

Concepts en médecine générale

Michaël (@mimiryudo)

(27 octobre 2015)

Dernière version sur :

<http://www.mimiryudo.com/blog/2015/10/concepts-en-medecine-generale/>

Disclaimer

- Ce diaporama s'adresse à tous ceux qui s'intéressent à la **formation universitaire de médecine générale**.
- Pas aux autres.
- Sauf curiosité à la limite de l'acceptable.
- **Sources principales :**
 - [Thèse de Marie-Alice Bousquet](#) (et ses références)
 - Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale, *Frappé P, Attali C, Matillon Y.*, exercer 2010;91:41-6.

Bref historique de la formation universitaire en médecine générale

De « sans CES » à « avec DES » (1)

- Les spécialités médicales sont apparues à partir du **XIXème-XXème siècle**, avec en 1950 des CES (certificats d'études spécialisés) pour toutes les spécialités
- **La médecine générale était « la médecine sans CES ».**
- La formation universitaire s'est développée à partir de 1958 dans les CHU (loi Debré)
- Petit à petit, la médecine générale s'est construite en définissant ses rôles :
 - **1952** : création du Royal College of General Practitioners (UK)
 - **1972** : création de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies of GP/FP)
 - **1973** : création de la Société française de médecine générale
 - **1974** : 1^{ère} définition de la médecine générale (Leeuwenhorst)
 - A vos souhaits.
 - Merci.

De « sans CES » à « avec DES » (2)

- **Les études ont également évolué :**
 - **1979** (loi Veil) : 3^{ème} cycle de 2 ans minimum pour être généraliste (1 an avant)
 - Faire plus de 2 ans permettait d'être « généraliste » et « spécialiste »
 - **1982** : enseignement de la médecine générale à la faculté, définition de l'internat et apparition de la nécessité de pratiquer 30-50 demi-journées en stage ambulatoire pour pouvoir être généraliste (résidanat)
 - **1989** : apparition de la qualification en médecine générale
 - **1991** : première nomination d'enseignants universitaires associés en MG
 - **1997** : création des départements de médecine générale, augmentation du 3^{ème} cycle à 2,5 ans dont 6 mois en ambulatoire obligatoires
 - **2001** : résidanat de 3 ans
 - **2003** : création des stages en SASPAS (facultatifs)
 - **2004** : la médecine générale devient une spécialité (internat obligatoire de 3 ans de médecine générale menant à un DES)
 - **2014** : annonce de la création de la sous-section spécifique à la médecine générale au CNU (sous-section 53.01 depuis 2006)

(Et ça n'est pas fini...)



2017

- *nouveaux DES (urgence, gériatrie...),*
- *disparition des DESC (remplacés par des options – néonatalogie, pneumo-pédiatrie... – et des Formations Spécialisées Transversales),*
- *disparition du mémoire,*
- *généralisation des portfolios électroniques,*
- *restriction du post-internat en autonomisant plus durant l'internat (« socle, approfondissement, mise en situation »).*

... tout cela étant bien sûr théorique fin 2015...

Tentatives de définition(s) De la médecine générale

Des définitions multiples...

Date	Nom	Définition	Référentiel	International	Étranger	National	Local
1974	Leeuwenhorst ¹	●		●			
1991	WONCA ¹¹	●		●			
1995	Gay ⁶	●		●			
1996	Pouchain ²²	●				●	
1998	SFMG ¹⁵		●			●	
1998	WHO Europe ¹²	●		●			
1999	MG Form ²		●			●	
2000	Olesen ⁷	●		●			
2002	Wonca Europe ²³	●		●			
2003	Louvain ¹³		●		●		
2005	CanMEDS ¹⁴		●		●		
2005	EURACT ¹⁹		●	●			
2005	Compagnon ²⁴		●				●
2006	Rennes ²⁰		●				●
2006	Attali <i>et al.</i> ²⁵		●			●	

Tableau 1. Répartition des définitions et référentiels sélectionnés

Paul Frappé et al., exercer 2010

Paul Frappé définit 8 axes (que je tente d'expliquer par l'exemple...)

- **Soins primaires** (je suis disponible pour tous les rhumes, en urgence)
- **Raisonnement spécifique** (votre toux est sûrement virale, mais si ça ne va pas mieux dans 72h, revenez)
- **Approche globale** (votre toux doit aussi faire aborder vos croyances sur la toux, vos difficultés à acheter un sirop et votre addiction au tabac...)
- **Professionnalisme** (et après, je vais gérer la comptabilité et racheter un soluté hydroalcoolique parce que j'entame le dernier)
- **Aspect relationnel** (on se revoit le mois prochain si tout va bien – poil aux reins.)
- **Rôle de santé publique** (non, je ne vous ferai pas de radiographie de thorax, ça ne sert à rien ; par contre, vous pouvez faire l'échographie de l'aorte pour dépister un anévrisme)
- **Compétence clinique** (ça tombe bien au fait, j'ai suivi toutes les formations sur la toux)
- **Professionnel** (et je dirige 6 thèses sur l'évolution de la toux à travers les siècles).

