l'examen est normal malgré les symptômes que vous me décrivez, je peux affirmer que votre enfant n'a pas d'infection grave. La fièvre, quelle que soit son origine, provoque toujours une perte d'appétit." Puis, il aura à exprimer son incertitude quant à l'origine de la fièvre et les différents pronostics : " La plupart des infections commencent par de la fièvre. Il s'agit vraisemblablement d'une infection virale bénigne qui va guérir spontanément. Cependant, une infection virale plus grave ou une infection bactérienne nécessitant des antibiotiques pourraient aussi commencer de cette façon. Dans ce cas, les symptômes et la fièvre persisteront". Les options d'évaluation possibles devront être exposées avec leurs avantages et inconvénients respectifs : "Deux possibilités s'offrent à nous : soit attendre et voir comment va évoluer l'infection en soulageant la fièvre, soit prescrire des examens de laboratoire pour préciser le diagnostic. Cependant, certains résultats d'examens ne seront disponibles que dans 24 ou 48 heures. À mon avis, la première option est la meilleure parce que l'état général de votre enfant est bon. Je vous propose donc de vous revoir demain si la fièvre persiste ou si de nouveaux symptômes s'ajoutent." Il convient de s'assurer de la compréhension du patient, et son consentement au plan envisagé : "Que pensez-vous de ma proposition ? Êtes-vous suffisamment rassurée ? Savez-vous comment bien maîtriser la fièvre ?" Le médecin devra expliquer les symptômes

devant amener à reconsulter et fixer une limite de tolérance à l'incertitude : "Si la fièvre persiste demain, nous ferons une prise de sang et une analyse d'urines. "

Cette façon de gérer l'incertitude permet de ne pas faire des investigations inutilement et de cadrer les risques par les explications données et le plan de réévaluation.

Pour aller plus loin

Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé 2008 ; 26 : 67-91.

Biehn J. Managing uncertainty in family practice. Can Med Assoc J 1982 ; 126 : 915-7.

Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 (5) : 37-41.



## Fiche n°32

### ELEMENTS DE LA DEMARCHE DECISIONNELLE

La décision médicale est un acte intellectuel qui consiste à faire un choix entre plusieurs possibilités. Les mécanismes de la décision en médecine générale sont complexes. La décision est le fruit de différentes composantes : composantes biomédicales (objectives), et composantes autres, plus subjectives (liées à la relation, la personnalité du médecin, celle du patient, l'environnement...). Ceci peut expliquer que des situations qui semblent similaires au point de vue biomédical puissent donner lieu à des décisions différentes.

Pour Chabot, la décision en médecine repose sur le trépied suivant (figure n°11) [100] :

- Les données actuelles de la science, déterminées à partir d'études scientifiques dotées d'un certain niveau de preuve, donnant lieu à des recommandations de grade variable.

- Les données de la relation médecin-patient, qui sont liées à la personnalité du médecin, à celle du patient, à l'interaction qui se noue entre elles dans le cabinet de consultation, et aux influences extérieures, conscientes ou non qui s'exercent sur ces 2 personnalités.

- Les contraintes du moment qui sont d'ordre financier, temporel, réglementaire et médico-judiciaire.

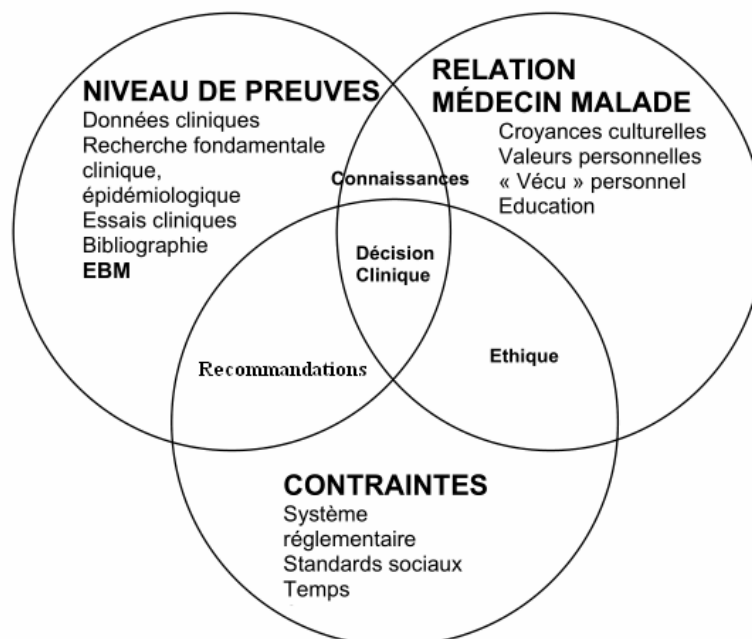


Figure n°11 : La décision médicale selon JM Chabot

Junod dans son ouvrage *Décision médicale ou la quête de l'explicite* [104] donne des outils pour rendre la décision la plus rationnelle possible et basée sur les données actuelles de la science (démarche EBM ou médecine factuelle). L'analyse décisionnelle peut concerner le choix d'examens ou la décision d'initier un traitement. Elle est constituée de différentes étapes : définition des probabilités et des caractéristiques des tests (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives positive et négative), définition de l'évolution spontanée de la maladie, définition des coûts et bénéfices du traitement et définition de l'utilité. L'utilité est une valeur numérique accordée aux différents états de santé, qui tient compte de l'espérance de vie et de la qualité du vécu. Toutes ces données sont utilisées dans le cadre d'un arbre de décision, qui est un outil décisionnel permettant de calculer parmi les options présentées, celle qui est objectivement la meilleure. Au cours de l'exercice quotidien, l'utilisation de cet outil semble complexe et peu réalisable en consultation. Cependant sa connaissance peut être une aide pour éviter des biais dans le raisonnement (mauvaise estimation de la prévalence...).

Dans ce même ouvrage, Junod parle des "modulateurs ou parasites" de la décision médicale qui viennent perturber notre "faculté à gérer les problèmes de façon rationnelle, lucide et objective" et qui souvent modulent inconsciemment les décisions et donc la prise en charge des patients.

Parmi ces modulateurs, il dégage les facteurs intrinsèques inhérents au médecin, que sont sa personnalité, ses attributs et ses fantasmes.

Il dénonce aussi le risque des heuristiques médicales qu'il définit comme des "automatismes de pensées, générés par des expériences et assomptions personnelles, la tradition, les idées reçues, qui permettent de fulgurants raccourcis dans l'analyse d'une situation et [qui], dans l'omission inconsciente des éléments impliqués problématiques, confèrent une rapidité de jugement que d'aucuns prennent pour de la sûreté". Ces heuristiques sont souvent appliquées de façon appropriée ; cependant ce mode de fonctionnement, relevant de l'automatisme, peut aisément mener à l'erreur de jugement. L'heuristique de représentation, par exemple, est l'établissement erroné d'une analogie entre un cas et une catégorie diagnostique, sans prise en compte de la probabilité réelle de la maladie. Ce fonctionnement met les maladies rares au même niveau que les maladies fréquentes.

Junod met également en garde contre le poids du phénomène de la représentation dans les décisions médicales. Il a été montré que la présentation du patient influence de façon importante la décision du médecin. Le sociologue Pierre Bourdieu parle du corps comme d'un produit social : "le corps fonctionne comme un langage par lequel on est parlé, plutôt qu'on ne le parle." [101] Ainsi le médecin aura une attitude différente face à deux femmes de

même âge, aux antécédents similaires, décrivant la même histoire de douleurs thoraciques avec l'usage des mêmes mots, l'une ayant une présentation de femme d'affaires, l'autre une présentation cabotine. Une affection cardiaque sera plus souvent retenue chez la femme d'affaires, tandis qu'une cause fonctionnelle sera envisagée plus fréquemment chez la femme à la présentation théâtrale. Des investigations cardiologiques seront réalisées dans 93% des cas chez la première femme, et moins d'une fois sur deux chez la deuxième. La pression du temps, le stress, la fatigue, sont aussi des modulateurs de la décision.

En dehors de ces modulateurs, qui influencent les décisions du médecin la plupart du temps de façon inconsciente, il y a des paramètres non-biomédicaux que le médecin prendra consciemment en compte dans ses décisions. Cela renvoie au concept d'espace de liberté décisionnelle (voir fiche n°33 : Espace de liberté décisionnelle). La pleine utilisation de cet espace de liberté concernera les nombreuses situations où il n'existe pas de recommandations claires, mais également d'autres situations. Ainsi prendre en compte que le patient n'est pas prêt à prendre tel traitement pourtant recommandé pour la maladie chronique qu'il présente, et donc choisir de différer le début de ce traitement, correspond à une façon d'utiliser cet espace de liberté, où les caractéristiques "patient" sont choisies comme éléments déterminants pour la décision prise (voir fiche n°35 : Passage à l'acte ou décision différée).

### Discussion

La décision médicale est donc un processus complexe avec intervention de facteurs objectifs et subjectifs, conscients et inconscients.

Vouloir ne prendre ses décisions que sur des critères rationnels biomédicaux n'est ni possible ni souhaitable : cela conduirait à exercer une médecine sans prise en compte du patient, et sans partage du processus de décision avec lui (voir fiche n°34 : Décision médicale partagée). A l'inverse, il semble honnête de ne pas se réfugier derrière l'argument de la prise en charge centrée sur le patient pour justifier des choix qui, en réalité, seraient influencés avant tout par une insuffisance de connaissances scientifiques, des heuristiques ou biais de raisonnement, ou d'autres contraintes telles que la fatigue, le stress. La définition première de l'EBM résume bien ce vers quoi doit tendre tout médecin : une décision qui intégrerait à la fois les données scientifiques les mieux validées, les valeurs et préférences du patient, et l'expérience du praticien.

Pour faciliter la tâche du médecin, de nombreux outils d'aide à la décision ont été pensés par des structures de médecine générale [102]. Ces outils peuvent être tournés vers la recherche (Observatoire de la Médecine Générale...), être des outils documentaires (BIBLIOMED, Base de données du centre de documentation de l'UNAFORMEC...), des

outils à utiliser au cours ou au décours de la consultation (Dictionnaire des Résultats de Consultation, Tableau électronique de suivi de grossesse, DReFC...), des outils de la décision partagée avec le patient (Questionnaires autoadministrés, DicoMed, groupes de pairs, groupe Balint...).

### Illustration

Monsieur T., âgé de 78 ans, connu pour un cancer de la prostate pris en charge il y a 8 ans, vient en consultation avec son épouse car il a "des douleurs partout". Ancien professeur des universités, ce patient est encore très actif, mais depuis un mois il "cafarde", ne pouvant plus se mouvoir à son aise. Il a vu l'urologue dernièrement, comme il le fait très scrupuleusement deux fois par an depuis son intervention. Celui-ci lui a conseillé de voir son médecin pour ses douleurs.

Niveau de preuve : l'interrogatoire et l'examen clinique orientent vers des douleurs de ceintures, non articulaires. La biologie demandée pour la consultation d'urologie montre une VS à 53. Le médecin évoque une Pseudo Polyarthrite Rhizomélisque (PPR), mais ne peut le certifier.

Relation médecin malade : le patient, toujours très pragmatique, parfois un peu familier, incite le médecin à agir, car il part dans 10 jours en Andalousie avec ses petits-enfants et ne tient pas à annuler ce voyage.

Contraintes : la nécessité de décider dans un temps bref pose problème au médecin. Peut-il retenir le diagnostic, sans plus d'investigations, chez ce patient ayant présenté un cancer de la prostate ?

Décision : Une rapide recherche documentaire sur Internet, pendant la consultation et avec le patient, confirme au médecin qu'un test thérapeutique à la Prednisone est un élément fort de diagnostic de PPR. Ils décident ensemble que Mr T. prendra ce traitement et qu'ils feront un point par téléphone juste avant le départ en Espagne.

### Pour aller plus loin :

Chabot JM. *Décision Médicale : des théories pour des pratiques*. La Revue du praticien 1997 ; 47 : 877-878.

Junod AF. *Décision médicale ou la quête de l'explicite*. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 p.

## Fiche n°33

### **ESPACE DE LIBERTE DECISIONNELLE**

Face à un même problème de santé on observe une variabilité des décisions entre deux médecins ou, pour un même médecin, face à des patients différents. C'est notamment le cas concernant la prescription d'antibiotiques au cours des rhinopharyngites [103].

Penser que les décisions ne se prennent qu'en fonction du diagnostic et de ses risques graves est une illusion. En effet, l'efficacité des décisions médicales dépend aussi d'autres éléments, liés au patient, au médecin et à leur environnement [104].

Ces autres facteurs peuvent être résumés comme suit :

Les caractéristiques du patient : son histoire médicale : pathologies associées et facteurs de risque généraux (âge, sexe, comportements à risque...) - ses déterminants socioculturels : niveau d'éducation, communauté culturelle, niveau de revenu, type d'emploi... - sa biographie et structure de personnalité : rapport à la maladie, situation familiale...

Les caractéristiques du médecin : sa formation initiale et continue, son expérience, ses domaines de compétence, son mode et ses conditions d'exercice, sa résistance aux pressions de l'industrie pharmaceutique, sa personnalité, son aversion au risque, sa norme culturelle...

Les éléments conjoncturels : l'épidémiologie, le contexte épidémique, les effets de la mode médicale, les éléments législatifs et réglementaires (lois, conventions, recommandations médicales...), les conditions d'exercice (équipement médical, isolement...).

Après avoir dénommé la situation clinique qu'il prend en charge, le praticien évalue les diagnostics potentiellement graves à éliminer rapidement et tient compte des éléments environnementaux (patient, médecin, conjoncture) pour négocier les décisions. Le médecin énonce alors ce qui lui semble souhaitable, alors que le patient exprime ce qu'il lui semble possible de faire. La négociation s'installe entre le "souhaitable" du médecin et le "possible" du patient, pour s'accorder sur un "acceptable" commun. Cette marge de négociation est appelée espace de liberté. Ce dernier est directement lié aux caractéristiques de la situation clinique, du patient, du médecin et des éléments conjoncturels. En fonction des cas, chaque caractéristique prend plus ou moins d'importance. Par exemple, le poids de la situation clinique, ou les caractéristiques du patient, peuvent limiter très fortement l'espace de liberté (figure n°12) [95].

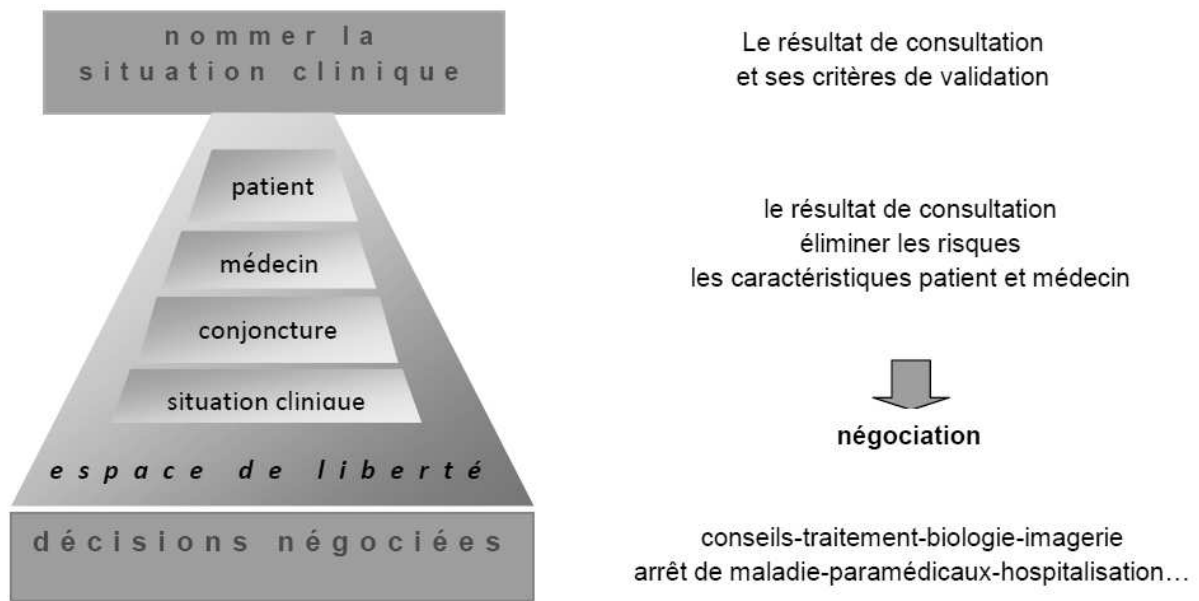


Figure n°12 : Schéma de l'espace de liberté décisionnelle

Selon la prégnance du diagnostic et l'importance des déterminants (par exemple la fiabilité des parents dans la surveillance d'un nourrisson atteint de gastro-entérite), l'espace de liberté sera plus ou moins grand. En voici quelques exemples (figures n°13 et n°14) :

Devant une sciatique paralysante, une hospitalisation s'impose. Ici, l'espace de liberté du médecin se réduit à une peau de chagrin, la caractéristique clinique étant trop prégnante.



Figure n°13 : espace de liberté face à une sciatique paralysante

Devant une épigastralgie qui récidive, le médecin propose de réaliser des examens complémentaires (fibroscopie, électrocardiogramme...). Les caractéristiques du patient prennent ici de l'importance. Certains patients refuseront la fibroscopie, d'autres l'accepteront, d'autres encore la réclameront.

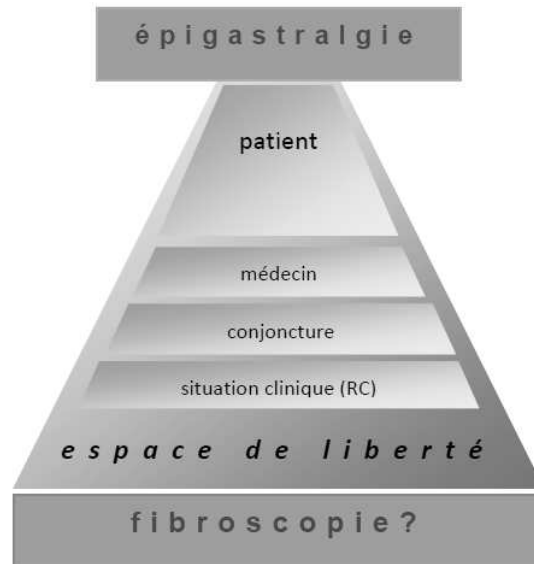


Figure n°14 : espace de liberté face à une épigastralgie

### Discussion

Le processus de décision médicale est complexe. L'enseignement par pathologie lors des deux premiers cycles universitaires conduit à croire que les décisions ne sont mues que par le seul diagnostic, ce qui n'est pas la réalité. Cet enseignement oublie, en se limitant à la thérapeutique, que le patient est un partenaire incontournable de la stratégie de soin et que l'environnement des deux protagonistes, médecin et patient, influence consciemment et inconsciemment leur action.

Ainsi selon les situations cliniques, le médecin dispose d'un espace de liberté décisionnelle plus ou moins grand. Il doit savoir qu'il aura à discerner entre le possible, le souhaitable et le réalisable, s'il veut améliorer le niveau d'observance de ses prescriptions. Le sociologue Cicourel, qui a passé une bonne partie de sa vie à étudier les interactions médecin - patient, soulignait que le plus grand progrès médical à venir ne serait pas nécessairement dans le domaine pharmaceutique, mais bien dans une relation partenariale avec les patients.

Afin d'améliorer sa prise en charge, il peut être bon pour chaque médecin de s'interroger, lors de groupes de pairs par exemple, sur son mécanisme de décision : Quels éléments interviennent dans la décision ? Quels peuvent être les parasites de cette décision, autrement dit, les facteurs non choisis qui influencent inconsciemment les choix effectués ?

(voir fiche n°32 : Eléments de la démarche décisionnelle) Comment est utilisé l'espace de liberté décisionnelle ? Comment le médecin implique-t-il son patient dans le processus de décision ? (voir fiche n°34 : Décision médicale par tagée)

### Illustration

Un enfant de 11 mois est amené en consultation par sa maman car il a de la diarrhée depuis 48 heures avec une fièvre à 38°2 et a vomi la veille au soir. Deux autres bambins accompagnent cette mère. L'enfant ne montre aucun signe d'inquiétude à l'instant de la consultation même s'il semble un peu abattu. Le médecin conclut à une gastroentérite, d'autant qu'il existe un contexte épidémique dans la famille. A l'issue de la consultation il décide d'hospitaliser l'enfant. Le tableau clinique devrait faire discuter cette décision, l'enfant ne montrant pas de signe d'alerte immédiat. D'autres éléments ont emporté sa décision. Il ne connaît pas cette famille, gens du voyage arrivés il y a une semaine et vivant en caravane sur l'aire de stationnement qui leur est réservée. La discussion avec la maman est constamment interrompue par ses autres enfants qui déambulent dans le bureau. Elle semble être peu intéressée par les conseils de surveillance et de réhydratation et demande seulement des médicaments.

Plus tard dans la journée, une situation voisine se présente. L'enfant a 9 mois, le tableau n'est pas moins inquiétant, mais le médecin n'hospitalise pas l'enfant. Il faut dire qu'il connaît les parents depuis 19 ans. Il les a même connus étudiants, alors qu'ils n'étaient pas encore mariés. Il sait que les consignes de surveillance et de réhydratation ont bien été comprises, et que les parents sauront reprendre un avis médical à temps en cas d'aggravation du tableau. La compagnie d'investissement mutuel, comme dirait Balint, entre le médecin et cette famille, rapproche le souhaitable du médecin (surveillance, conseils...) du possible des parents.

### Pour aller plus loin

SFMG. La démarche médicale en médecine générale. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_home/3/fichier\\_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf)

Junod AF. *Décision médicale ou la quête de l'explicite*. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 p.



## Fiche n°34

### **DECISION MEDICALE PARTAGEE**

Le concept de décision médicale partagée est apparu dans les années 1990. Il vient de l'expression anglaise "shared decision-making model" signifiant modèle de processus de décision partagée, qui a donné le raccourci de "décision partagée" [105]. Longtemps, la France a été marquée par un mode de relation médecin-patient de type paternaliste où celui qui soigne a la responsabilité de se substituer au malade pour son bien. Puis avec l'avancée des techniques, la facilité d'accès aux ressources d'informations médicales et l'apparition des associations de malades, la notion d'autonomie du patient est entrée dans les mœurs [106]. Les dernières lois françaises le montrent bien, comme celle de mars 2002 insistant sur l'information et le consentement du malade avant tout acte ou traitement médical [107]. Charles a décrit quatre caractéristiques de ce modèle de décision partagée [108] :

- implication d'au moins deux personnes (le patient et le médecin)
- partage mutuel de l'information entre les deux acteurs
- participation du médecin et du patient au processus de décision
- prise de décision commune avec consensus sur l'option choisie

Il distingue ce modèle du modèle paternaliste où seul le médecin informe et prend la décision, et du modèle informatif, dans lequel le médecin est l'expert qui informe le patient mais la décision revient au patient seul.

Les situations propices à l'application d'un tel modèle de relation médecin-patient sont notamment les situations de maladies graves avec plusieurs options thérapeutiques ayant chacune leurs bénéfices et leurs risques sans consensus clair sur le meilleur traitement (exemple du traitement du cancer de prostate localement avancé [109]), mais aussi quand le bénéfice est hypothétique (traitements préventifs, dépistages), ou subjectif (chirurgie fonctionnelle, chirurgie esthétique).

La décision médicale partagée est donc bien plus que le simple partage de la décision : elle est le partage de tout le processus de décision, incluant notamment un véritable échange d'informations entre médecin et patient : données médicales objectives et valeurs du patient. Ce n'est pas non plus simplement l'expression d'une information la plus complète possible par le médecin, qui laisserait ensuite la décision au patient seul, en se déresponsabilisant du choix effectué.

Les principaux obstacles à la décision partagée sont : le manque de temps, le défaut de compétence dans le partage des décisions et l'implication du patient, le défaut de connaissances du médecin sur les risques et bénéfices des traitements, ce qui rend une

information complète difficile, la difficulté à transmettre les informations (manque de compétences en communication, manque d'outils), la peur du partage du pouvoir avec le patient, le sentiment que les patients n'aiment pas l'incertitude du médecin [110].

De plus ce modèle idéal de décision partagée ne peut pas toujours être mis en œuvre car tous les patients ne sont pas prêts à prendre part à la décision : "C'est vous le docteur, je vous fais confiance..." Ceci renvoie aux espaces de la relation thérapeutique où se situe le patient, à son degré de dépendance ou d'autonomie (voir fiche n°16 : Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade), à sa capacité à formuler rationnellement ce qui est le mieux pour lui. Aussi Charles nuance-t-il son propos en expliquant que les frontières entre les trois modèles paternaliste, de décision partagée et informatif sont poreuses et que le médecin peut dans la même consultation passer de l'un à l'autre, ce qui est exprimé par le schéma suivant (tableau n°V) [111] :

**Tableau n°V : Les modèles de décisions médicales d'après Charles**

	Modèle paternaliste	↔	Décision partagée	↔	Modèle informatif
Echange d'information	Unidirectionnelle Médecin→Patient Contenu médical Information minimale requise par la loi		Bidirectionnelle Médecin↔Patient Contenu médical et personnel Toute information pertinente pour la prise de décision		Unidirectionnelle Médecin→Patient Contenu médical Toute information pertinente pour la prise de décision
Délibération	Médecin seul ou avec d'autres médecins		Médecin et patient (et potentiellement autres acteurs)		Patient (et potentiellement autres acteurs)
Qui prend la décision ?	Médecin		Médecin et patient		Patient

### Discussion

Qu'en est-il en pratique de la décision partagée? Le regard que le médecin porte sur sa façon d'informer le patient et de l'impliquer dans ses décisions est biaisé comme le montre l'étude Entred en 2007. Cette enquête menée auprès de personnes diabétiques de type 2 et de leur médecin a consisté à interroger séparément patients et médecins sur l'information donnée/reçue et la prise de décision. Dans 63% des "paires" médecin-patient diabétique interrogées, il y a discordance dans la perception du type de relation : le plus souvent le

patient perçoit que c'est le médecin qui décide, alors que ce dernier a, de son côté, l'impression que la décision est partagée ou que le patient décide [112].

On pourrait aussi étudier la notion de décision médicale partagée au sujet de l'échange entre professionnels de santé. Souligner la question du nécessaire lien entre les différents professionnels qui interviennent auprès du patient sur un de ses problèmes de santé, si l'on veut éviter la délétère collusion de l'anonymat (voir fiche n°13 : La collusion de l'anonymat). Nous avons considéré qu'il s'agit là moins d'un concept théorique que d'une règle de bon fonctionnement, liée au secret professionnel, à la déontologie et à l'amélioration de la qualité des soins.

### Illustration

Mr B., 69 ans, est vu en consultation de médecine générale : un cancer de prostate localement avancé mais sans métastase vient de lui être diagnostiqué. Il a vu l'urologue deux jours plus tôt et se sent perdu : il rapporte que ce médecin lui a proposé différents traitements en lui expliquant les effets indésirables de chacun et leurs avantages respectifs en terme de survie, et lui a demandé de choisir lequel il souhaitait. Incapable de se décider, il est venu voir son médecin généraliste pour en rediscuter avec lui. Le praticien prend alors le temps de l'interroger sur ses craintes, sa vision de la qualité de vie, sa peur de la maladie, sa vie affective et sexuelle... Il en ressort que Mr B., veuf depuis 3 ans, craint surtout l'incontinence urinaire, mais n'est pas très préoccupé par les éventuels troubles de l'érection que certains traitements peuvent engendrer. Le médecin généraliste lui réexplique alors les options, et les met en lien avec les différentes valeurs exprimées par le patient. Après cet échange d'informations entre médecin et patient, tous deux décident ensemble que le traitement qui conviendrait le mieux à Mr B. serait certainement la radiothérapie externe associée à la dépression androgénique.

### Pour aller plus loin

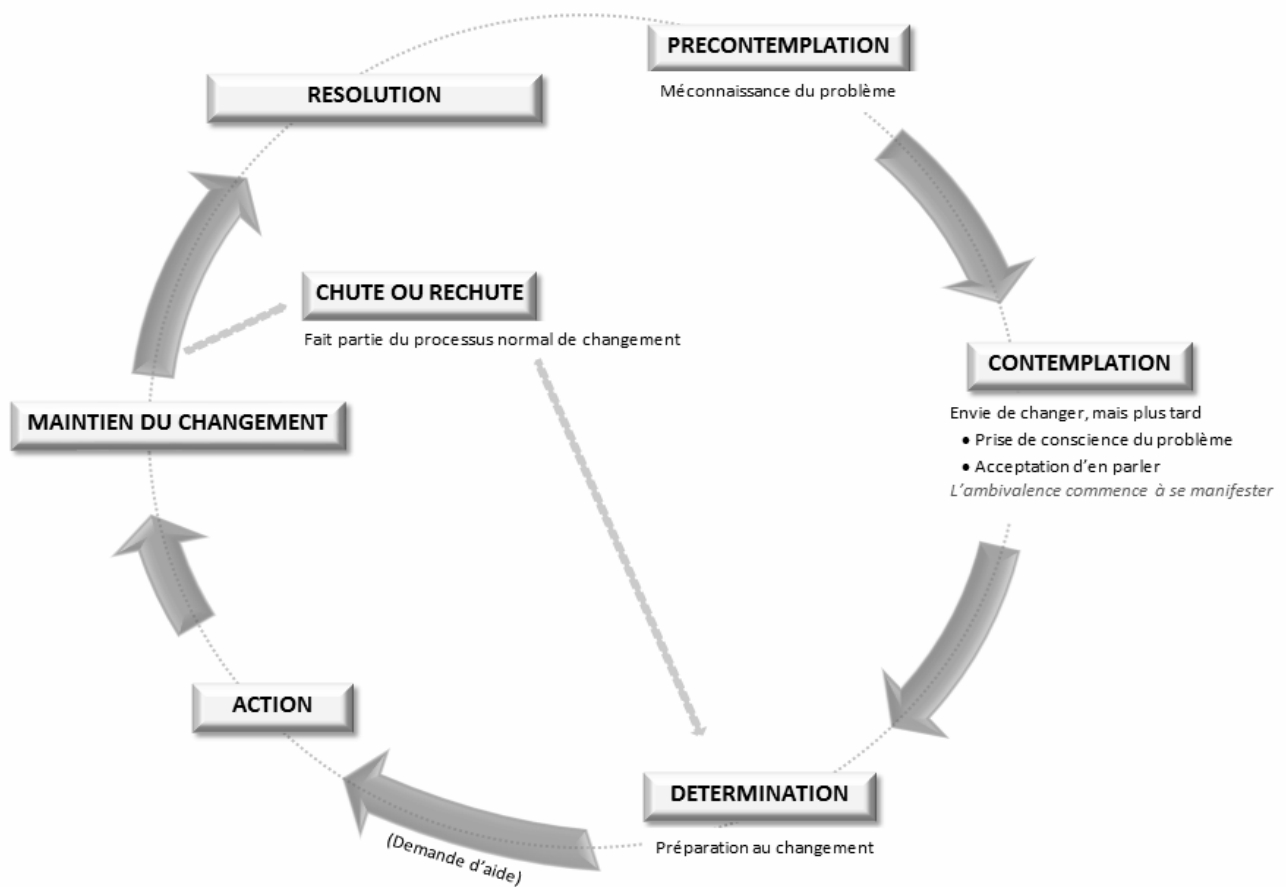
Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997 ; 44 (5) : 681-92.

Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999 ; 49 : 477-82.

Jaulin M. La décision partagée en médecine générale. Quelles représentations en ont les praticiens ? Enquête auprès de 40 médecins généralistes. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nantes, Université de Nantes, 2004, 123 p.

## **PASSAGE A L'ACTE OU DECISION DIFFEREE**

La durée moyenne de consultation au cabinet, déclarée par les médecins généralistes en France, est d'un peu moins de 18 minutes [113]. C'est pendant ce temps-là que le médecin devra prendre ses décisions : " le médecin doit choisir en temps réel, ici et maintenant, avec ce patient-là, entre le possible et le souhaitable, l'utile et le faisable." [3] Il s'agit d'une des difficultés de l'exercice de la médecine générale que d'avoir à prendre toutes les 18 minutes des décisions pour et avec son patient, quelle que soit sa demande. Cette contrainte renforce le modèle de démarche médicale initialement appris : le médecin est naturellement rompu à fonctionner dans un principe de passage à l'acte quasi immédiat : il fait un diagnostic, puis prend des décisions, il prescrit, il ordonne. Cette attitude professionnelle cartésienne, adaptée la plupart du temps, peut cependant être parfois inadaptée, car le médecin généraliste soigne une personne malade plus qu'une maladie. Ainsi il peut avoir besoin de différer sa décision, soit pour utiliser le temps comme allié, soit pour s'adapter au rythme du patient. Cette dernière notion est décrite par le modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente, autrement appelé la "roue de Prochaska" [114]. Elle décrit les étapes habituelles et communes aux changements de comportement (figure n°15). Ces étapes sont au nombre de six, successivement : la pré-contemplation ou l'absence de désir de changement, la contemplation, qui est une période de réflexion sur le changement de comportement, la préparation au changement ou détermination (maturation de la décision), l'action qui correspond au changement de comportement, le maintien ou la persistance du projet dans le temps et l'éventuelle rechute ou la résolution du problème.



**Figure n°15 : Le processus de changement de Prochaska et DiClemente**

Ce schéma est particulièrement pertinent lors de la prise en charge d'une pathologie chronique, des addictions initialement, mais aussi du diabète..., soit toute pathologie qui va nécessiter des changements de comportement et une prise en charge longue. Il permet au médecin de situer le patient dans la prise en compte de son problème, de l'aider à percevoir son ambivalence et dépasser ses résistances, d'adapter ses décisions pour une meilleure observance.

L'ambivalence est naturelle, c'est un phénomène central dans la psychologie du changement. Elle correspond au conflit engendré entre les tendances qui favorisent le maintien ou l'arrêt d'un comportement et celles qui s'y opposent. Ces deux composantes, positive et négative, d'une attitude sont simultanément présentes, indissociables et en opposition.