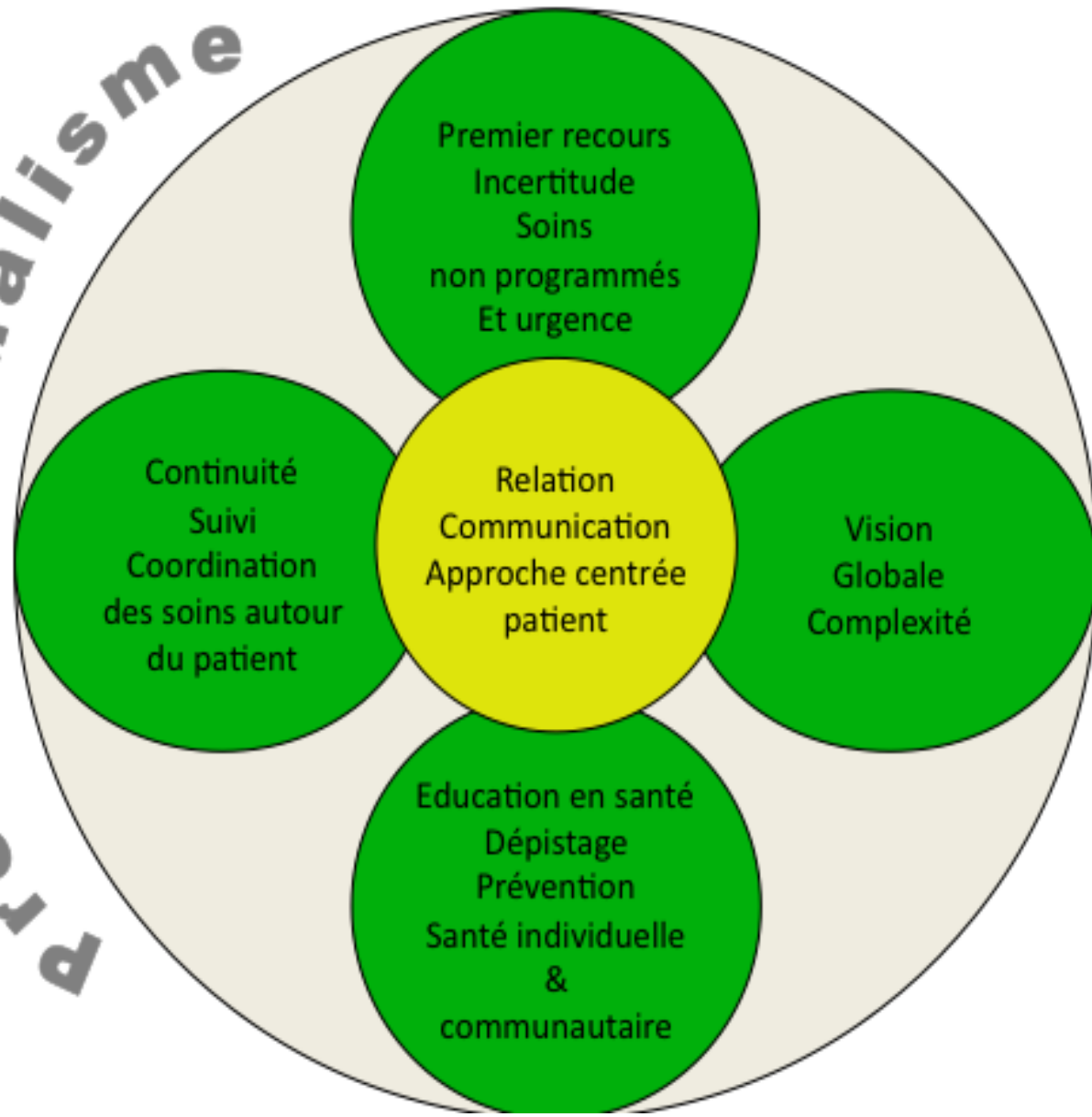
Définition de la WONCA-Europe (2002)

- « **11 caractéristiques (...) capacités ou habiletés** » :
 - Accès **ouvert et non limité** aux usagers
 - Utilise de façon efficiente les **ressources**, défenseur du patient
 - Approche **centrée sur le patient** (dimensions individuelle, familiale, communautaire)
 - **Communication** appropriée dans le temps
 - Soins **continus et longitudinaux**
 - **Démarche décisionnelle** sur la prévalence / l'incidence
 - Gestion simultanée des **problèmes aigus et chroniques**
 - **Stade précoce et indifférencié du développement des maladies** (éventuellement intervention rapide)
 - **Promotion et éducation** pour la santé : appropriée et efficace
 - Santé publique dans la **communauté**
 - Répond aux problèmes dans leurs **dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle**

Définition de la WONCA-Europe (2002)

- « **6 compétences fondamentales** » :
 - Gestion de soins de santé primaires
 - Soins centrés sur la personne
 - Aptitude spécifique à la résolution de problème
 - Approche globale
 - Orientation communautaire
 - Adoption d'un modèle holistique
- *Que le Pr Claude Attali a résumé en une marguerite... (devenue un classique de la formation universitaire en médecine générale)*

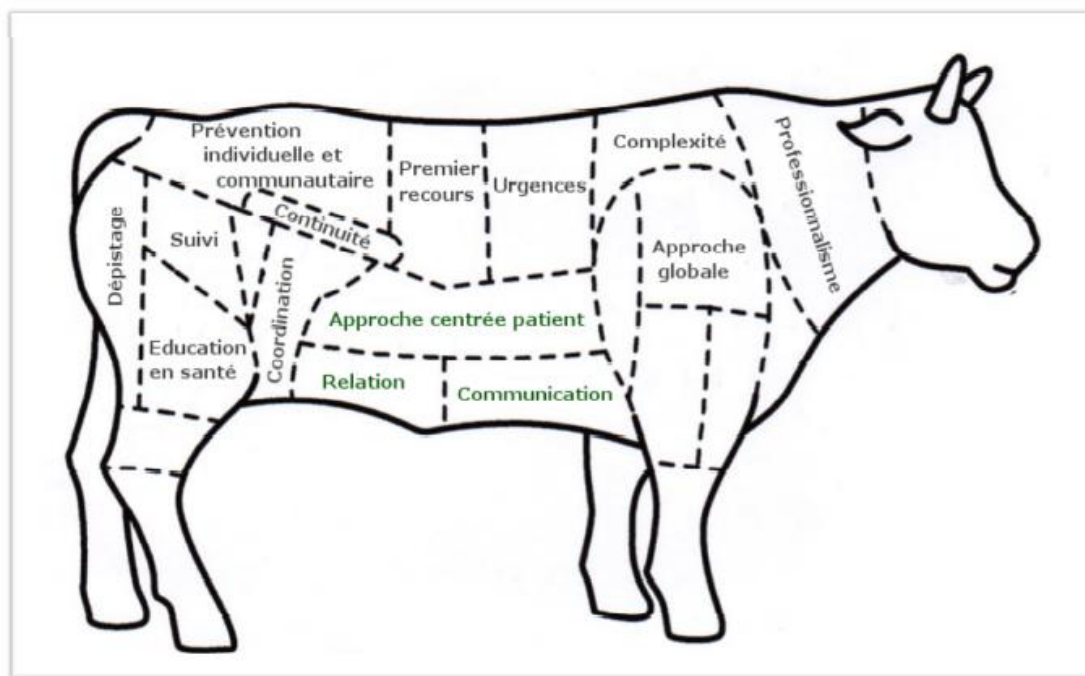
Professionnalisme



A tel point que certains ont dévié...