La résistance désigne les manifestations du patient qui s'opposent au changement. Elle puise son origine dans la peur de changer. L'attrait pour un comportement dommageable augmente lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées. Ainsi faut-il parfois renoncer temporairement à la prescription du changement, celui-ci n'étant pas mûr : en effet

cette prescription, du fait de son caractère prématuré, risquerait alors d'induire des résistances propices au maintien de l'attitude problématique, compliquant davantage toute tentative ultérieure de changement.

Une fois que le médecin a pu identifier où le patient se situe sur cette roue du changement, il dispose d'un outil appelé entretien motivationnel, s'inspirant de l'approche humaniste centrée sur la personne, de Carl Rogers, dont le but est de susciter la motivation du patient : "L'entretien motivationnel est un entretien semi-directif, centré sur la personne, visant à l'aider à accroître sa motivation intrinsèque à changer par l'exploration et la résolution de l'ambivalence." [115] Il repose sur trois approches fondamentales : la collaboration (refus de contraindre le patient au changement), l'évocation des motivations propres au patient, et le respect de son autonomie (refus de lui dire ce qu'il doit faire).

Janis & Mann ont proposé l'image de la balance à deux plateaux dans l'aide à la prise de décision. D'un côté pèsent les éléments favorisant le statu quo, de l'autre les éléments en faveur du changement. Les deux côtés possèdent des points positifs et des points négatifs. Il s'agit de peser le pour et le contre des deux situations et de les évoquer avec le patient [116].

Quatre principes servent de guide pratique à l'intervention motivationnelle : exprimer de l'empathie (considérer comme normale l'ambivalence du patient), développer la "divergence" (aider le patient à prendre conscience de l'écart entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou ses objectifs généraux), prendre en compte la résistance, et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle (augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter ses obstacles et à réussir son changement) [117].

### Discussion

Le médecin généraliste aura donc à jongler entre "passage à l'acte immédiat" et décisions différées, et à choisir la meilleure attitude en fonction de chaque situation.

Pour le médecin, le changement que devrait effectuer le patient est souvent évident. Il essaye alors de le convaincre de changer. Ce réflexe correcteur est fréquent dans une relation d'aide. Le thérapeute tente "pour le bien du patient" d'imposer ses solutions. Or l'attitude de persuasion directe engendre de la résistance. Cette résistance doit être considérée comme un signal, indiquant que la personne et l'intervenant ne sont plus sur la même longueur d'onde. Le temps du patient n'est pas toujours celui du médecin, et avoir conscience des étapes de changement est un atout pour éviter d'être exposé à un échec thérapeutique, simplement parce que le patient n'était pas prêt à ce que le médecin lui a proposé... ou imposé. Le médecin devra dire les choses, proposer des objectifs adaptés, progressifs, accepter l'imperfection et le temps nécessaire, demander au patient ce qu'il pourrait envisager pour commencer. Agir ainsi ne prend pas de temps et en fait même

gagner pour les pathologies qui nécessitent des soins sur des années. Il suffit de se limiter à la contrainte de temps (18 minutes en moyenne), oser ne pas prescrire trop vite, s'accorder sur des objectifs limités, programmer des rendez-vous de suivi...

### Illustration

Monsieur M. 45 ans, en surpoids, sans antécédents notoires, sinon un diabète de type II depuis 1 an, revient avec les résultats de la dernière biologie. Il n'a pas encore de traitement antidiabétique. Ce patient, toujours très direct, avait dit lors de la précédente consultation : "Voici la prise de sang, elle est mauvaise comme d'habitude, pourtant je ne suis toujours pas partant pour prendre un médicament." Mr M., éducateur spécialisé dans un IME, a une vie sociale riche et, sans faire d'excès important, est un bon vivant. Les fiches de conseils hygiéno-diététiques sur le diabète, données l'an dernier, lui semblaient impossibles à suivre dans "la vraie vie". La conversation avait révélé, entre autre, qu'il mange à la cantine le midi et souvent au restaurant en sortant de ses loisirs (spectacle, cinéma...). Le médecin avait consenti à différer le début d'un traitement en lui demandant ce qu'il se sentait capable de faire, même "un petit quelque chose". Ils avaient alors convenu de ne pas dépasser 2 verres de boissons alcoolisées par jour et de diminuer le sucre dans les nombreux cafés quotidiens. Cette fois le patient est souriant, l'HbA1c certes encore élevée est passée de 8 à 7,6% et les GGT de 98 à 78. Il a réussi à ne pas dépasser 2 verres par jour, sauf le week-end et est passé de 2 morceaux de sucre dans le café, à ½. Il souligne que cela n'a pas été difficile et qu'il se sent capable de continuer. Il propose même de trouver un autre "petit quelque chose" à faire.

### Pour aller plus loin

Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, 2006 : 242 p.

## Fiche n°36

### **PRESCRIRE, ORDONNER**

*Un médecin ça prescrit voilà tout ! Comment peut-on soigner sans prescrire ?*

Prescrire est une des caractéristiques de l'exercice médical. Les prescriptions désignent, au niveau médical, "les recommandations faites au malade, verbalement ou par écrit sous forme d'ordonnance." (Le Petit Robert) Le terme de prescription peut lui-même être employé comme synonyme d'ordonnance.

La prescription est encadrée au niveau légal. L'article 8 du code de déontologie rappelle ainsi que : "Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles."

La France est un pays où le niveau de prescriptions est très élevé comparé aux autres pays européens : 78% des consultations généralistes aboutissent à la prescription d'au moins un médicament. Seulement 14 % des consultations observées correspondent à un examen médical sans réalisation d'actes ni de prescription. En moyenne, 2,9 médicaments sont prescrits par consultation [118]. La décision de prescrire est loin de se baser uniquement sur des critères scientifiques : elle subit l'influence d'autres facteurs pouvant expliquer son apparente irrationalité.

L'organisation du système de soins de ville en France semble être un des facteurs expliquant un recours fréquent aux prescriptions. Des sociologues ont ainsi comparé le système français à celui des Pays-Bas où les prescriptions sont moindres [2]. Les médecins hollandais ne sont pas rémunérés directement pendant la consultation, et ont un seuil de consultation plus haut qu'en France, du fait d'un tri des motifs de consultation effectué en amont de la consultation par une assistante. De plus, les médecins néerlandais ont une logique de restriction : souci de participation à la maîtrise des dépenses, volonté de responsabilisation des patients, respect des recommandations. Les médecins français sont de leur côté, plus marqués par une logique de réparation instantanée : fidélisation du patient, validation de leur légitimité professionnelle.

La prescription (médicamenteuse, mais aussi d'examens complémentaires) a un rôle symbolique majeur dans la relation médecin-malade [119,120,121,122] : preuve de la capacité d'intervention du médecin, confirmation pour le patient que son problème relève



bien de la pratique médicale. Elle constitue un repère double : d'abord dans le temps, puisqu'il s'agit du rituel final concluant une consultation traditionnelle ; ensuite dans l'espace, par l'obtention d'une ordonnance et parfois de médicaments, objets palpables matérialisant toutes les fonctions sociales de la prescription [120].

L'attente des patients vis-à-vis des prescriptions, qu'elle soit réelle ou simplement ressentie par le médecin, a un impact non négligeable sur la décision de prescrire. Cependant les médecins surestiment cette attente et il semble que le poids à donner à la pression effectuée par le patient sur l'ordonnance est à nuancer [120,122].

D'autres facteurs semblent jouer un rôle non négligeable dans les prescriptions [120,122,123] : le rapport à l'incertitude et au risque, la pression du temps, le sentiment d'impuissance, la fatigue.

A. Vega a analysé les caractéristiques des prescripteurs de médicaments après les avoir classés en trois groupes : petits, moyens et gros prescripteurs [123]. Les petits prescripteurs exercent une médecine diversifiée, essaient de partager leurs décisions, ont une approche critique des médicaments, ont développé des stratégies soignantes comprenant un rapport équilibré aux spécialistes et aux patients. Les moyens prescripteurs ont tendance à médicaliser les maux sans gravité, ont un recours marqué aux examens, reconduisent souvent les traitements spécialisés, ont une vision toujours positive des médicaments, éprouvent un besoin de réassurance qui se traduit par un recours majoré aux spécialistes et aux examens. Les gros prescripteurs exercent une médecine à la "carte", ont une perception des risques majorée, des peurs peu contrôlées, et utilisent l'autorité et les non-dits pour maintenir l'illusion du savoir médical. Les motivations initiales à devenir soignant ont manifestement une incidence sur le devenir en petit, moyen ou gros prescripteur : les petits prescripteurs étaient plus volontiers marqués par des idéaux (vocation, médecin de famille) ; à l'inverse, les motivations des gros prescripteurs pour devenir médecin étaient plus floues (recherche de confort, élévation sociale).

Enfin, pour A. Vega, la présence importante des laboratoires pharmaceutiques sur le terrain contribue à l'importance des prescriptions médicamenteuses chez les médecins généralistes, et à la représentation positive qu'ils ont des médicaments [123].

### Discussion

Le fait de prescrire est régi par de nombreux facteurs : il paraît important pour le médecin généraliste d'avoir conscience du rôle et de l'importance que jouent les facteurs non rationnels (ou non biomédicaux) dans ses décisions de prescriptions.

Une thèse, parue en 2012, montre que l'écart entre attente réelle de prescription et prescription effective peut devenir un espace pour la non-prescription [120]. Cela sous-

entend une bonne communication et une bonne écoute des attentes du patient : l'ordonnance peut alors devenir le signe de l'accord entre les deux partenaires.

Les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses [119] que sont, notamment, les règles hygiéno-diététiques, les traitements psychologiques, les traitements physiques, mais aussi tout conseil, sont une alternative aux prescriptions médicamenteuses. Le fait de les inscrire sur l'ordonnance permet de garder le rôle symbolique important du papier officiel à en-tête. Il existe cependant des freins à ces prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses : information et adhésion limitées des professionnels de santé à ces thérapeutiques, inégalité d'accès à l'offre (inégalités de répartition de l'offre, coût pour le patient et la société).

Enfin, investir l'"effet médecin" ou remède-médecin est un moyen de s'affranchir du poids symbolique de la prescription. C'est lui qui devient alors l'instrument thérapeutique (voir fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin).

### Illustration

Monsieur P. vient en consultation pour la première fois avec une demande de renouvellement de traitements qu'il dit prendre pour un infarctus ancien. Il est arrivé récemment dans le quartier et vit en foyer. Agé de 57 ans, divorcé, bénéficiaire du RSA, il ne voit plus son fils. Il n'a pas de médecin habituel et rapporte avoir été hospitalisé il y a 5 ans. Il a perdu sa précédente ordonnance mais sort de sa poche des morceaux de boîtes de médicaments où sont inscrits : Clopidogrel, Enalapril, Trimetazidine, et Paracétamol. L'interrogatoire révèle qu'il ne prend pas régulièrement le traitement, qu'il fume un paquet de cigarettes par jour et "boit un peu". Se sentant seul et désœuvré, il passe sa vie entre des promenades sans but dans la rue et des soirées à regarder la télévision avec son voisin de chambre. L'examen clinique est pauvre en dehors de râles ronflants dans les deux champs pulmonaires et d'une tension artérielle à 160/80. Bien en peine pour faire une synthèse clinique, le médecin note tout de même dans son dossier : BPCO, tabagisme, buveur excessif, humeur dépressive et... insuffisance coronarienne. Le patient quant à lui insiste sur son besoin de médicament et son désir d'une prise de sang "pour voir où il en est". A l'issue de la consultation le médecin rédige deux ordonnances. Sur la première il prescrit une biologie avec, entre autre, un bilan lipidique et hépatique (GGT). Sur la seconde il note Clopidogrel, Enalapril qu'il dose arbitrairement à 10 mg, et Paracétamol. Il propose au patient d'arrêter la Trimetazidine qui, quelle que soit la raison de sa prescription initiale, n'a pas prouvé son intérêt. Il ajoute en toutes lettres sur l'ordonnance : "tenter de ne pas dépasser 3 verres de boissons alcoolisées par jour" et "rendez-vous vendredi en huit pour refaire le point avec les résultats de la prise de sang". Le patient semble adhérer au projet. Le médecin est

soulagé, projetant déjà, progressivement, sans heurter le patient, d'évaluer plus en détail sa situation sanitaire. Sur le pas de la porte le patient se retourne, les deux ordonnances en main : "pardon docteur, c'est laquelle celle pour la prise de sang ? Ah bon, alors celle-ci c'est pour les médicaments ?" Un peu dépité le médecin salue le patient. Il était satisfait d'avoir pu faire autant de choses en 20 minutes et rédiger une prescription dans les règles de l'art. Il n'avait seulement pas envisagé que le patient ne savait pas lire !

#### Pour aller plus loin

Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généraliste français. Formindep 2011 : 200 p. [en ligne]. Disponible sur : [www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf)

Charia E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de quatre focus groups. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon-Sud, Université Claude Bernard –Lyon 1, 2012, 164 p.

HAS. Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Avril 2011, 94p.

## GESTION DES POLYPATHOLOGIES

Il n'existe pas vraiment de définition de la polypathologie. Le terme n'existe pas dans les dictionnaires, mais il est couramment utilisé pour parler du cumul de pathologies. Souvent on parle de polypathologie dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies [124]. Les patients polypathologiques sont soit des patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit des patients présentant plusieurs pathologies chroniques (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), soit les deux.

Le mot "maladie chronique" recouvre des affections fort différentes dans la pratique médicale du point de vue de la sévérité et de l'issue de la maladie, de la rapidité de son évolution, de ses manifestations cliniques ou biologiques (cancer, arthrose, eczéma, dyslipidémie...). Trois critères sont très souvent retrouvés pour définir la chronicité : la durée de la maladie, (qu'elle soit stable ou non, sévère ou bénigne, qu'elle se manifeste par des épisodes aigus ou non), sa gestion médicale dans le temps et sa répercussion sur la qualité de vie des malades [48].

Dans la définition de la médecine générale, apparaissent entre autre la gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge globale, et le suivi dans le temps [1]. Ceci a pour conséquence que la gestion des polypathologies est une des caractéristiques de la médecine générale (caractéristique partagée avec la gériatrie). Elle en fait la complexité. En effet le patient polypathologique chronique occupe une place de plus en plus importante au sein de la consultation du médecin généraliste : 40% de ses consultations concernent un patient polypathologique chronique [125].

La polypathologie n'est pas un problème réservé aux âges avancés : elle peut également concerner des patients jeunes. Une étude de 2008, montre que 25% des pathologies chroniques concernent des patients de moins de 60 ans [125]. Cependant il est avéré que le nombre de pathologies chroniques par patient augmente avec l'âge.

Cette même étude, dont l'objectif était de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque liées à la polyprescription en médecine générale, a établi au préalable une typologie des situations chroniques en médecine générale [125]. Six classes de patients polypathologiques ont ainsi été définies : la première (37,83 %) concerne les pathologies centrées sur le cardio-vasculaire, chez les plus de 60 ans, consultant plus de quatre fois par an. La seconde (23,14 %) concerne les actes de plus de six pathologies, chez les plus de 70 ans, consultant plus de quatre fois par an, avec une grande dispersion des pathologies. La troisième (1,34 %) concerne les pathologies centrées sur la psychiatrie et les

troubles musculo-squelettiques, chez les moins de 60 ans, consultant plus de quatre fois par an. La quatrième (13,34 %) concerne les pathologies centrées sur les risques cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques, chez les 40-59 ans, consultant deux à trois fois par an. La cinquième (7,52 %) concerne les pathologies centrées sur l'asthme, la dermatologie, les troubles musculo-squelettiques, chez les 11-25 ans, consultant entre une à quatre fois par an. La sixième (3,83 %) concerne les pathologies centrées sur les troubles musculo-squelettiques et l'anxiété, chez les 11-39 ans, consultant une à deux fois par an.

Le nombre de pathologies présentées par le patient a une relation directe avec le nombre de médicaments prescrits. Ainsi la polyprescription résultant de la gestion des polyopathologies est fréquente. Elle semble difficile à éviter et représente un enjeu important du fait de l'augmentation du nombre de traitements inappropriés, de l'augmentation du risque d'interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, de l'augmentation du risque de contre-indications liées à plusieurs pathologies concomitantes, de la diminution de l'observance des traitements par les patients, enfin de l'augmentation du coût de la prise en charge [126].

### Discussion

La gestion des polyopathologies est complexe et ne se résume pas à l'addition de situations plus simples que représentent les monopathologies. Cette complexité de prise en charge ne dépend pas seulement de l'âge, du sexe, et du nombre de pathologies à prendre en compte. Elle est avant tout dépendante de la nature des pathologies en jeu.

La polyopathie est source de polyprescription. Le médecin généraliste dispose de peu d'aides pour gérer ces situations. En effet les recommandations concernent avant tout des maladies isolées plus que des patients ayant plusieurs problèmes de santé. Le médecin généraliste est ainsi soumis à des injonctions multiples voire contradictoires. De même, alors que les études sur la iatrogénie concernent les populations âgées polyopathologiques, les essais thérapeutiques excluent la plupart du temps ce type de patients : elles ne sont donc d'aucun secours pour le médecin généraliste.