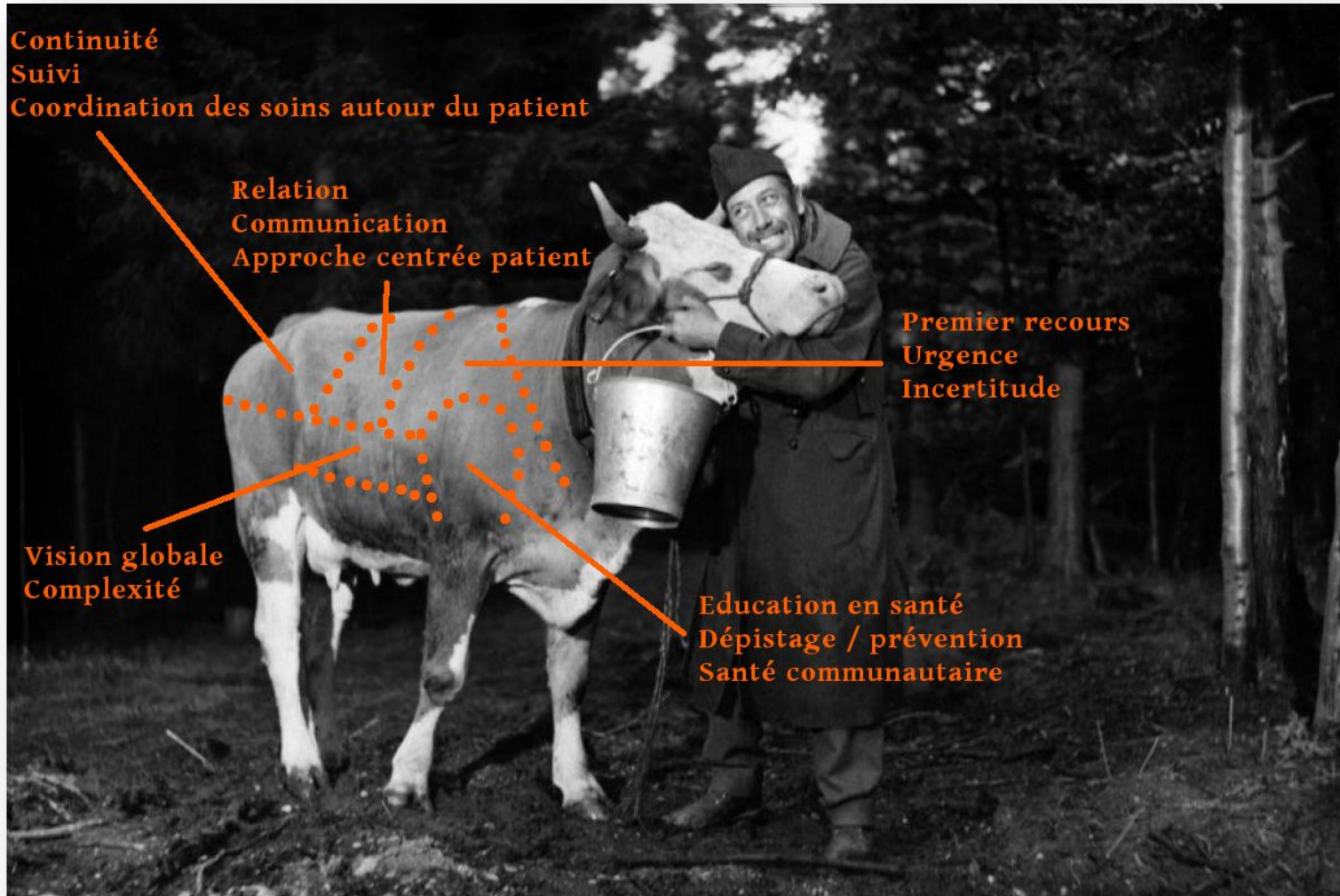


La Marguerite des compétences



Un certain Paul Frappé, toujours...

(ce qui fait référence à ce film)

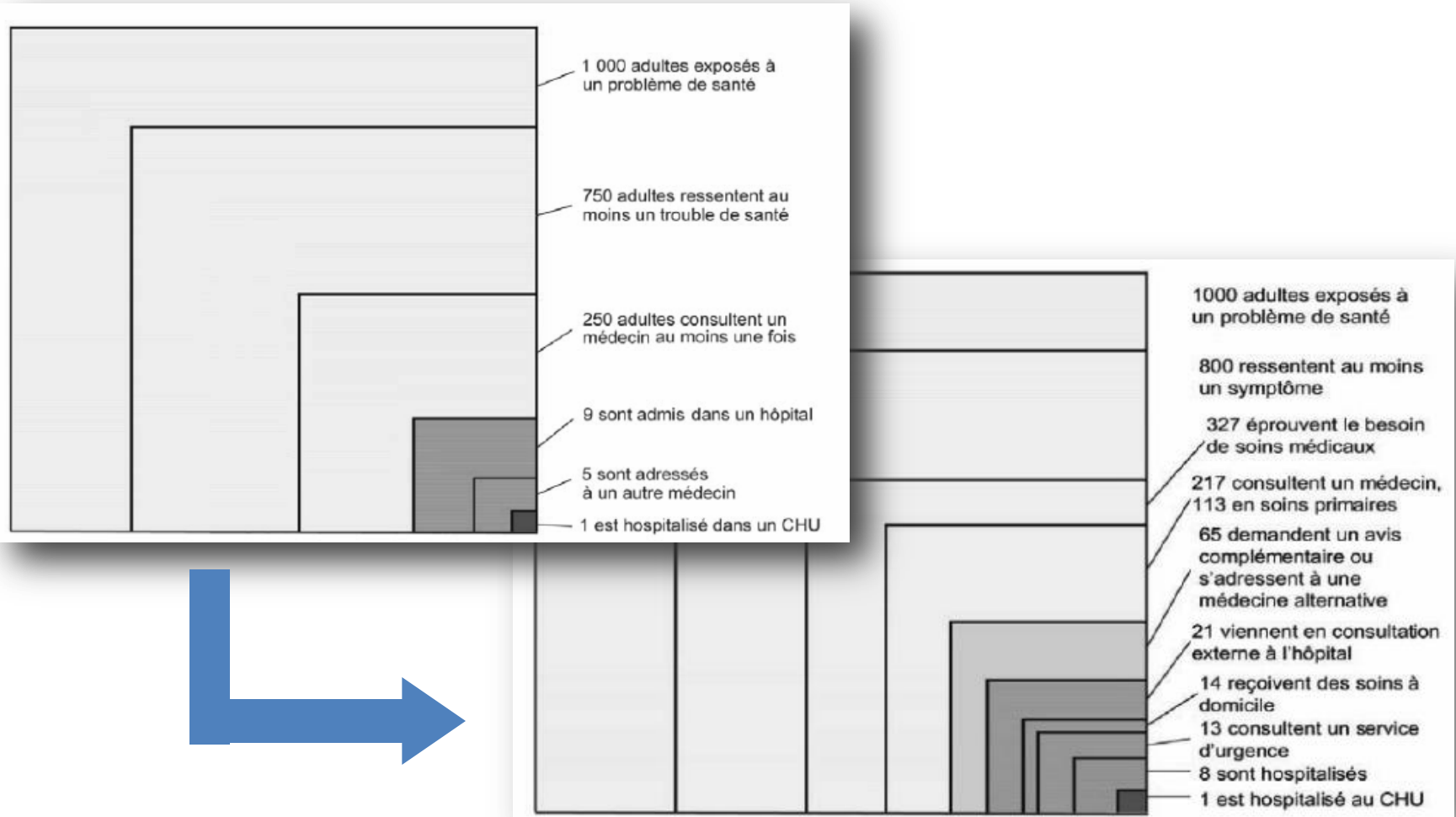


Moi-même (pur plagiat)

Là-dessus, quelques concepts

- Dans sa thèse-livre (2013), **Marie-Alice Bousquet** définit **une quarantaine de concepts**, repris par la SFMG, qui vont être repris ici en diapos-résumés...
- La plupart sont du **bon sens**. Ils restent toutefois **chers à la formation universitaire de médecine générale**, et c'est mieux d'avoir déjà parcouru ces concepts pour bien **comprendre les cours dispensés en 3^{ème} cycle**.
- **Tous relèvent de la médecine générale ; bien peu lui sont vraiment exclusifs**. Il y a du suivi, des relations particulières, des prises en charge globales dans toute spécialité ; certains le font plus ou moins, comme en MG...
- Si vous voulez en savoir plus, lisez donc la thèse ou le livre qui a été publié en 2015 par la même auteure.

Concept 1 : Carré de White (1961), révisé par Green (2001)



Il existe **beaucoup de symptômes non vus** en médecine, a fortiori au CHU.

Concept 2 : Répartition régulière des cas (Braun, 1955)

- Il a analysé 10 ans de sa pratique avec un codage personnel de ses diagnostics et a trouvé une incidence annuelle stable des maladies (à condition sociale et climatique proche)
- **Un médecin généraliste verra tous les 3 ans (environ) 300 situations cliniques similaires, répétées X fois pour les angines, Y fois pour les lombalgies et Z fois pour les arthrites de cause immunologique par exemple... (X et Y > Z...)**
- *(Probablement idem pour toute spécialité)*

Concept 3 : Soins primaires (OMS, 1978)

- Soins de santé universellement accessibles à tous les individus (...) par des moyens acceptables (...) à un coût abordable pour le pays.
- Dans les années 90, le concept a été précisé :
 - Satisfaire une majorité des besoins individuels (soins de premier recours)
 - Entretenir une relation prolongée avec les patients
 - Exercer dans le cadre de la famille et la communauté

Concept 4 : Intervention au stade précoce et non-différencié des maladies (WONCA, 2002)

- Un symptôme banal (ex. fièvre chez un enfant) peut évoquer une maladie bénigne (ex. rhinopharyngite) ou une maladie grave (ex. méningite bactérienne).
- **Le médecin doit souvent agir à un stade précoce, avec les données dont il dispose**
- **Ces tableaux ne sont pas souvent ceux de l'hôpital, où le temps a (souvent) déjà fait son œuvre et complété le tableau...**

Concept 5 : Continuité des soins (WONCA, 2002)

- **Assurer des soins longitudinaux dans le temps** (suivi)
- **Assurer des soins continus (à un temps t) :** lorsque le médecin est absent, « ses » patients doivent pouvoir avoir des **soins dans la continuité de ceux apportés** (orientation vers un médecin informé de sa situation ou partageant le dossier médical, communication entre soignants...) (*loi HPST*)
- **≠ permanence des soins** : s'organiser pour gérer les demandes de soins non programmées en dehors des horaires d'ouverture du cabinet

Concept 6 : Synchronie et diachronie (Marc Jamouille, 2003)

- **Synchronie** : avoir la vision du **maintenant** (synchrone avec son temps) → **approche transversale de la consultation** (*ex. entorse de cheville et épigastralgie*)
- **Diachronie** : avoir une vision du **passé**, « à travers (dia-) le temps (-chronos) » → **approche longitudinale de la consultation**, synthèse globale du patient (*ex. entorses de cheville à répétition, consommation d'AINS, antécédent d'ulcère...*)
- **Une succession de synchronies (consultations) permet une vision plus générale dans le temps (diachronique).**

Concept 7 : Histoire commune (partagée) (WONCA, 2002)

- **52 % des patients ont le même médecin depuis 6 ans, 37 % depuis 10 ans (IPSOS, 2007)**
- **Ce suivi longitudinale (histoire partagée) a des avantages et des inconvénients :**
 - + : **relation facilitée**, changements mieux perçus, entourage connu, croyances déjà entendues, prévention, éducation...
 - - : **risque de routine** et a priori (« il a toujours fumé, été obèse et il ne veut pas changer... ça fera 23€. »)

Concept 8 : Modèle biomédical, modèle holistique (Antiquité...)

- **Modèle biomédical** : la maladie a une cause physique (organique, biochimique...), elle est plutôt exogène et doit être combattue.
- **Modèle holistique (global)** : la maladie est une rupture d'équilibre d'un individu global, elle est plutôt endogène (psychologique) et permet de prendre conscience de cette perte d'équilibre.
- **Il n'y a pas un modèle « toujours mieux » qu'un autre. Il existe plusieurs modèles holistiques (cf. infra).**

Concept 9 : Approche systémique

- Le patient n'est pas un ermite isolé. Il vit dans un « système » ou groupe : famille, amis, travail...
- **Le médecin n'interagit pas qu'avec le patient**
- **Le médecin interagit potentiellement avec le « système » du patient et peut se demander : qui / qu'est-ce qui entraîne la situation actuelle ?**
- Il existe différentes relations possibles entre individus :
 - **Causalité linéaire** : $A \rightarrow B \rightarrow C$
 - **Causalité circulaire** (rétroaction/feedback) : $A \rightarrow B \rightarrow$
active ou inhibe A
 - **Stabilité / homéostasie** : A, B et C s'équilibrent
 - Par exemple : triangle dramatique de Karpman (1968) : Victime - Persécuteur - Sauveur (rôles interchangeables dans le temps)

Concept 10 : Modèle biopsychosocial : une interaction complexe (Engel, 1977)