Concernant la polyprescription, l'étude polychrome [126] a cherché à optimiser 11 ordonnances assez représentatives de polyopathologies chroniques contenant médicaments cardiovasculaires, anti-diabétiques oraux, benzodiazépines et anti-dépresseurs, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques de niveau I et II, et traitements concernant l'appareil digestif, dont les inhibiteurs de la pompe à protons. Cette optimisation, réalisée par un groupe d'experts médecins et pharmacologues a conduit à la réduction d'un tiers du nombre des médicaments, ce qui permet de résoudre un quart des contre-indications et près de la moitié des interactions médicamenteuses. A l'issue de ce travail d'expertise, il persistait

néanmoins un risque encore non nul d'effets indésirables des médicaments (contre-indications et interactions médicamenteuses).

Ce type de réévaluation des ordonnances est cependant impossible à réaliser par le praticien au cours d'une consultation habituelle, au vu de l'importance du travail (personnel et collectif) que cela a demandé aux experts.

Enfin, la polyopathie chronique avec son suivi au long cours, et le renouvellement fréquent de ses médications est un domaine particulièrement exposé au risque d'inertie thérapeutique (voir fiche n°38 : L'inertie thérapeutique), d'où l'importance de prendre régulièrement le temps de s'interroger sur ses pratiques (formation continue, groupes de pairs...).

### Illustration

Mme J., 75 ans, consulte pour la première fois au cabinet. Son médecin, qui la suivait depuis 22 ans, vient de prendre sa retraite. Elle vit avec son mari, un peu plus âgé qu'elle, et habite au 2ème étage d'un immeuble sans ascenseur. Elle sort peu. Son histoire personnelle a été marquée par le décès d'une de ses petites-filles qu'elle a vu se faire écraser sous ses yeux par une voiture. Il semble que depuis cet événement, elle est triste, angoissée, dépressive. Elle consultait régulièrement son ancien médecin pour le renouvellement de son ordonnance, avec souvent du retard par rapport à la date d'échéance de son ordonnance précédente.

Elle est traitée pour une hypertension artérielle, un angor, et un DNID. De plus, elle se plaint très régulièrement de douleurs articulaires rapportées à un terrain arthrosique important et diffus. Elle souffre de remontées acides fréquentes, dans le cadre d'une hernie hiatale, de fuites urinaires à l'effort et à la toux, et d'un prurit *sine materiae*. Elle a subi une hystérectomie totale non conservatrice il y a 30 ans.

L'examen clinique est sans particularité et la biologie récente retrouve une HbA1C à 6,4 % et une clairance MDRD à 62,6 ml/min.

Son ancienne ordonnance comporte :

Aténolol 100 (1) - Losartan + Hydrochlorothiazide (1) - Monicor 40 LP (1) - Aspirine 160 (1) - Glipizide (3) - Metformine 850 (2) - Sertraline (1) - Alprazolam 0,25 (1) - Hydroxyzine 25 (1) - Paracétamol 500 à la demande - Gaviscon suspension à la demande - Colpotrophine à la demande - Acide niflumique en gel à la demande.

Ce cas est un exemple (fréquent) de patient âgé polymédiqué du fait de polyopathologies. Le rôle de ce nouveau médecin va être d'éviter le risque iatrogène chez Mme J. (risque d'hypotension, d'hypoglycémie, d'insuffisance rénale, de troubles de la vigilance), en ayant conscience des interactions médicamenteuses (par exemple : bêta-bloquants et sulfamides hypoglycémisants, alprazolam et hydroxyzine, ARA II et hypoglycémisants oraux). Il lui faudra

réévaluer le traitement psychotrope, le traitement cardio-vasculaire et le traitement hypoglycémiant. Tout cela sans négliger l'aspect "qualité de vie", car Mme J. est sans doute plus gênée au quotidien par ses douleurs articulaires, ses fuites urinaires et son reflux que par son DNID ou son HTA. Probablement, cela se fera sur plusieurs consultations, étapes par étapes, et avec la patiente. Prudent, il commencera en proposant à la patiente de tester la diminution d'un médicament, en ne l'imposant pas et en expliquant les risques d'un traitement aussi lourd.

#### Pour aller plus loin

Sermet C. *La polypathologie des personnes âgées*. Paris : CREDES, 1994 : 22 p.

Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. *Pratiques et Organisation des Soins* 2008 : 39 (1) : 43-51.

Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins* 2009 : 40 (3) : 167-75.

## L'INERTIE THERAPEUTIQUE

Le terme "inertie clinique" (ou inertie médicale) est apparu pour la première fois dans la littérature en 2001 dans l'article de Phillips et al. intitulé "Clinical Inertia" [127]. Ce concept est alors défini comme "l'échec de la part des médecins à entreprendre ou intensifier un traitement lorsque celui-ci est indiqué". Il correspond donc à un retard non justifié concernant l'initiation ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est correctement posé et que le médecin est bien au fait du risque potentiel encouru par le patient. Junod le traduit de façon un peu caricaturale comme "un comportement médical réel [...] où on sait ce qui est utile mais on ne le fait pas, on ne sait pas si c'est utile mais on fait, et on sait que c'est inutile, mais on ne s'abstient pas." [104] Il concerne surtout les maladies chroniques asymptomatiques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie. Les trois raisons avancées par Phillips pour expliquer ce phénomène sont :

- 1) une surestimation des soins prodigués
- 2) une mise en avant de raisons "molles" (ou peu pertinentes), pour ne pas intensifier le traitement ("les chiffres ne sont pas à la cible mais se sont quand même améliorés", "le patient n'aime pas les médicaments", "le patient ne suit pas son régime"...)
- 3) une formation, une organisation et un entraînement insuffisants à la pratique centrée sur l'atteinte d'objectifs thérapeutiques.

En 2004, apparaît le terme d' "inertie thérapeutique" sans qu'une nouvelle définition ne soit donnée [128]. Les causes de l'inertie clinique sont explorées, et certains auteurs lui attribuent trois sources : des facteurs liés au médecin, des facteurs liés au patient, et des facteurs liés au système de soins [129,130]. Les facteurs liés au médecin incluent notamment le manque de temps, le défaut à initier ou intensifier un traitement, la sous-estimation des besoins du patient. Les facteurs liés au patient touchent à l'inobservance thérapeutique : oubli de prendre le médicament, coût du traitement, déni de la maladie... Les facteurs liés au système de soins sont par exemple l'absence de recommandations, l'absence d'aide à la décision, ou encore l'absence de campagne de sensibilisation des patients.

Pour Phillips et al., lutter contre l'inertie clinique passe par l'assimilation de trois concepts : la prise de conscience du ratio "bénéfices - risques - coûts" d'une approche «*treat to target*» (ou traitement par cible thérapeutique), la complexité pratique à traiter les patients présentant plusieurs pathologies ou facteurs de risque, et le besoin de structures adéquates permettant de faciliter une prise en charge efficace des maladies dépourvues de symptômes.



Les moyens de réduire l'inertie clinique, retrouvés dans la littérature, sont la mise en place d'un enseignement centré sur l'importance et les moyens d'atteindre les objectifs thérapeutiques dans la prise en charge des maladies chroniques, associé à l'utilisation d'outils dans l'exercice quotidien, tels que le travail en équipe de soins (peu applicable en soins primaires), les alertes, check-listes et pense-bêtes, ainsi que le feedback (revoir les dossiers de patients dans le cadre du problème considéré et expliciter systématiquement les décisions prises).

### Discussion

L'inertie clinique est un concept complexe avec une définition non consensuelle pouvant mener à des interprétations diverses. En effet, sont utilisés différents termes tels que inertie clinique, inertie thérapeutique, et inobservance, avec plus ou moins (voire pas) de nuances [131]. En France, le terme "inertie thérapeutique" reste le plus employé. Les causes mêmes de l'inertie clinique sont variables selon les auteurs, parfois limitées à des facteurs liés au médecin, parfois élargies à l'attitude du patient ou au système de soins. On sent en effet que les contours sont difficiles à dessiner, les décisions du médecin étant influencées à la fois par ses normes intimes mais aussi par ce qu'il perçoit du patient et par différents facteurs liés au système de soins. Il peut également paraître contradictoire de considérer comme facteur d'inertie clinique le manque ou l'absence de recommandations alors que la définition initiale concerne la non-application des recommandations existantes malgré des résultats cliniques ou biologiques insuffisants.

Même si l'absence d'une définition unique rend l'inertie clinique difficilement quantifiable, elle reste un problème important comme le montrent de nombreuses études mettant en évidence un nombre non négligeable de patients hypertendus mal contrôlés et avec un traitement insuffisant. Les conséquences ne sont pas anodines en termes de complications cardiovasculaires et coût pour la société.

Lors de la formation initiale, pour lutter contre l'inertie clinique, il conviendrait, en plus d'apprendre aux futurs médecins ce qu'il faut faire, de leur enseigner comment s'assurer qu'effectivement ils le font.

Cependant la lutte contre l'inertie médicale ne doit pas se transformer en une application rigide des recommandations, aboutissant à une surmédicalisation. Toute la complexité réside dans le difficile équilibre entre exercice d'une médecine fondée sur les preuves, et individualisation des soins.

### Illustration

Mr R., 55 ans, vient voir son médecin généraliste pour renouveler ses différents traitements. Il est alcoolique chronique sevré depuis quelques mois, et épileptique. Lors de consultations précédentes le médecin avait noté à plusieurs reprises une tension artérielle élevée, pour laquelle il avait instauré un traitement par diurétique thiazidique, renforcé ensuite par l'ajout d'un bêtabloquant. Ce jour, le patient se plaint de divers maux, dont une dorsalgie mécanique. La tension artérielle est élevée à 160/90 mmHg. Paradoxalement, la nouvelle ordonnance rédigée en fin de consultation contient son habituel traitement antiépileptique, le bêtabloquant, le diurétique thiazidique, un antalgique, mais aucune nouvelle médication antihypertensive. Cette situation, banale, est un exemple d'inertie thérapeutique. La raison de n'avoir pas augmenté le traitement alors que l'hypertension, ses traitements et ses conséquences sont bien connus fait sans doute appel à de nombreux facteurs : le médecin a-t-il "oublié" face aux autres motifs de consultation de prendre en charge l'hypertension de son patient ? A-t-il des doutes sur la prise effective des autres traitements prescrits ? Doute-il de l'abstinence de son patient, la consommation d'alcool étant connue comme étant cause d'hypertension artérielle ? Suspecte-il un effet blouse blanche ? Croit-il que le patient n'est pas prêt à prendre un médicament supplémentaire ? L'analyse de ce dossier au cours d'une réunion avec d'autres pairs pourra permettre au médecin d'explicitier sa décision et de mettre en évidence l'inertie clinique.

### Pour aller plus loin

Phillips LS, Branch WT, Cook CB et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 825-34.

O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE et al. Clinical inertia and outpatient medical errors. *Advances in Patient Safety* 2005 ; 2 : 293-308. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/OConnor.pdf>

Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA. Nonadherence, clinical inertia, or therapeutic inertia ? *J Manag Care Pharm* 2009 ; 15 : 690-695.

## L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique (ETP) a pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être. Elle bénéficie aujourd'hui d'un intérêt particulier, du fait du nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques (15 millions de personnes en France) et de la prise de conscience par les soignants de la difficulté de ces patients à suivre les prescriptions et les conseils des médecins.

Ainsi, en France, il existe une volonté politique de promotion de l'éducation thérapeutique comme le démontre son inscription dans la loi du 21 juillet 2009 (dite loi HPST) précisant ses contours et ses fonctions [132]. Des guides méthodologiques réalisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'INPES visent à structurer et protocoliser l'éducation thérapeutique [133].

La définition de l'éducation thérapeutique utilisée au sein de l'Union européenne, et retenue par la HAS est celle du rapport de l'OMS-Europe, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, publié en 1996 et traduit en français en 1998 [133] : "Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie."

Les recommandations de la HAS décrivent l'éducation thérapeutique comme la proposition d'une démarche pédagogique structurée afin d'aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements qui leur sont prescrits. Une planification en quatre étapes doit apporter un cadre cohérent à l'action des soignants : diagnostic éducatif, programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises [133].

### Discussion

Cependant l'éducation thérapeutique ne semble pas pouvoir être réduite, comme le fait la HAS, à l'acquisition de compétences. En effet, nombreuses sont les personnes qui ont acquis ces compétences et qui ne les mettent pas en œuvre : "S'il suffisait d'une

présentation rationnelle et bien menée des liens de causalité entre des conduites et des pathologies pour enrayer le développement de celles-ci, cela se serait observé. Tous les comportements de prise de risque des patients devraient, en raison, céder devant les propositions savantes et philanthropiques des soignants-éducateurs. Le sujet, ainsi sommé par les éducateurs qui, par postulat, lui veulent du bien, devrait agir de manière responsable, sous le contrôle de sa raison, à la production de sa propre santé. En conséquence, les échecs éducatifs seraient à attribuer à un mauvais choix de méthodes pédagogiques ou à leur élaboration insuffisante. [...] Ce n'est pas ce qu'on observe, à tout coup, dans la clinique quotidienne où le soignant se trouve confronté à un sujet humain pris dans les rets de ses contradictions : sujet de la raison, il tente de se soumettre aux normes présentées par les experts qui lui veulent du bien ; sujet vivant, il regimbe et biaise face à l'ascétisme hygiéniste qui lui est le plus souvent proposé." [134]

Les dérives et pièges de l'éducation thérapeutique sont potentiellement nombreux : réduire l'éducation à une réflexion sur la pédagogie ou la communication ; croire que tout peut être objet d'un apprentissage ; rendre les personnes malades, seules responsables de leur état de santé du fait de leur comportement ; penser que la démarche éducative a pour but de rendre le patient plus obéissant ; rester dans une relation de type paternaliste ou dépendance-expertise plutôt que de cheminer vers un partenariat et favoriser l'autonomie du patient ; tomber dans le piège de la fonction apostolique (voir fiche n°17 : La fonction apostolique).

B. Sandrin-Berthon, directrice de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique, explique dans un article [135] comment l'utilisation du terme "diagnostic éducatif" dans le domaine de l'éducation thérapeutique, par analogie avec le diagnostic médical, peut conduire les professionnels de santé à des pratiques qui vont à l'encontre d'une démarche éducative : interrogatoire du patient, attitude d'expertise du professionnel qui fixe lui-même les objectifs à atteindre, classement nosographique des informations recueillies, approche par problème, standardisation des activités proposées... Elle propose de le remplacer par "bilan éducatif partagé", pour signifier le partenariat essentiel permettant au médecin d'évaluer avec le patient où il en est, puis de convenir ensemble de ce qui pourrait l'aider à mieux prendre soin de lui. L'éducation thérapeutique semble donc devoir se penser et se vivre comme l'accompagnement du patient malade dans la réappropriation de sa vie et de son corps, plutôt que comme l'enseignement de compétences qui peuvent néanmoins être utiles. Cela requiert du médecin, ou de tout soignant, un changement d'attitude : approche centrée sur le patient, confiance envers lui avec reconnaissance de son expertise, écoute non sélective, accueil de ses émotions...

Quid de la place du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique ?

Actuellement le développement de l'éducation thérapeutique se fait essentiellement sous la forme de programmes structurés au sein d'établissements hospitaliers et de réseaux de prise en charge des maladies chroniques, c'est-à-dire sous forme collective. Le médecin généraliste y est parfois impliqué, au sein des réseaux. Cependant l'éducation thérapeutique est peu développée en médecine générale, et les guides méthodologiques sur la structuration de programmes d'éducation thérapeutique, conçus dans le cadre d'éducation thérapeutique collective, ne sont pas adaptés à l'approche éducative individuelle continue et intégrée aux soins.

Compte tenu du nombre de personnes concernées par l'éducation thérapeutique, le médecin généraliste a un rôle incontestable à jouer, et ce dans son exercice quotidien. Une thèse de médecine générale a porté sur la pratique de l'éducation thérapeutique chez 12 médecins généralistes sensibilisés à cette pratique [136]. Il en ressort que tous suivent, mais de façon assez informelle, les quatre étapes proposées par la HAS. Les dossiers médicaux ne sont actuellement pas pensés pour permettre un enregistrement facile des données issues des entretiens d'éducation thérapeutique. La coordination avec l'éducation thérapeutique collective est reconnue comme une ressource. Les difficultés soulevées par ces médecins sont la durée des consultations (généralement plus longues), la nécessité d'organiser différemment leur emploi du temps, les nombreux motifs de consultation, la difficulté de faire revenir le patient pour des consultations éducatives, enfin le manque de compétences particulières (communication, manque d'outils). Enfin, tous rapportent que l'exercice de l'éducation thérapeutique leur apporte des bienfaits, a changé leur écoute, et leur évite la perte de motivation que peut créer le suivi des patients chroniques.

Une enquête, réalisée en 2012 dans des cabinets de médecine générale, rapporte que 89% des médecins sont convaincus de faire de l'éducation thérapeutique. Ce chiffre n'est cependant pas crédible au vue des études officielles (de l'HAS, CNAMTS, INPES...). Il peut être expliqué par une mauvaise connaissance de ce qu'est réellement l'éducation thérapeutique, avec confusion entre un entretien ponctuel de soutien au patient et la mise en place d'un programme d'ETP. Le fait que seulement un tiers des médecins a suivi une formation et que la plupart affirment que l'entretien d'ETP dure 10 à 15 minutes va dans le sens de cette hypothèse.