- Il y a un **continuum** entre les problèmes biomédicaux, **psychologiques et sociaux** (« **de la molécule à la société / environnement** »)
- Par « psychologique », Engel entend les « **croyances** » et le « **vécu** » (normal) du patient sur sa maladie ; il ne s'agit pas de psychopathologie...
- Chaque composante interagit avec les autres, ce qui entraîne une **situation « complexe »**
- *(Attention. Il ne faut pas croire que le MG a le monopole de ce modèle ; de nombreux services hospitaliers – de la néonatalogie à la gériatrie – ont intégré depuis longtemps des psychologues discutant du ressenti et des assistant(e)s social(e)s pour aider les patients et leurs proches. Et des médecins naturellement empathiques et humains.)*

Concept 11 : Diagnostic de situation : Organe Personne Environnement (Louis Lévy, 2004)

- **Le diagnostic de situation** est large :
 - Diagnostic de symptômes-syndrome-maladie **(biomédical)**
 - Mais aussi ressenti, vécu du patient **(psychologique)**, situation sociale **(social)**
- **Un modèle s'appuie dessus : OPE**
 - **Organe** : quelle plainte ? Quel symptôme ?
 - **Personne** : quel vécu ? Quelle incapacité induite ?
 - **Environnement** : quel environnement (aides ou gênes : humaines, économiques, administratives...)
- **On retrouve donc le modèle de Engel...**

Concept 12 : Evidence-Based Medicine (David Sackett, 1996)

- Comme son nom trompeur l'indiquerait, la « médecine basée sur les preuves » **n'est pas une médecine uniquement basée sur des résultats précis** d'études à fort niveau de preuve.
- Il s'agit de l'utilisation des **meilleures données** dans la **prise en charge personnalisée** des patients.
- Elle juxtapose :
 - **données de la science**
 - **préférences du patient**
 - **expérience/compétence du médecin**

Concept 13 : Gestion simultanée de problèmes aigus et chroniques

- En 2012, en moyenne, **2 « problèmes » étaient pris en charge par consultation** (4 au-delà de 60 ans)
- Le nombre de consultations annuelles (et de pathologies chroniques) augmente avec l'âge
- **Une consultation pour « suivi » d'une pathologie chronique est souvent l'occasion de discuter un symptôme** qui n'aurait pas amené à consulter (carré de White)

Concept 14 : Coordination des soins

- Il existe plusieurs types de coordination :
 - **Collaboration** (« cher neuro-pédiatre, j'ai confiance en ton avis... »)
 - **Coopération** (« cher cardiologue, je respecte ton avis sur les statines... »)
 - **Instrumentalisation** (« cher radiologue, donne-moi ton avis... »)
 - **Négation** (« cher médecin-conseil, merci pour cet avis mais... »)
- Le recours à un **avis spécialisé représente environ 7 % des actes** (10 % pour les ALD)

Concept 15 : Collusion de l'anonymat (Michel Balint, 2009)

- *(C'est un concept assez important à mon sens, et terriblement juste !)*
- La **peur du médico-légal pour les médecins** ou le **consuérisme pour les patients** peut amener à « orienter » le patient vers divers experts.
- **Des experts multiples peuvent avoir des difficultés de communication** si le parcours est erratique : diagnostics divers, incrémentation thérapeutique, actes répétés...
- **Il peut en résulter des décisions importantes prises sans que personne ne s'en sente responsable** (dilution des responsabilités...)
- Le rôle du MG est donc aussi d'orchestrer tout ça

Concept 16 : Soumission à l'autorité (Michel Balint, 2009)

- Claude Bernard insistait sur l'importance de la non-soumission à l'autorité : « l'esprit scientifique (est guidé par) le doute, la liberté d'esprit et d'initiative, la non-soumission à l'autorité des croyances (... il faut) changer ses idées à mesure que la science avance ».
- Le risque en MG est la **soumission aveugle à l'« autorité »** (autres médecins spécialisés, avis d'experts, revue médicale, consensus...) : il faut **toujours savoir garder un œil critique**.
- *(Bon, ça ne veut pas dire non plus d'être en perpétuelle rébellion contre tout avis différent du sien... ! ;-))*

Concept 17 : La fonction apostolique (Michel Balint, 2009)

- Chaque médecin veut montrer qu'il est « bon, bienveillant, avisé et efficace ». Sauf Grégory House.
- Il a une **idée quasi-religieuse (apostolique – « qui tient de l'apôtre »)** du comportement que doit adopter un **patient malade**, ce qu'il doit espérer
- Cela contribue à cette **« façon de pratiquer » individuelle** à chaque médecin (*avec l'espace de liberté décisionnelle – cf. infra*)
- Les **patients s'autosélectionnent selon leur « accroche »** ou non à cette « croyance apostolique » du médecin...
- ... et c'est un premier pas dans la compagnie d'investissement mutuel (cf. infra)

Concept 18 : Relation médecin-malade : compagnie d'investissement mutuel

- La relation médecin-malade est particulière en médecine générale du fait de son caractère longitudinal
- Michel Balint appelle ça la « **compagnie d'investissement mutuel** » avec des **satisfactions et des frustrations de part et d'autre, qui construisent la relation au long cours**
 - Ex. le médecin qui n'était pas là le jour où..., mais qui était là le jour où...
 - Ex. le patient qui a refusé de..., mais qui a accepté de...

Concept 19 : Relation médecin-malade

- Il existe là encore plusieurs modèles, sinon c'est moins fun :
 - **Consensuel ou paternaliste (Parsons)** : le médecin est le professionnel qui soigne le malade
 - C'est une approche directive : le malade est un patient.
 - **Conflictuel ou informative (Freidson)** : le médecin et le patient ont 2 visions différentes de la maladie et des soins à entreprendre, sans consensus *a priori*
 - C'est une approche communicationnelle : le malade est un client qu'on informe et qui choisit.
 - **Partenarial ou partagée (Strauss)** : l'objectif de soins est négocié dans le temps entre médecin et malade
 - C'est une approche négociée : le malade est un partenaire, autonomisé.

Concept 20 : Décision médicale partagée

- Dans un modèle paternaliste, le médecin décide ; dans un modèle informatif, le patient décide. Ces modèles sont unilatéraux...
- La décision médicale partagée a 4 caractéristiques :
 - 2 partenaires (pour partager, c'est mieux)
 - Communication dans les 2 sens (**modèle bilatéral**)
 - Discussion à 2
 - **Décision à 2**
- La loi du 4 mars 2002 y incite, avec une information « claire, loyale, appropriée »...

Concept 21 : Éléments de communication

- **Communication informative** : transfert simple d'information (contenu)
- **Communication expressive** : informations (contenu) transmises dans un contexte (contenant)
 - Importance de la communication non-verbale (gestuelle, regard...)
- **Communication interprétative** : utilisation de « mots » communs au médecin et au patient (cf. « sémiotique »)
 - Importance de connaître les représentations du patient

Concept 22 : Confusion des langues (Michel Balint, 2009)

- Le médecin et le malade peuvent **ne pas** « parler la même langue » (de façon imagée).
- Par exemple : « le bilan est négatif » peut vouloir dire pour le médecin « tout va bien » et être compris par le patient « tout va mal ».

Concept 23 : Relation médecin-malade et psychanalyse

- **« Transfert »** : le patient reporte une affection (ou hostilité) qu'il éprouve depuis l'enfance (à un parent...) vers le médecin qu'il a choisi ; le médecin fait de même (« contre-transfert »).
- **« Holding »** : soutien du patient par le médecin (surtout dans une relation paternaliste ou une régression du patient... renforçant « l'effet médecin »).
- **« Mécanismes de défense »** :
 - **Du patient** : régression (l'inverse de l'autonomie), refoulement, déni, colère, sublimation
 - **Du médecin** : retrait (face aux dires dérangeants du patient), repli dans le biomédical, rigidité de prescription (*tout ça peut évidemment exister hors mécanisme de défense...*)