Ainsi, l'éducation thérapeutique est d'actualité, mais reste le plus souvent à l'état de vœu pieux. Le médecin généraliste est en première ligne, mais il n'a ni les moyens, ni le temps, ni toujours un état d'esprit propice à l'éducation thérapeutique.

### Illustration

Melle L., 22 ans, se présente en consultation sur les recommandations de l'interne vu aux urgences suite à une crise d'asthme sévère. Elle est asthmatique depuis son enfance. Elle explique que la veille au soir elle a présenté un épisode de dyspnée sifflante ne cédant pas malgré la prise de 2 bouffées d'un béta 2 mimétique de courte durée d'action. Inquiète devant sa gêne respiratoire et sa difficulté à parler, elle s'est alors rendue aux urgences. Elle y a bénéficié de plusieurs aérosols de béta 2 mimétique d'action rapide et de 60 mg de corticoïdes *per os*. Ce traitement lui a permis de regagner son domicile dans la nuit.

Melle L. fume et vit avec un chat. Elle souhaite faire le point pour diminuer la fréquence des crises et commence à s'inquiéter de son manque de souffle car elle programme des vacances pour apprendre à plonger.

Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé consiste à répondre aux questions suivantes : Qu'est ce qu'elle a ? Qu'est ce qu'elle fait ? Qu'est ce qu'elle sait ? Qu'est ce qu'elle est ? Qu'est ce qu'elle veut ?

Ce premier temps d'échange permettra de voir qu'elle ne se sent pas prête à arrêter de fumer, mais est disposé à prendre du temps pour réfléchir à sa consommation et à ce que cela lui apporte. Il ressort également qu'elle attribue plutôt son asthme à la pollution et au stress qu'à la présence de son chat dans son appartement. Elle en marre de faire des crises à répétition et aimerait pouvoir "vivre normalement". Elle a cependant bien compris l'importance d'avoir sur elle son béta 2 mimétique de courte durée d'action, mais ne sait pas vraiment la démarche à suivre en cas de crise. Elle ne connaît pas non plus l'usage du débitmètre de pointe et son intérêt dans la surveillance de son asthme.

A l'issue de ce premier temps, le médecin et Melle L. se mettent d'accord sur la façon de permettre à la patiente de mieux gérer son asthme au quotidien. Ensemble ils listent les points qui semblent importants à chacun. Melle L. convient qu'il faudra plusieurs consultations pour aborder tous les points retenus. Une prochaine rencontre est prévue pour revoir la gestion de la crise et la prise de l'aérosol. D'autres auront pour but d'apprendre à contrôler son débit expiratoire de pointe (DEP), et de reparler du tabac, du chat et des allergènes.... D'ici là, tous deux conviennent que Melle L. notera sur un carnet ses crises, ce qu'elle a fait, le contexte, et toutes questions ou remarques que cela susciterait.

### Pour aller plus loin

Dossier "Education thérapeutique : concepts et enjeux", revue ADSP n°66. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad660959.pdf>

Lecorps P. Education du patient : penser le patient comme "sujet" éduicable ? Pédagogie Médicale 2004 : 5 (2) ; 82-86. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lecorps.pdf>

## Fiche n°40

### PREVENTION QUATERNAIRE

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. L'OMS a proposé la distinction, aujourd'hui classique, entre prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Longtemps la prévention clinique a été exprimée de façon chronologique, comme une vue du médecin sur une tâche à réaliser avant la survenue d'un évènement. Ainsi la prévention primaire correspondait aux conseils de santé avant l'apparition d'une maladie, la prévention secondaire au dépistage et aux actions en vue d'éviter des récives, la prévention tertiaire aux mesures en vue d'éviter les complications, et la prévention quaternaire aux soins palliatifs [137,138] (figure n°16).

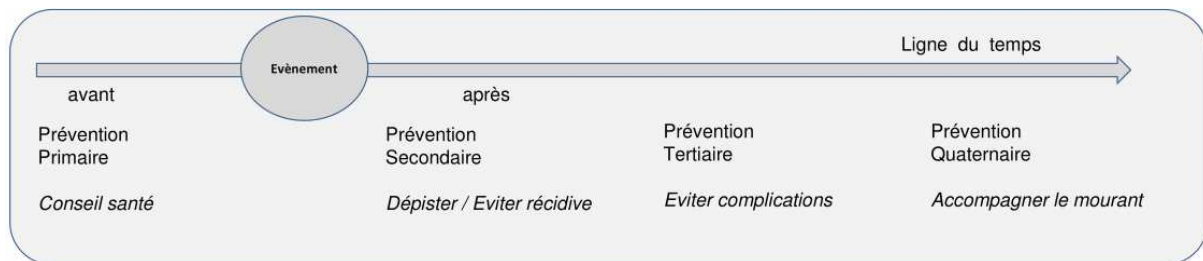


Figure n°16 : Vision chronologique de l'activité médicale [138]

En 1982, RS. Gordon établit une classification de la prévention en 3 parties, non plus fondée sur le stade de la maladie, mais sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre. Ainsi, il distingue : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée [139].

En 1985, Jamouille envisage la prévention selon une vision relationnelle et a ainsi redéfini le concept de prévention quaternaire. Il a réalisé un schéma où se croisent deux axes : un axe horizontal (la vision du médecin) et un axe vertical (la vision du patient), répartissant ainsi la prévention en quatre champs. Le temps est représenté par une ligne oblique traversant le schéma (figure n°17) :

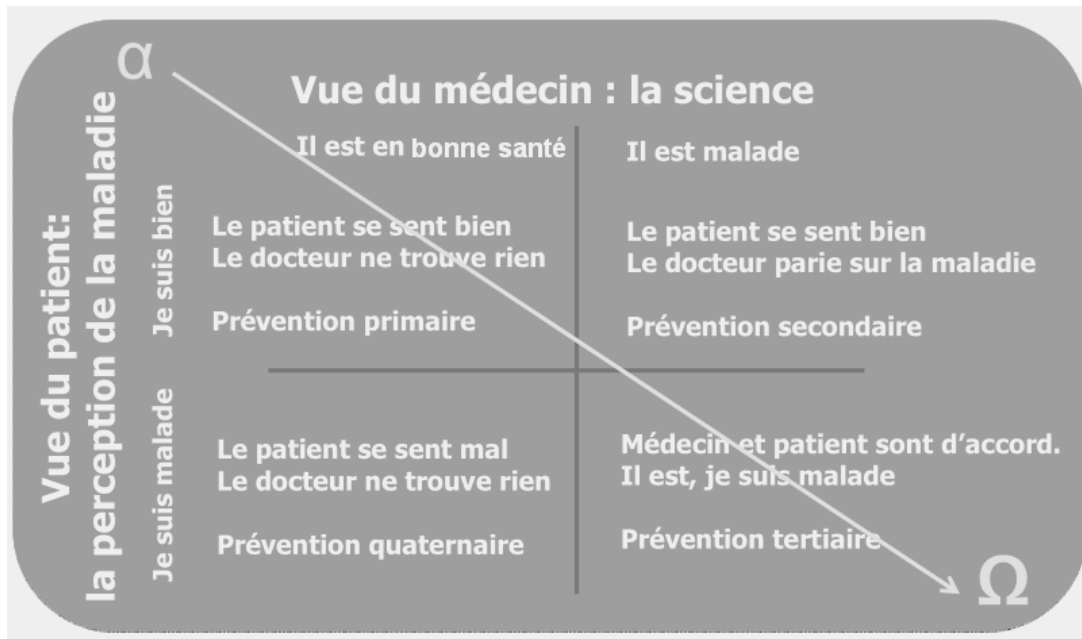


Figure n°17 : Les quatre domaines de l'activité médicale et de la prévention exprimés dans le cadre de la relation médecin malade [138].

Les définitions des trois premières formes de prévention ont été publiées en 1995 par le Comité de classification de la WONCA dans le Glossaire de médecine générale et de famille. La définition de la prévention quaternaire proposée par Jamouille a été acceptée par le Comité de classification de la WONCA en 1995 et rajoutée au Glossaire en 2003 [140].

La prévention primaire est ainsi définie comme l'action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (ex : la vaccination).

La prévention secondaire est l'action menée pour éviter à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (ex : dépistage du cancer).

La prévention tertiaire est l'action menée pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'un patient ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (ex : prévention des complications du diabète).

La prévention quaternaire correspond à l'action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à l'adage *Primum, non nocere* : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation.



## Discussion

Ce concept de prévention quaternaire soulève le problème très actuel que traversent les sociétés occidentalisées : les avancées de la science ont rendu la médecine efficace et omniprésente. Rien n'échappe à la médecine, de la vie à la mort de l'individu. De même de nouvelles maladies ou pseudo-maladies apparaissent du fait des politiques de dépistage, et les frontières entre le normal et le pathologique deviennent floues (ce que montrent les nouvelles classifications des troubles psychiatriques tendant à une médicalisation des émotions). On assiste à un glissement de la gestion de la maladie à la gestion du risque : ce phénomène est très bien illustrée par la pièce de théâtre de Jules Romains, mettant en scène le Dr Knock dont la théorie est que "les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent." [141] Ainsi du fait d'un LDL-cholestérol élevé, le patient devient un "dyslipidémique".

La médiatisation de la santé participe à ce phénomène et crée des angoisses de maladies : Jamouille explique ainsi que l'émission télévisée du samedi soir consacrée aux cardiopathies entraîne inévitablement des consultations pour plaintes d'allure cardiologique le lundi [137].

Le médecin généraliste a un rôle primordial à jouer dans la prévention quaternaire. La WONCA parle ainsi du concept d'orientation vers la normalité en soins primaires [1] : "De nombreuses consultations servent à calmer l'anxiété liée aux maladies possibles du patient qui ne présente aucune pathologie. [...] L'angoisse ressentie par le patient est souvent liée à une cause non biomédicale et il est important de savoir arrêter les investigations, tout en continuant les soins. Il faut également protéger le patient contre une médicalisation excessive, en évitant, si nécessaire, des tests, des dépistages, et des traitements superflus."

Jamouille rappelle alors que médecins spécialistes et généralistes gèrent le domaine de la prévention quaternaire de façon très différente [137]. La formation professionnelle du spécialiste le pousse à trouver la maladie. Il est donc toujours en train d'amener le patient vers la case en bas à droite de la figure n°17 (donc essayer d'en faire un vrai malade). Ce processus de recherche de la maladie précipite le patient dans l'arène de la médecine avec le risque qu'il devienne en effet malade du "kyste hépatique" révélé par le scanner. Le médecin généraliste a le temps d'attendre. Ses deux outils sont la relation dans le temps (soins continus) et la confiance. Le médecin généraliste doit donc être sensible, et le spécialiste spécifique. Les risques de ces deux attitudes sont pour le médecin généraliste de manquer un diagnostic, et pour le spécialiste de rendre inutilement malade et/ou angoissé.

Comment éviter cette dérive de surmédicalisation et pratiquer la prévention quaternaire ? [142] Contrôler l'anxiogénèse de la consultation en apprenant à entendre les plaintes et à contrôler ses propres doutes, et appliquer si possible les connaissances adéquates comme par exemple les recommandations EBM, sont les deux processus déterminants la prévention quaternaire basée sur la relation. En effet la connaissance de la prévalence des maladies et

de la valeur prédictive positive de tests diagnostiques, permet au médecin de ne rien faire et d'arrêter des investigations sans fin à la recherche de la maladie rare dont la prévalence en soins primaires est quasi nulle.

Illustration (tirée de [142])

Mme E. est suivie depuis longtemps pour un cancer du sein bien soigné. La première erreur a été de cocher la recherche de l'ACE au lieu du CA 15-3 dans sa prise de sang de contrôle. L'ACE est très élevé et la patiente sait ce que ça veut dire. Son mari qu'elle a accompagné avec tendresse est mort à la maison d'un cancer du colon. Chez elle la colonoscopie est négative. Un nouveau dosage de l'ACE l'est aussi. Il s'agissait donc d'un faux positif. Mais elle sait la souffrance qu'un tel diagnostic implique. Elle ne croit pas le médecin quand il lui assure que le résultat du premier dosage est une erreur. Elle imagine qu'il ne lui dit pas toute la vérité pour la protéger. Il faudra de nombreuses consultations et beaucoup de patience pour enlever ses doutes et regagner sa confiance.

Pour aller plus loin

Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, Hong-Kong, 1995.

Romains J. *Knock ou le triomphe de la médecine*. Paris : Gallimard, 1924 : 152 p.

## Fiche n°41

### REMEDE MEDECIN, EFFET MEDECIN

*Le médecin est un remède en soi.*

Le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, autrement appelé "effet médecin", est connu depuis l'antiquité (Hippocrate). Balint l'a appelé le "remède médecin" [23] : "Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris. [...] il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. [...] Dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien, etc. Il est plus inquiétant encore de constater l'absence complète de littérature sur les risques possibles d'une telle médication, par exemple sur les diverses réactions allergiques individuelles pouvant se rencontrer chez les malades, et qui doivent être surveillées attentivement, ou encore sur les effets secondaires indésirables du médicament. En fait la pauvreté des informations sur ce remède (le plus utilisé) est terrifiante et désastreuse, surtout si on la compare à la richesse des renseignements sur les autres médicaments, y compris les plus récemment introduits dans la pratique. En général on répond à cela que l'expérience et le bon sens donnent au médecin l'habileté nécessaire pour se prescrire lui-même ; mais l'insuffisance de cette opinion (qui ne rassure qu'elle-même) éclate si on la compare aux instructions détaillées et basées sur des expériences soigneusement contrôlées qui accompagnent tout médicament nouveau utilisé en médecine générale." Ainsi, la façon dont le médecin reçoit les offres du patient, c'est-à-dire ses plaintes et symptômes, peut conditionner leur fixation en maladie : "L'un des effets secondaires les plus importants (sinon l'effet essentiel) du remède médecin consiste dans sa réponse aux offres du malade." [23]

Le remède médecin décrit par Balint comprend deux composantes : le réconfort et le conseil.

#### Discussion

L'effet thérapeutique du remède médecin est attribué à la qualité de la relation médecin-malade par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la

conviction dans l'efficacité du traitement... Ce possible effet médecin justifie la procédure en double aveugle des essais thérapeutiques.

Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été publiée en 2006 [143]. Cet article montre que l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin peut se mesurer par des essais comparatifs randomisés, alors qu'elle était auparavant une donnée empirique et subjective. Il distingue deux types de soins ou d'intervention contribuant à l'efficacité du remède médecin : le soin "cognitif" (centré sur l'explication écrite ou orale, c'est-à-dire le savoir) et le soin "émotionnel" (faisant intervenir les attitudes médicales et les capacités relationnelles comme l'empathie, l'intérêt porté au patient, l'écoute active, l'expression des affects, la suggestion, la réassurance, c'est-à-dire le savoir-faire et le savoir-être). Trois composantes de l'effet médecin sont décrites : rassurer, conseiller et expliquer.

Rassurer permet de diminuer l'angoisse du patient, favorise une amélioration de son observance thérapeutique, diminue sa demande de médicaments et réduit le recours aux examens paracliniques. Rassurer peut cependant avoir des effets secondaires et des contre-indications : cette attitude peut être néfaste si elle est mise en œuvre trop tôt dans la consultation, avant que le patient ait été écouté, et avant que la signification de ses symptômes ait été explorée.

Conseiller regroupe différents types d'intervention visant la modification de comportement à risque pour la santé. Conseiller nécessite de savoir écouter les représentations du patient pour comprendre sa perception de la gravité de sa maladie, des bénéfices qu'il y a à agir contre cette maladie, des obstacles l'empêchant d'agir (voir fiche n°35 : Passage à l'acte ou décision différée). Ceci permet de comprendre si le patient pense que la résolution du problème dépend de l'extérieur ou de lui-même (notion de *locus of control* interne ou externe).

Enfin expliquer permet de rassurer et calmer l'angoisse légitime du patient. Il convient au préalable de l'aider à poser des questions, et exprimer ce qui l'habite.

Ainsi des attitudes et habiletés médicales au niveau relationnel ont fait la preuve de leur efficacité au travers d'essais randomisés de bon niveau de preuve en soins primaires. L'acquisition de compétences en communication et de capacités à promouvoir des changements chez le patient est donc essentielle. Elle nécessite de se former, car ni l'expérience, ni l'ancienneté du médecin ne garantissent ses aptitudes à la communication.

Le remède médecin en faisant du médecin l'instrument thérapeutique au travers de ses différentes compétences relationnelles, amène à une conception différente du système de soin : reconsidération de l'autonomie et de la responsabilité du patient à travers l'éducation à la santé, prise en charge du malade de manière plus globale, en prenant en compte la dimension psychosociale.

### Illustration

Une jeune fille de 19 ans vient en consultation pour la première fois. Elle raconte qu'elle a sauté du balcon du 1<sup>er</sup> étage, la veille, dans un contexte de soirée alcoolisée. Elle se plaint de douleur à la cheville. Elle a des antécédents psychiatriques avec un suivi visiblement assez médiocre et une observance du même ordre. A l'examen, le médecin constate qu'elle a des scarifications sur les deux avant-bras. Il dit à la patiente avec un geste du regard vers les lésions : "Il y a des signes qui me disent que ça ne va pas trop en ce moment". Sans attendre de réponse, le médecin poursuit l'examen clinique en particulier de la cheville douloureuse. De retour à son bureau il rédige deux ordonnances : une pour une radiographie de la cheville, et une autre avec du Paracétamol où il écrit en plus "me donner de vos nouvelles, prendre soin de vous, reprendre contact avec votre psychiatre... et nous revoir si vous le voulez bien la semaine prochaine". La patiente reprendra bien rendez-vous, une quinzaine de jours plus tard mais en oubliant de ramener la radiographie !

Sans chercher à en savoir plus, le médecin a signifié qu'il a bien noté les signes de mal-être de la jeune femme, laissant la patiente libre de saisir la perche tendue. La prescription finale, ne se cantonnant pas au registre biomédical, est une façon de souligner que la proposition de soin est plus large que le soulagement de la cheville endolorie, et son inscription sur le papier permet de ne pas laisser la parole s'envoler. L'attention particulière et sans intrusion au corps blessé de l'autre, et la manifestation par écrit de son intérêt pour la patiente sont une illustration du remède médecin.

### Pour aller plus loin

Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 9-45).

Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *Presse Med* 2006 ; 35 (6) : 967-73.

# DISCUSSION

## 1. Clarification des termes

Afin de discuter notre travail, il semble intéressant de préciser quelques mots utilisés lorsqu'on parle d'enseignement de la médecine générale. Les mots : rôle, fonction, compétence, caractéristique, concept, corpus théorique sont le plus souvent évoqués et ce, de manière régulièrement interchangeable. Peut-on les préciser et surtout les différencier ?

### 1.1- Le rôle

"Action, influence que l'on exerce, fonction que l'on remplit" ; synonymes : mission, vocation (Le Nouveau Petit Robert).

"Fonction remplie par quelqu'un, attribution assignée à une institution (par exemple : le rôle du maire dans la commune)" (Dictionnaire Larousse).

Signification du mot en sociologie : "Ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de sa fonction dans un groupe." (Dictionnaire Larousse).

Le rôle du médecin généraliste est d'apporter les premiers soins à la population, dans l'environnement où il exerce.

### 1.2- La fonction

"Exercice d'un emploi, d'une charge ; par extension : ce que doit accomplir une personne pour jouer son rôle dans la société, dans un groupe social" ; synonymes : activité, devoir, ministère, mission, occupation, office, rôle, service, tâche, travail (Le Nouveau Petit Robert).

"Rôle exercé par quelqu'un au sein d'un groupe, d'une activité : remplir correctement sa fonction", ou encore "Profession, exercice d'une charge, d'un emploi : cumul de fonctions. Entrer en fonctions" (Dictionnaire Larousse).

Signification du mot en sociologie : "Rôle joué en commun par certains individus au sein d'une société". (Dictionnaire Larousse)

La fonction et le rôle sont donc proches puisque chaque terme définissant l'un apparaît dans la définition de l'autre. Dans la littérature, on retrouve le plus souvent le mot fonction associé à un autre terme : actes et fonctions du médecin généraliste, principes et fonctions de la médecine générale, fonctions et compétences du médecin généraliste... ce qui montre que l'usage de ces termes n'est pas aisé.

Certains parlent des 5 fonctions de la médecine générale : le premier recours, l'approche globale, la continuité des soins, la coordination des soins, et l'action en santé publique.

La SFMG, en 1994 a effectué un travail visant à relever les actes et fonctions du médecin

généraliste [144]. Là encore, on note l'usage de nombreux termes différents : actes, fonctions, tâches professionnelles. Les fonctions répertoriées sont les suivantes : disponibilité et accessibilité pour tous les âges de la vie, continuité des soins personnalisés au cabinet comme au domicile, médiation et régulation, gestion de la diversité des aspects curatifs et préventifs de la santé, activités de formation et de gestion.

Enfin un document universitaire à destination des étudiants en médecine générale parle de 11 fonctions, qui correspondent en réalité aux 11 caractéristiques de la médecine générale figurant dans la définition européenne de la médecine générale [1].

### **1.3- La compétence**

"Connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières" ; synonyme : art, capacité, expertise, qualité, science (Le Nouveau Petit Robert).

"Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger" (Dictionnaire Larousse).

Il s'agit donc de la capacité d'un individu à réaliser une tâche. La compétence du médecin généraliste fait appel à trois registres de capacités : cognitif (les connaissances ou le savoir), psycho-comportemental (les habiletés ou le savoir-faire) et socio-affectif (les attitudes ou le savoir-être).

Dans la définition européenne de la médecine générale sont énoncées 11 capacités (découlant des 11 caractéristiques de la médecine générale) qui sont regroupées en 6 compétences fondamentales [1] : la gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, et l'adoption d'un modèle holistique.

Le référentiel métier et compétences, rédigé par le CNGE [25], classe les compétences dans 5 champs d'activité : démarche clinique spécifique, communication avec les patients et leur entourage, gestion de l'outil professionnel, relations coordonnées avec l'environnement professionnel et les institutions sanitaires et sociales, savoir-faire contribuant au développement et au rayonnement de la discipline médecine générale.

### **1.4- La caractéristique, le principe**

"Ce qui sert à caractériser" ; synonyme : particularité (Le Nouveau Petit Robert).

"Ce qui constitue le caractère distinctif, le trait dominant de quelque chose, de quelqu'un, ce qui caractérise quelqu'un, quelque chose" (Dictionnaire Larousse).

Les caractéristiques de la médecine générale sont décrites dans la définition européenne de

la médecine générale [1]. Ce sont elles qui justifient la singularité de la médecine générale, qui devient une discipline particulière.

Le terme "principe" est parfois retrouvé à la place du mot "caractéristique".

### **1.5- Le concept**

De nos jours, le mot concept est utilisé de façon très courante, voire banale, ce qui entraîne une confusion sur sa signification réelle.

Nous avons choisi la définition suivante du mot concept : "idée abstraite et générale, qui réunit les caractères communs à tous les individus (choses singulières, objets) appartenant à une même catégorie. Par l'abstraction, l'esprit peut isoler, au sein de la réalité, des ensembles stables de caractères communs à de nombreux individus, et associer un nom à chacun de ces ensembles : chaque ensemble ainsi désigné par un mot est un concept (ex. : la formation du concept de "chien" à partir de la comparaison des teckels, caniches, dogues, etc.). Les concepts sont notre principal moyen de maîtrise du réel : ils en sont issus, et ils permettent en retour de le connaître et de l'organiser." [19]

Ainsi, le concept sert à penser, à catégoriser, c'est-à-dire rendre possible une compréhension d'un domaine. Il permet de nommer les choses ayant les mêmes caractéristiques.

Dans les chapitres Introduction et Matériels et Méthodes, nous utilisons aussi le terme "éléments théoriques". Ce terme est utilisé comme synonyme de concept.

La différence entre fonction et concept peut paraître parfois floue au lecteur. En effet, certaines fonctions du médecin généraliste découlent directement de concepts de la discipline médecine générale. C'est le cas, par exemple, du travail en coordination, qui peut être abordé comme fonction ou comme concept. Or notre façon de traiter ce thème vise à ne pas s'en tenir à une simple description de la fonction, mais à en mieux comprendre les fondements et à saisir en quoi elle est constitutive de la médecine générale. C'est en ce sens que le travail en coordination est pour nous un concept.

### **1.6- Le corpus théorique**

Un corpus théorique est un ensemble de documents, regroupés dans une optique précise, concernant une même matière. Il s'agit d'un bagage théorique, d'un savoir académique, que l'on acquiert par le biais des études. Le corpus théorique du médecin généraliste est appelé à regrouper les concepts complémentaires au savoir médical initial, et indispensables à l'exercice de sa fonction.

A l'issue de ces précisions linguistiques, on voit que des mots parfois assez voisins



présentent quelques nuances. Le rôle pourrait être retenu comme définissant la place du médecin dans la société. La fonction, plus factuelle, correspondrait aux actes et tâches qu'il faut effectuer pour assumer ce rôle. La compétence serait la mise en pratique optimale de la fonction. Le savoir de la discipline est constitué des principes fondamentaux, qui s'énoncent sous forme de concepts et peuvent être regroupés en corpus. Ainsi, l'objectif ultime de l'enseignement étant la compétence du professionnel formé, celui-ci doit être capable d'utiliser le savoir appris, pour assurer les obligations de sa fonction et répondre au rôle que l'on attend de lui.

## **2. Intérêt du travail**

### **2.1- Le répertoire de concepts : un document unique**

Ce travail avait pour volonté de rassembler dans un même document les éléments conceptuels de la médecine générale. Ces éléments existaient déjà, rien n'a donc été "inventé". Cependant, leur origine dans la littérature était diverse, et la nouveauté réside donc dans la production d'un document unique correspondant à un travail de synthèse et de mise en lien des différents éléments théoriques de la discipline.

### **2.2- Intérêt pédagogique**

L'originalité de ce travail réside aussi dans le souci d'une approche pédagogique. La définition du mot concept contient le mot "abstrait" : aussi peut-on douter de l'intérêt de connaître les éléments théoriques fondamentaux de la discipline pour l'exercice pratique. Notre avis est que leur connaissance est essentielle, et les cas cliniques illustrant chaque concept décrit permettent d'en prendre pleinement conscience.

Cette démarche pédagogique, par illustration clinique des concepts, est une nouveauté par rapport à la littérature existante. Les techniques pédagogiques utilisées lors du DES de médecine générale sont basées sur l'autoformation interactive. La présentation que nous faisons des éléments conceptuels de la discipline pourrait à l'avenir être un support utile pour les enseignants et maîtres de stages de médecine générale dans l'accompagnement de leurs internes. Couplées aux 11 compétences du médecin généraliste, ces fiches complèteraient utilement le bagage théorique des futurs confrères.

### **2.3- Un corpus théorique ouvert**

L'ensemble des concepts retenus dans ce travail ne sont pas uniquement issus de la médecine générale, mais ces éléments, associés à ceux qui sont spécifiques à notre discipline, contribuent à constituer un corpus propre à la médecine de premier recours.

### 2.3-1 Des concepts médicaux spécifiques et d'autres non

Tous les concepts ou éléments théoriques abordés dans ce travail ne sont pas propres ou spécifiques à la médecine générale. Certains concernent aussi les autres disciplines médicales, comme la collusion de l'anonymat, la confusion des langues ou encore les différents modes de raisonnement. D'autres encore, ne sont pas propres à la médecine, comme les concepts liés à la communication.

Quelle est donc leur légitimité dans un travail consacré à la médecine générale ? Nous avons considéré que, même s'ils n'appartiennent pas exclusivement au domaine de la médecine générale, ils n'en sont pas moins utiles et nécessaires à la compréhension de ce qu'elle est. Aussi leur abord dans ce travail s'est toujours voulu orienté vers l'exercice de la médecine générale.

### 2.3-2 Apport des regards extérieurs à la médecine

Nous avons tenté, quand cela était utile et possible, d'enrichir notre réflexion par des regards extra-médicaux, issus notamment de la sociologie et de la psychologie. Ces éléments apportent un éclairage souvent très pertinent sur les pratiques et leurs raisons (défaut de communication, motivation des prescriptions, gestion de l'incertitude...). Ils rappellent l'importance pour la médecine générale d'un travail avec les sciences humaines, lui permettant de mieux comprendre ce qu'elle est.

## **3. Les limites de notre travail**

### **3.1- La revue de la littérature**

Le travail bibliographique a été fait en plusieurs temps. Le premier a eu pour but de balayer la littérature existante afin d'établir une première liste de concepts. Pour déterminer les ouvrages et articles importants à lire, nous nous sommes tournés vers les sociétés savantes (ouvrages dont elles parlent sur leur site internet, ouvrages rédigés par elles-mêmes). Nous avons aussi suivi les conseils des médecins généralistes rencontrés en lisant ce qu'ils considéraient comme des ouvrages ou articles indispensables. Il y a également eu un petit effet "cascade" : lecture d'un ouvrage ou d'un article référencé dans une lecture précédente et jugé important.

Une fois la liste définitive de concepts établie, la rédaction de chaque fiche a demandé un nouveau travail bibliographique d'approfondissement du concept retenu lors de la revue initiale de la littérature, de façon à valider sa légitimité. Ce nouveau travail bibliographique a ses limites.

La méthode théoriquement idéale aurait été une recherche par mots clés sur une base de

données type Pubmed. Cependant, elle n'a pas semblé réalisable pour l'ensemble de ce travail, demandant pour chaque fiche de concept un investissement digne d'une mini-thèse. De plus, elle n'aurait pas toujours permis d'aboutir aux sources bibliographiques, certains concepts n'ayant été énoncés qu'au sein de sociétés savantes, ou ne faisant pas l'objet d'une publication dans une revue internationale.

Le travail de recherche bibliographique a été réalisé de diverses façons : lecture des références bibliographiques citées dans les ouvrages et articles lus lors de la première partie du travail ; lecture de références bibliographiques "en cascade" permettant de revenir à l'article "source" du concept ; utilisation de Pubmed avec recherche par mots clés ; utilisation de Google à la recherche des références bibliographiques sources pour des concepts décrits dans des revues françaises telles que Médecine, ou Exercer.

### **3.2- La recherche d'exhaustivité dans le recueil des concepts**

Dans ce travail, nous avons cherché à rassembler de façon la plus exhaustive possible tous les éléments théoriques relevant de la discipline médecine générale. Cependant, il est incontestable qu'il demeure une part de subjectivité. Celle-ci se traduit notamment par le regroupement de certains concepts, la dénomination de chaque concept ou encore la présentation et l'explicitation de certains.

Le choix d'une méthode couplant une recherche bibliographique en deux temps (initiale puis lors du travail de chaque fiche) avec l'avis de médecins généralistes (audition d'experts et soumission de la première liste à des enseignants) nous permet de penser qu'aucun concept fondamental, incontournable, n'aura été oublié. En revanche, quelque spécialiste ou féru d'un sous domaine pourrait discuter judicieusement le manque de détail ou un choix de présentation d'un concept.

### **3.3- La synthèse de plusieurs concepts dans une même fiche**

Après exclusion de 10 items que nous avons jugés ne pas être des concepts, nous avons donc abouti à une liste de 66 items ou éléments, qui finalement ont donné lieu à 41 fiches.

Nous avons estimé que certains de ces éléments théoriques correspondaient à la même réalité conceptuelle. C'est ainsi que le concept de "tableaux typiques dangereux" énoncé par Braun a finalement rejoint la fiche sur les modes de raisonnement, car illustrant tout à fait les dangers du processus de raisonnement par analogie.

Ces regroupements d'éléments théoriques au sein d'une même fiche sont forcément discutables. Les liens sont très nombreux entre tous les concepts. On aurait très bien pu proposer d'autres regroupements comme par exemple une fiche intitulée "les concepts balintiens" regroupant la collusion de l'anonymat, la fonction apostolique, la compagnie d'investissement mutuel et la soumission à l'autorité. On aurait également pu choisir d'inclure

la confusion des langues dans la fiche consacrée à la communication.

Notre choix a été guidé par le souci de nous adresser prioritairement aux étudiants. Il fallait donc trouver un juste milieu entre une liste trop longue et un trop important regroupement, qui risquait de rendre moins aisée l'assimilation des concepts.

### **3.4- Le classement des concepts en 4 chapitres**

Après le travail de sélection des concepts, nous avons souhaité les classer, c'est-à-dire les répartir en plusieurs chapitres. Ce choix est forcément marqué par une part de subjectivité. Plusieurs raisons l'ont motivé.

Tout d'abord le désir de suivre une consultation dans son déroulé chronologique et de détailler les concepts se rapportant à chaque temps. Cela a donné les chapitres 3 et 4 respectivement intitulés "Démarche diagnostique" et "Démarche décisionnelle". Ensuite il nous est apparu que certains concepts concernaient la relation médecin-malade. Le professionnel qu'est le généraliste est certes avant tout un clinicien, avec une démarche nécessairement biomédicale, mais la relation qu'il développe avec le patient est singulière et justifiait qu'on la mette en exergue.

Enfin, un certain nombre de concepts était directement en lien avec les caractéristiques de l'exercice ou la fonction de médecin généraliste.

D'autres classements seraient certainement possibles avec tout autant de pertinence, c'est pour cette raison que nous présentons aussi une liste générale sans classement.

## **4. Mise en relation avec les compétences de la médecine générale**

Partant du principe que l'objectif de l'enseignement est l'acquisition des compétences nécessaires à un bon exercice de notre discipline, nous proposons une classification des fiches conceptuelles selon les 6 compétences fondamentales de la médecine générale, énoncées par la WONCA Europe. Ces 6 compétences sont déclinées en 11 capacités qui sont directement en lien avec les 11 caractéristiques de la médecine générale :

- La gestion des soins de santé primaire :
  - gérer le premier contact avec les patients,
  - coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.
- Les soins centrés sur la personne :
  - adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes,

- utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient,
- assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes :
  - utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires,
  - gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.
- L'approche globale :
  - gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient,
  - promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- L'orientation communautaire :
  - réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent, et cela en équilibre avec les ressources disponibles.
- L'adoption d'un modèle holistique :
  - utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles.

Le tableau ci-après (tableau n°VI) est une proposition de mise en relation des concepts avec ces compétences.

**Tableau n°VI : Mise en relation des concepts avec les 11 compétences de médecine générale**

<b>COMPETENCES DE LA MEDECINE GENERALE</b>	<b>CONCEPTS EN RAPPORT</b>
1. Gérer le premier contact avec les patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le carré de White (n°1)</li> <li>- Les soins primaires (n°3)</li> </ul>
2. Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le travail en coordination (n°12)</li> <li>- La collusion de l'anonymat (n°13)</li> <li>- La soumission à l'autorité (n°14)</li> </ul>
3. Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèle biomédical versus holiste (n°8)</li> <li>- Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10)</li> <li>- Approche systémique (n°9)</li> <li>- Décision médicale partagée (n°34)</li> <li>- Histoire commune, histoire partagée (n°7)</li> <li>- La compagnie d'investissement mutuel (n°15)</li> <li>- Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade (n°16)</li> </ul>
4. Utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fonction apostolique (n°17)</li> <li>- Eléments de communication (n°18)</li> <li>- La confusion des langues (n°19)</li> <li>- Eléments psychanalytiques (n°20)</li> <li>- Remède médecin, effet médecin (n°41)</li> </ul>
5. Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La continuité des soins (n°5)</li> <li>- Diachronie, synchronie, épisode de soin (n°6)</li> <li>- Cas nouveau, cas persistant (n°28)</li> <li>- Passage à l'acte ou décision différée (n°35)</li> <li>- La loi de répartition régulière des cas (n°2)</li> <li>- L'anamnèse avant tout (n°24)</li> <li>- L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel (n°25)</li> </ul>
6. Utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modes de raisonnement diagnostique (n°26)</li> <li>- Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27)</li> <li>- Le sablier de la démarche médicale (n°30)</li> <li>- Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31)</li> <li>- Eléments de la démarche décisionnelle (n°32)</li> </ul>
7. Gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention au stade précoce et non différencié des maladies (n°4)</li> <li>- Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27)</li> <li>- Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique (n°29)</li> <li>- Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31)</li> </ul>
8. Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques (n°11)</li> <li>- L'offre du malade (n°21)</li> <li>- Gestion des polyopathologies (n°37)</li> <li>- L'inertie thérapeutique (n°38)</li> </ul>
9. Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention quaternaire (n°40)</li> <li>- L'éducation thérapeutique (n°39)</li> </ul>
10. Réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent, et cela en équilibre avec les ressources disponibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrire, ordonner (n°36)</li> <li>- L'inertie thérapeutique (n°38)</li> <li>- Prévention quaternaire (n°40)</li> </ul>
11. Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèle biomédical versus holiste (n°8)</li> <li>- Approche systémique (n°9)</li> <li>- Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10)</li> <li>- De la sémiologie à la sémiotique (n°22)</li> <li>- Le symptôme : mythes et réalités (n°23)</li> <li>- Espace de liberté décisionnelle (n°33)</li> </ul>

Cette proposition de mise en parallèle des concepts avec les compétences impose parfois qu'une même fiche puisse être mise en regard avec plusieurs compétences. Par ailleurs, elle montre bien que connaître les concepts énoncés dans ce travail est tout à fait en accord

avec l'acquisition des compétences requises pour l'exercice de la médecine générale et vient en soutien de cette acquisition.

## **5. Perspectives de prolongement du travail**

Ce travail permet de répondre positivement à la question initiale de savoir s'il est possible de répertorier les concepts spécifiques à la médecine générale et utiles au praticien dans son exercice quotidien. Il permet aussi d'entrevoir des travaux complémentaires nécessaires à entreprendre. Ceux-ci pourraient être de deux sortes : approfondissement de la réflexion théorique et mise à disposition d'outils pratiques pour les étudiants et les maîtres de stage.

### **5.1- L'approfondissement théorique**

Un travail de thèse pourrait être mené pour évaluer le niveau de connaissance de ces concepts par les étudiants, enseignants et médecins en exercice, afin de confirmer la nécessité de poursuivre leur exploration.

Il serait souhaitable, si cela n'a pas déjà été fait, d'aller voir le contenu théorique de l'enseignement de la médecine générale à l'étranger. Ont-ils des ouvrages de concepts ? Et ces concepts sont-ils les mêmes que ceux que nous avons répertoriés ?

Certains concepts, issus d'une littérature uniquement grise, souffrent d'un manque de référencement. Ils pourraient faire l'objet de recherches complémentaires en vue de publications.

Chaque fiche pourrait faire l'objet d'un nouveau travail qui détaillerait les éléments théoriques, clarifierait certaines nuances et proposerait éventuellement une formulation définitive.

Dans la liste des éléments nécessaires à l'émergence d'une discipline il est souligné que celle-ci est le résultat d'une démarche collective. "Une discipline est une entreprise collective qui se construit un objet autour duquel s'élabore un consensus" disait Larry Laudan. Ce répertoire ne pourrait-il pas faire l'objet d'une amorce d'appropriation collective ?

### **5.2- Des retombées pratiques**

Ce répertoire de concepts pourrait être remis en forme pour être facilement accessible sur Internet.

Un travail complémentaire pourrait être réalisé à partir de chaque fiche, dans un but pédagogique. Ce travail consisterait à développer les moyens de transmission de ces concepts notamment par la création d'une sorte de « boîte à outil pédagogique » pour chaque concept. Cet outil pourrait être destiné aux maîtres de stage, ou enseignants de modules sur les concepts.

## **6. Les enseignements importants de ce travail**

### **6.1- La médecine générale est bien une discipline**

La possibilité d'établir un corpus limité et cohérent de concepts contribue à confirmer la singularité de la médecine générale. Ce savoir théorique, qui est une des quatre conditions indispensables à l'émergence d'une science, crédite donc la médecine générale en tant que spécialité. On peut aussi penser que ce corpus, correspondant bien à la pratique quotidienne du médecin généraliste, pourra favoriser individuellement, le sentiment d'appartenance de chaque médecin à une authentique discipline. En effet, ce travail montre que la médecine générale n'est ni la somme de toutes les spécialités médicales, ni un regard particulier sur chaque maladie, ni encore l'exercice de la "bobologie". On peut espérer que l'appropriation par les médecins généralistes des concepts de leur discipline les aidera à dépasser le vécu parfois douloureux et complexé de leur exercice professionnel vis-à-vis des autres spécialités.

### **6.2- La médecine générale a sa propre démarche**

Ces concepts dessinent l'organisation de la pensée du médecin généraliste et font apparaître que sa démarche médicale est différente voire opposée de celle de ses confrères du deuxième et du troisième recours. Le médecin hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche du "mouton à 5 pattes", quand le généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste par fréquence de maladie. La connaissance de cette différence par l'ensemble du corps médical permettrait une meilleure compréhension entre médecins de premier recours et spécialistes d'organe, chacun reconnaissant la fonction et les caractéristiques de l'autre.

### **6.3- Enseigner ces concepts semble possible**

Outre le fait d'avoir répertorié les concepts, ce travail, par son souci pédagogique exprimé au moyen de cas cliniques illustrant chaque fiche, montre qu'un enseignement théorique global est envisageable. Le fait de regrouper ces concepts, qui existaient déjà de manière éparse dans la littérature devrait pouvoir faciliter leur transmission. Leur mise en lien avec l'exercice pratique les rend plus faciles à comprendre. Ainsi devraient-ils être aisés à enseigner en troisième cycle. Pour les mêmes raisons, il devrait être possible de les diffuser aux maîtres de stage (MSU) afin d'homogénéiser leurs niveaux de savoir théorique. On peut enfin se demander si quelques cours sur la théorie fondamentale de la démarche médicale en médecine générale ne seraient pas utiles dès le deuxième cycle, afin de faire comprendre aux étudiants qui ne choisiraient pas cette spécialité la complémentarité des différentes disciplines.



## CONCLUSION

La médecine générale a une histoire propre et singulière : d'une définition en "creux" par rapport aux spécialités d'organes, elle tend à affirmer son identité et sa spécificité. Devenue récemment discipline universitaire, elle a aujourd'hui une définition claire de ce qu'elle est et développe ses structures de production et de transmission du savoir.

Cependant il n'existe pas actuellement de corpus théorique de la discipline qui serait un document de synthèse de l'ensemble des éléments conceptuels constituant les fondements de la médecine générale. Pourtant ces éléments existent déjà, de manière éparse, souvent formulés au sein de sociétés savantes.

Ce travail a consisté à rechercher, puis lister les concepts propres à la médecine générale, mais également les concepts provenant d'autres disciplines car indispensables pour appréhender la médecine générale.

Il s'est déroulé en plusieurs temps : revue de la littérature, rédaction d'une première liste de concepts, rencontre de médecins généralistes impliqués dans des sociétés savantes, soumission de cette première liste à une vingtaine de médecins généralistes, mise au point de la liste définitive, et rédaction d'une fiche par concept retenu.

En définitive, 41 concepts ont été sélectionnés. Ils ont été classés en quatre catégories : les concepts en lien avec les caractéristiques de la médecine générale (épidémiologie, premier recours, prise en charge globale, accompagnement dans le temps, relation avec les autres acteurs de santé), les concepts touchant à la relation médecin-malade, les concepts intervenant dans la démarche diagnostique (autour du motif de consultation, de l'examen clinique, du raisonnement diagnostique), et enfin les concepts intervenant dans la démarche décisionnelle (prise de décision et traitements).

Chacun de ces concepts a été décrit et discuté dans une fiche. Un cas clinique est venu illustrer cette description, ce qui donne à ce travail un caractère pédagogique mettant pleinement en lumière l'intérêt pour tout médecin généraliste de connaître ces éléments théoriques.

A l'issue de ce travail, il apparaît encore plus clairement que la médecine générale a une effective singularité, fondée sur ses caractéristiques et pouvant être énoncée sous forme d'éléments conceptuels. La connaissance de ces éléments semble primordiale pour tout étudiant de médecine générale. Ce travail devrait pouvoir aider les enseignants et maîtres de stages de médecine générale dans l'accompagnement de leurs internes. Couplées aux 11

compétences du médecin généralistes, ces fiches complèteraient utilement le bagage théorique des futurs confrères.

La connaissance de ces concepts de médecine générale par l'ensemble du corps médical pourrait certainement permettre une meilleure compréhension entre médecine de premier recours et médecine de spécialité d'organe, chacune reconnaissant la fonction de l'autre, et prenant conscience que les incompréhensions entre ces deux "mondes" sont issues de démarches médicales nécessairement différentes et complémentaires.

## BIBLIOGRAPHIE

---

[1] Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

[2] Bloy G, Schweyer FX. *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010 : 424 p.

[3] Galam E. Ed. *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. Paris : Editions Autrement, 1996 : 202 p.

[4] Chapitre "Médecine générale : le temps des redéfinitions" in Baszanger I, Bungener M, Paillet A. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, 2002 : 249 p.

[5] Hunt JH. The Foundation of a College: The conception, birth, and early days of the College of General Practitioners. *Coll Gen Pract JR* 1973; 23 (126) : 5-20.

[6] Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

[7] Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale : Articles 60 et 66.

[8] Chapitre "Rationaliser le système de soins: efficacité et équité" in Baszanger I, Bungener M, Paillet A. *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, 2002 : 249 p.

[9] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : Article 7. (Article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale).

[10] Rapport sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie, à propos de l'article 4 sur le médecin traitant (art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale). [en ligne] Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/l03-424-1/l03-424-112.html> (consulté le 07/12/2012).

[11] SFMG. Le patient et son généraliste "médecin traitant". [en ligne]. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/609/fichier\\_patient-et-generalistef4b78.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_patient-et-generalistef4b78.pdf) (consulté le 07/12/2012).

[12] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Article 36. (Article L4130-1 du Code de Santé Publique).

[13] Jovic L. Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle. *Recherche en soins infirmiers* 2006 ; 703 : 68-71.

[14] Leeuwenhorst group. The General practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General practice. Netherlands, 1974.

[15] The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems : a statement from WONCA, 1991.

[16] Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition. *BMJ* 2000 ; 320 : 354-357.

[17] Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales et odontologiques : Article 1. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html> (consulté le 10/12/12).

- 
- [18] De Pourville G. Rapport remis aux Ministres de la Santé et de la Recherche : Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France. Mai 2006..
- [19] Clement E, Demonque C, Hansen-Love L et al. *Pratique de la philosophie de A à Z*. Paris : Hatier, 1994 : 383 p. (p. 61).
- [20] Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. *Médecine Générale : Concepts & Pratiques*. Paris : Masson, 1996 :1100 p.
- [21] Conférence Permanente de la Médecine Générale. *Médecine Générale : concepts, démarches, compétences*. Rev Prat Med Gen 1997 ; 398 (11) : 27-32.
- [22] Braun RN. *Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale*. Paris : Payot, 1979 : 512 p.
- [23] Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 2009 : 419p.
- [24] Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF et al. *Médecine générale*. Paris : Masson (2e édition), 2009 : 454 p.
- [25] CNGE, CNOSF et al. *Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages femmes et gynécologues-obstétriciens*. Paris : Berger-Levrault, 2010 : 155 p. (Chapitre 1 : Référentiel métiers et compétences des médecins généralistes p. 21-78).
- [26] Adam P, Herzlich C, *Sociologie de la médecine et de la maladie*, Paris : Nathan, 1994 : 127 p.
- [27] Lutsman M, Bourgeois I, Vega A. Sociologie et Anthropologie : quels apports pour la médecine générale ? Doc Rech Med Gen, nov 2007, n° 4.
- [28] Conférence Permanente de la médecine générale. *Pédagogie de la relation thérapeutique*. Paris : editoo.com, 2003 : 181 p.
- [29] White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961 ; 265 : 885-92.
- [30] White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. Health Serv Res 1997 ; 32 : 11-21.
- [31] Giet D. Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale. Rev Med Liege 2006 ; 61 : 5-6 : 277-284.
- [32] Green L, Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med, 2001 ; 344 : 2021-25.
- [33] Horder J, Horder E. Illness in General practice. Practitioner 1954 ; 173 (1034) : 177-87.
- [34] Landolt-Theus P. Etude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale. Allgemein medizin 1986 ; 15 : 71-80. (traduit en français dans Documents de Recherches en Médecine Générale 1998, n°30).
- [35] Andral J. Un relevé des morbidités en médecine générale selon la « Kasugraphie » du Pr RN Braun durant les années 1994 et 1995. Groupe IMAGE, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- [36] Observatoire de Médecine Générale. [en ligne]. Disponible sur : <http://omg.sfmfg.org/> (consulté le 12/11/2012).
- [37] Logan WP. Morbidity statistics from general practice. Practitioner 1954 ; 173 (1034) : 188-94.
- [38] American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2004 : 1065 p.

- 
- [39] Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf> (consulté le 06/03/2013).
- [40] Donaldson MS, Vanselow NA. The nature of primary care. *J Fam Pract* 1996 ; 42 (2) : 113-6.
- [41] Rawaf S, Maeseneer JD, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty : a new start for primary health care. *The Lancet* 2008 ; 372 : 1365-67.
- [42] Vallee JP, Drahi E, Le Noc Y. Médecine générale : de quels experts avons-nous besoin ? Première partie : les soins primaires sont-ils aujourd'hui un domaine d'expertise ? *Médecine* 2008 ; 4 (1) : 35-40.
- [43] Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé* n°141 - Avril 2009.
- [44] Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 (suppl 20) : 15-21.
- [45] Pereira-Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. *British Journal of General Practice* 1998 ; 48 (437) : 1816-1817.
- [46] Code de déontologie médicale : Article 47. (Article R.4127-47 du Code de Santé Publique).
- [47] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : article 49. (Article L 6315-1 du Code de Santé Publique).
- [48] Signoret J. Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris-Ile-de-France-Ouest, Université de Versailles, 2012, 96 p.
- [49] Jamouille M, Roland M. Champs d'action, gestion de l'information et formes de prévention clinique en médecine générale et de famille. *Louvain med* 2003 ; 122 : 358-65.
- [50] Ruzicka M, Minier D, Dieng-Kuntz et al. Rapport final des travaux de l'INRIA dans le projet Ligne de vie. Janvier 2005. [en ligne]. Disponible sur : <http://philippe.ameline.free.fr/download/texts/Rapport-final-Ligne-de-Vie-INRIA.pdf> (consulté le 15/11/2012).
- [51] IPSOS. La bonne image des généralistes. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ipsos.fr/node/43682> (consulté le 06/11/2012).
- [52] Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, 1993 : 420 p.
- [53] Karpman S. Fairy tales and Script Drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin* 1968 ; 7 (26) : 39-43.
- [54] Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 674/675 : 1482-86.
- [55] Engel GL. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science* 1977 ; 196 : 129-36.
- [56] Engel GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 : 535-44.
- [57] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996 ; 312 : 71-2.

- 
- [58] Haynes B et al. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. EBMJ notebook 2002 ; 7, 2 : 36-8.
- [59] Azria E. L'humain face à la standardisation du soin médical. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html> (consulté le 26/06/2012).
- [60] Kandel O, Duhot D, Véry G et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2004 ; 656/657 : 781-84.
- [61] Jamouille M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. Prim Care 2012 ; 12 : 136-7.
- [62] Bernard C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Librairie générale française, 2008 : 478 p.
- [63] Lebeau JP. Dépister le cancer de la prostate ne permet pas d'en réduire la mortalité à 20 ans. Exercer 2011 ; 97 : 109-10.
- [64] Prescrire Rédaction. Obésité des enfants et des adolescents. Ce guide de la HAS médicalise le surpoids sans preuve d'innocuité. Rev Prescrire 2012 ; 32 (348) : 548.
- [65] Orfali K. L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique. Revue française des affaires sociales 2002/3 (n°3).
- [66] Richard C, Lussier MT, Galarneau S et al. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale 2010 ; 11 : 255-272.
- [67] Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil, 1979 : 280 p.
- [68] Fainzang S. *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Paris : PUF, 2006 : 159 p.
- [69] Cicourel AV. *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil, 2002 : 234 p. (Chapitre: Introduction, p. 30).
- [70] Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009 ; 74 (3) : 295-301.
- [71] Salinsky J, Sackin P. *Ca va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive*. Edition Sipayat, 2011 : 233 p.
- [72] Vincent B. Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généraliste. Doc. Rech Med Gen 1984, n°15.
- [73] White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the Way..." The closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med 1994 ; 9 : 24-28.
- [74] Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006, 79 p.
- [75] Rodondi PY, Guex P, Vannotti M. Que cache l'agenda caché ? Revue Médicale Suisse 2005, n°5. [en ligne]. Disponible sur : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30169> (consulté le 3/12/12).
- [76] Molina J. Il n'y a pas de fumée sans feu. De la sémiologie à la sémiotique. Exercer 1991 ; 11 :4-7.
- [77] Delamare J. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Paris : Maloine (29<sup>e</sup> édition), 2006 : 1048 p.
- [78] Freud S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1971 : 443 p.

- 
- [79] Klotz JP. Thérapeutique du symptôme ou symptôme thérapeutique ? Mental 2003 ; 13. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.er.uqam.ca/listes/arc/liste-gepi/2007-11/pdf00001.pdf> (consulté le 15/11/2012).
- [80] Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res 1985 ; 29 (6) : 563-9.
- [81] Anvik T. Is the first idea a good idea? Exercer 1997; numéro spécial recherche :14.
- [82] Langewitz W, Denz M, Keller A et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. Br Med J 2002 ; 325 : 682-3.
- [83] Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard – Lyon 1, 2008, 153 p.
- [84] Masquelet AC. *Le raisonnement médical*. Paris : PUF, 2006 : 126 p.
- [85] Pelaccia T, Tardif J, Tribby E et al. Comment les médecins raisonnent-ils pour poser des diagnostics et prendre des décisions thérapeutiques? Les enjeux en médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence 2011 ; 1 : 77-84.
- [86] Pestiaux D, Vanwelde C, Laurin S et al. Raisonnement clinique et décision médicale. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 (5) : 59-63.
- [87] Prescrire rédaction. Rapports de vraisemblance : utiles pour passer d'une grande incertitude à la quasi-certitude. Rev Prescrire 2011 ; 31 (333) : 543-547.
- [88] Guérin M. *Le généraliste et son patient*. Paris : Flammarion, 1995 : 127 p.
- [89] Rosowski O. Le "Résultat de Consultation" selon R.N. Braun. Rev Prat Med Gen 1989 ; 72 : 127-31.
- [90] Skrabanek P, McCormick J. Diagnostics et étiquettes. In *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris : Odile Jacob, 2002 : 206 p. (p. 81-116).
- [91] Jamouille M, Roland M, Humbert J et al. *Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires : CISP-2 : deuxième version*. Belgique : Care Editions, 2000 : 232 p.
- [92] Girardier M. La classification Internationale des Maladies est-elle praticable en médecine générale? Rev Prat Med Gen 1991 ; 138 : 1241-6.
- [93] Ferru P, Gabillard G, Kandel O. Dictionnaire des résultats de consultations en médecine générale, révision 2010. Doc Rech Med Gen 2010 : n°66-70.
- [94] Jouteau D. La notion de risque lié à l'incertitude diagnostique en médecine de premier recours. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Poitiers, Université de Poitiers, 2011, 216 p.
- [95] SFMG. La démarche médicale en médecine générale. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur\\_home/3/fichier\\_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf](http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf) (consulté le 25/02/2013).
- [96] Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé 2008 ; 26 : 67-91.
- [97] Biehn J. Managing uncertainty in family practice. Can Med Assoc J 1982 ; 126 : 915-7.
- [98] Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. Le Médecin du Québec 2010 ; 45 (5) : 37-41.

- 
- [99] Thompson GH. Tolerating uncertainty in family medicine. *J R Coll Gen Pract* 1978 ; 28 : 343-6.
- [100] Chabot JM. Décision Médicale : des théories pour des pratiques. *La Revue du praticien* 1997 ; 47 : 877-878.
- [101] Bourdieu P. Remarques provisoires sur la perception sociale du corps. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1977 ; 14 : 51-54.
- [102] Corpel S. Outils d'aide à la décision en médecine générale. Recensement des outils réalisés par les structures organisatrices du 4e Congrès de la Médecine Générale France/Nice 2010. *Médecine* 2001 ; 7 (6) : 273-6.
- [103] Mousques J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite. *Questions d'Economie de la Santé* 2003 ; n°70, 6 p.
- [104] Junod AF. *Décision médicale ou la quête de l'explicite*. Genève : Médecine & Hygiène, 2003 : 333 p.
- [105] Jaulin M. La décision partagée en médecine générale. Quelles représentations en ont les praticiens ? Enquête auprès de 40 médecins généralistes. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nantes, Université de Nantes, 2004, 123 p.
- [106] Gisquet E. Vers une réelle ingérence des profanes ? Le mythe de la décision médicale partagée à travers le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale. *Recherches familiales* 2006 ; 3 : 61-73.
- [107] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Article 11. (Articles L.1111-2 et L.1111-4 du Code de Santé Publique).
- [108] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997 ; 44 (5) : 681-92.
- [109] Prescrire Rédaction. Cancers de la prostate localement avancés, Des traitements efficaces, avec beaucoup d'effets indésirables. *Rev Prescrire* 2012 ; 32 (348) : 758-63.
- [110] Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999 ; 49 : 477-82.
- [111] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999 ; 49 : 651-61.
- [112] Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H et al. Rapport concernant l'information et l'éducation reçues par les personnes diabétiques, les pratiques éducatives des médecins, ainsi que les attentes des personnes diabétiques et des médecins, Résultats du module "information et éducation". *Etude Entred* 2007-2010.
- [113] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E et al. Les emplois du temps des généralistes. *Etudes et résultats* 2012 ; 797. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-emplois-du-temps-des-medecins,10839.html> (consulté le 28/01/2013).
- [114] Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice* 1982 ; 19 (3) : 276-288.
- [115] Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, 2006 : 242 p.
- [116] Janis IL, Mann L. *Decision-making : a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New-York : Free Press, 1977 : 488 p.
- [117] Rédaction Prescrire. L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (325) : 841.



- 
- [118] Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et Résultats, DREES 2005 ; n° 440. [en ligne]. Disponible sur : [www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440) (consulté le 22/02/2013).
- [119] HAS. Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Avril 2011, 94p.
- [120] Charia E. Représentations et vécu des patients à propos de la non-prescription médicale. Etude qualitative à partir de quatre focus groups. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon-Sud, Université Claude Bernard –Lyon 1, 2012, 164 p.
- [121] Dossier Des pilules et des hommes. Approches psychologiques et sociales du médicament. Cahier de santé conjugulée 2001 ; 15 : 23-68. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.maisonmedicale.org/-Des-pilules-et-des-hommes-.html> (consulté le 22/02/2012).
- [122] Vega A. Médecins et médicaments : un regard sociologique. Médecine 2009 ; 5 (3) : 133-6.
- [123] Vega A. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généraliste français. Formindep 2011 : 200 p. [en ligne]. Disponible sur : [www.formindep.org/IMG/pdf/rapport\\_final3.pdf](http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf) (consulté le 22/02/2013).
- [124] Sermet C. *La polyopathie des personnes âgées*. Paris : CREDES, 1994 : 22 p.
- [125] Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la polyprescription. Pratiques et Organisation des Soins 2008 : 39 (1) : 43-51.
- [126] Clerc P, Lebreton J, Mousques J et al. Etude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale. Pratiques et Organisation des Soins 2009 : 40 (3) : 167-75.
- [127] Phillips LS, Branch WT, Cook CB et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001 ; 135 : 825-34.
- [128] Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS et al. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. Am J Manag Care 2004 ; 10 : 481-486.
- [129] O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE et al. Clinical inertia and outpatient medical errors. Advances in Patient Safety 2005 ; 2 : 293-308. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/OConnor.pdf>.(consulté le 11/02/13).
- [130] Faria C, Wenzel M, Lee KW et al. A narrative review of clinical inertia : focus on hypertension. J Am Soc Hypertens 2009 ; 3 : 267-276.
- [131] Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA. Nonadherence, clinical inertia, or therapeutic inertia ? J Manag Care Pharm 2009 ; 15 : 690-695.
- [132] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Article 84.
- [133] HAS. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007. [en ligne]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf) (consulté le 14/02/2013).
- [134] Lecorps P. Education du patient : penser le patient comme "sujet" éduicable ? Pédagogie Médicale 2004 ; 5 (2) ; 82-86. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lecorps.pdf> (consulté le 19/02/2013).
- [135] Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques 2010 ; 4 (1) : 38-43.

- 
- [136] Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale. Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nantes, Université de Nantes, 2011, 90 p.
- [137] Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, Hong-Kong, 1995.
- [138] Jamouille M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle ; la prévention quaternaire comme tâche du médecin de famille, Poster présenté aux Rencontres Prescrire de Bruxelles, 28 et 29 mai 2010. [en ligne]. Disponible sur <http://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/JamouilleM.pdf> (consulté le 12/02/2013).
- [139] Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Report 1983 ; 98 : 107-109.
- [140] Wonca International Classification Committee. *Wonca International Dictionary for General/Family Practice*. Copenhagen : Bentsen N, 2003.
- [141] Romains J. *Knock ou le triomphe de la médecine*. Paris : Gallimard, 1924 : 152 p.
- [142] Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. Text prepared for the 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brazilia, 23-26 juin 2011.
- [143] Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. Presse Med 2006 ; 35 (6) : 967-73.
- [144] Gallais JL et al. Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs Dimensions Médicales et Sociales. Doc Rech Med Gen 1994 ; 1-107.

## RESUME

**Introduction :** La médecine générale est une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil National des Universités en 2006. Toute discipline universitaire se caractérise par une définition claire, le développement d'une recherche propre et l'enseignement d'un savoir s'énonçant par des concepts spécifiques. Il n'existe actuellement pas de corpus regroupant les éléments théoriques justifiant la singularité de la médecine générale. Ces éléments existent pourtant mais sont épars au sein de la littérature.

**Objectif :** Le but de ce travail était de chercher et lister les éléments conceptuels propres à la médecine générale ainsi que les éléments théoriques issus d'autres disciplines mais indispensables à la compréhension de la médecine générale, afin de les regrouper dans un document unique.

**Méthode :** Nous avons réalisé une revue de la littérature, complétée par des entretiens avec des médecins généralistes investis au sein de sociétés savantes et par la consultation par mail d'une vingtaine d'autres médecins généralistes.

**Résultats :** 66 éléments théoriques ont été regroupés en 41 concepts, eux-mêmes classés en quatre groupes : caractéristiques de la médecine générale, relation médecin-malade, démarche diagnostique et démarche décisionnelle. Chaque concept a fait l'objet d'une fiche constituée d'une description, d'une discussion et d'une illustration clinique.

**Conclusion :** Il a été possible de répertorier les éléments conceptuels de la médecine générale pour en faire un corpus théorique spécifique, qui, couplé aux 11 compétences pourrait compléter le bagage théorique des futurs médecins généralistes et aider les maîtres de stages dans leur accompagnement.

### Mots-clés

médecine générale, discipline universitaire, corpus théorique, concepts, éléments théoriques, enseignement

## SUMMARY

**Title:** Concepts on general practice: attempt to write a theoretical corpus specific to the subject

**Introduction:** General practice has been a university subject since its registration in the Conseil National des Universités in 2006. Any university subject is characterized by a precise definition, the development of a proper research and the teaching of a knowledge stated by specific concepts. There is currently no corpus gathering the theoretical elements explaining the singularity of general practice. Yet, these elements exist but are scattered among literature.

**Objective:** The aim of this work was to find and make a list of the conceptual elements specific to general practice as well as theoretical elements coming from other subjects but which are essential to the understanding of general practice. All these were to be gathered in a unique document.

**Method:** We carried out a search through literature. Then, this was completed by interviews with general practitioners committed to learned societies and by e-mail interviews of some 20 other general practitioners.

**Results:** 66 theoretical elements were gathered into 41 concepts which were themselves classified in 4 groups: characteristics of general practice, relationship doctor- client, diagnostical approach and decision-making approach. Each concept was the target of a record consisting in a description, a discussion and a clinical illustration.

**Conclusion:** It was made possible to list the conceptual elements of general practice so as to create a specific theoretical corpus. This one, once coupled with the 11 skills, could complete the theoretical education of future general practitioners and also help the training mentors in their coaching.

**Keywords:**

general practice, university subject, theoretical corpus, concepts, theoretical elements, teaching

## SOMMAIRE DES FICHES

Fiche n°1 : Le carré de White.....	41
Fiche n°2 : La loi de répartition régulière des cas .....	44
Fiche n°3 : Les soins primaires.....	46
Fiche n°4 : Intervention au stade précoce et non différencié des maladies.....	49
Fiche n°5 : La continuité des soins.....	51
Fiche n°6 : Diachronie, synchronie, épisode de soin .....	53
Fiche n°7 : Histoire commune, histoire partagée.....	56
Fiche n°8 : Modèle biomédical versus holiste.....	58
Fiche n°9 : Approche systémique.....	60
Fiche n°10 : Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM.....	63
Fiche n°11 : Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques.....	68
Fiche n°12 : Le travail en coordination.....	72
Fiche n°13 : La collusion de l'anonymat.....	76
Fiche n°14 : La soumission à l'autorité.....	79
Fiche n°15 : La compagnie d'investissement mutuel.. ..	81
Fiche n°16 : Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade.....	84
Fiche n°17 : La fonction apostolique.....	88
Fiche n°18 : Eléments de communication.....	90
Fiche n°19 : La confusion des langues.....	94
Fiche n°20 : Eléments psychanalytiques.....	96
Fiche n°21 : L'offre du malade.....	99
Fiche n°22 : De la sémiologie à la sémiotique.....	102
Fiche n°23 : Le symptôme : mythes et réalités.....	105
Fiche n°24 : L'anamnèse avant tout.....	108
Fiche n°25 : L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel.....	111
Fiche n°26 : Modes de raisonnement diagnostique.....	114
Fiche n°27 : Le diagnostic : une difficulté surmontable.....	118
Fiche n°28 : Cas nouveau, cas persistant.....	122
Fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique.....	124
Fiche n°30 : Le sablier de la démarche médicale.....	127
Fiche n°31 : Apprivoiser l'inévitable incertitude.. ..	130
Fiche n°32 : Eléments de la démarche décisionnelle. ....	137
Fiche n°33 : Espace de liberté décisionnelle.....	141
Fiche n°34 : Décision médicale partagée.....	145

Fiche n°35 : Passage à l'acte ou décision différée. ....	148
Fiche n°36 : Prescrire, ordonner.....	152
Fiche n°37 : Gestion des polypathologies.....	156
Fiche n°38 : L'inertie thérapeutique.....	160
Fiche n°39 : L'éducation thérapeutique.....	163
Fiche n°40 : Prévention quaternaire.....	167
Fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin.....	171

## RESUME

**Introduction :** La médecine générale est une discipline universitaire depuis son inscription au Conseil National des Universités en 2006. Toute discipline universitaire se caractérise par une définition claire, le développement d'une recherche propre et l'enseignement d'un savoir s'énonçant par des concepts spécifiques. Il n'existe actuellement pas de corpus regroupant les éléments théoriques justifiant la singularité de la médecine générale. Ces éléments existent pourtant mais sont épars au sein de la littérature.

**Objectif :** Le but de ce travail était de chercher et lister les éléments conceptuels propres à la médecine générale ainsi que les éléments théoriques issus d'autres disciplines mais indispensables à la compréhension de la médecine générale, afin de les regrouper dans un document unique.

**Méthode :** Nous avons réalisé une revue de la littérature, complétée par des entretiens avec des médecins généralistes investis au sein de sociétés savantes et par la consultation par mail d'une vingtaine d'autres médecins généralistes.

**Résultats :** 66 éléments théoriques ont été regroupés en 41 concepts, eux mêmes classés en quatre groupes : caractéristiques de la médecine générale, relation médecin-malade, démarche diagnostique et démarche décisionnelle. Chaque concept a fait l'objet d'une fiche constituée d'une description, d'une discussion et d'une illustration clinique.

**Conclusion :** Il a été possible de répertorier les éléments conceptuels de la médecine générale pour en faire un corpus théorique spécifique, qui, couplé aux 11 compétences pourrait compléter le bagage théorique des futurs médecins généralistes et aider les maîtres de stages dans leur accompagnement.

### MOTS-CLES

médecine générale, discipline universitaire, corpus théorique, concepts, éléments théoriques, enseignement