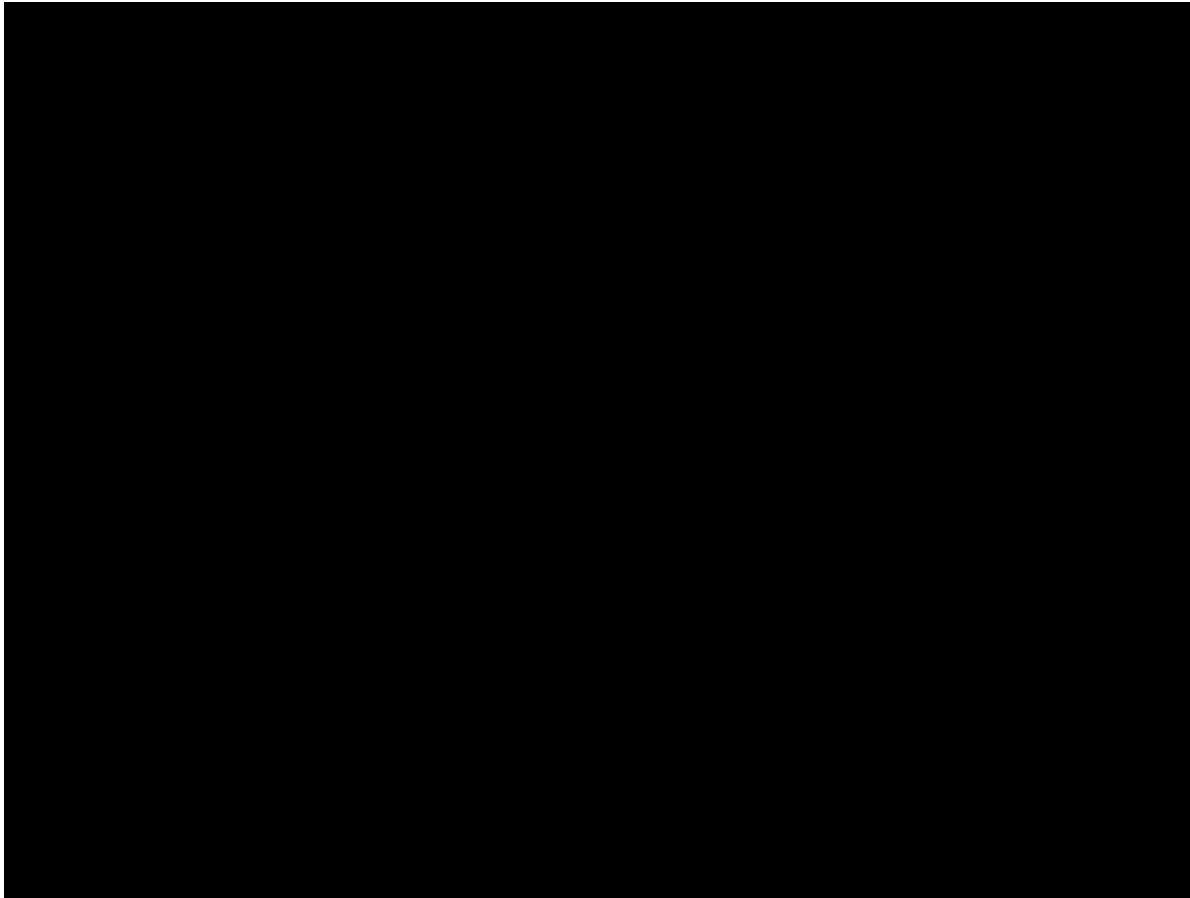
Concept 24 : Motif(s) de consultation

- Le patient vient en moyenne avec **2 motifs de consultation**
- Le médecin doit répondre à ces « **offres du malade** » (Michel Balint)
- ... et en plus, **il peut s'agir de « demande écran »**, derrière laquelle se tapit sournoisement un « **motif caché** » (demandes de fin de consultation ou « syndrome du pas de porte » ou « agenda caché », dépression masquée, etc.)

Concept 25 : Signe et sémiotique (Charles Sanders Peirce, 1932)

- **La sémiotique est l'étude des signes** au sens large (sémiologie est presque un synonyme...)
- « Un signe est une chose reliée sous un certain aspect à un second signe, de telle manière qu'il mette en relation un troisième signe, avec ce même objet et ainsi de suite » (Pierce, 1932).
- **Un signe est une triade :**
 - **Signe** (mot, image, geste : « imiter une bouteille avec la main »...) (→ *syntaxe*)
 - **Objet** (ce qui est « désigné » : « bouteille de jus de raisin fermenté après un été agréablement ensoleillé »)
 - **Interprétations multiples** reliant signe et objet (« il a soif », « c'est un ivrogne », « il se moque de son voisin »...) (→ *sémantique*)

Dédicace à M. Peirce



(mais je ne fais pas bien mieux...)

Concept 26 : Saint homme cherche Ma Lady

- *Symptôme = Sun- -ptoma/-piptein = « ce qui tombe avec (le patient) »*
- Le symptôme est une **plainte du patient** (signe fonctionnel) ; l'examen clinique met également en évidence des signes physiques.
- **Certains symptômes restent à cet état, sans donner lieu à une maladie**

Concept 27 : Anamnèse et laisser-parler

- En moyenne (*Langewitz, BMJ 2002*) :
 - Un médecin interrompt une première fois le patient **22 secondes** après le début de l'interrogatoire
 - Un patient parle spontanément **92 secondes**
- Après l'interrogatoire, le médecin a une **première hypothèse, confirmée dans 75 % des cas** après l'examen physique.

Concept 28 : Examen physique

- 3 « types » d'examens physiques sont réalisés à visée diagnostique (Braun, 1979) :
 - **Démarche diagnostique directe** (varicelle)
 - **Routine locale** (rhinopharyngite – examen ORL)
 - **Examen général** (fièvre isolée – examen cutané, ORL, cardiopulmonaire ; arthrite – examen cutané, rhumatologique, neurologique...)
- L'examen physique a également une **portée relationnelle** : marque d'attention, rite, attitude socio-culturelle (« vous ne prenez pas ma tension, docteur ? »)

Concept 29 : Raisonnements

- Il existe plusieurs modes de raisonnements :
 - **Intuitif** : reconnaissance de forme (culture médicale ou expérience)
 - **Hypothético-déductif** : (intuition →) hypothèses → vérification/infirmité
 - **Chaînage avant** : physiopatho. → hypothèses...
 - **Dossier d'évaluation exhaustif** : inventaire des problèmes → exploration complète (hypothèses fréquentes et rares)
 - **Arbres décisionnels / algorithmes** : cheminement binaire par étape
 - **Démarche probabiliste** : cheminement selon le rapport de vraisemblance positif/négatif apporté par le signe / le bilan
- **Il n'y a pas UNE seule forme à utiliser...**

Concept 30 : Diagnostic

- Dia-gnosis : « savoir » « à travers » (symptômes et signes).
- Le diagnostic est le « meilleur » résultat ; pourtant, **seulement 10 % des motifs de consultation amènent à un diagnostic précis en médecine générale** (Braun, 1978).
- Au terme d'une consultation, on retient :
 - **Un symptôme (cardinal)** : « diarrhée »... (25 % des consultations)
 - **Un cortège de symptômes** : « diarrhée fébrile » (45 %)
 - **Une maladie** : « gastroentérite aiguë devant diarrhée, vomissements, fièvre, myalgies, contagé récent » (20 %)
 - **Un diagnostic certifié** : « GEA à rotavirus » (10 %)

Concept 31 : Allié du temps

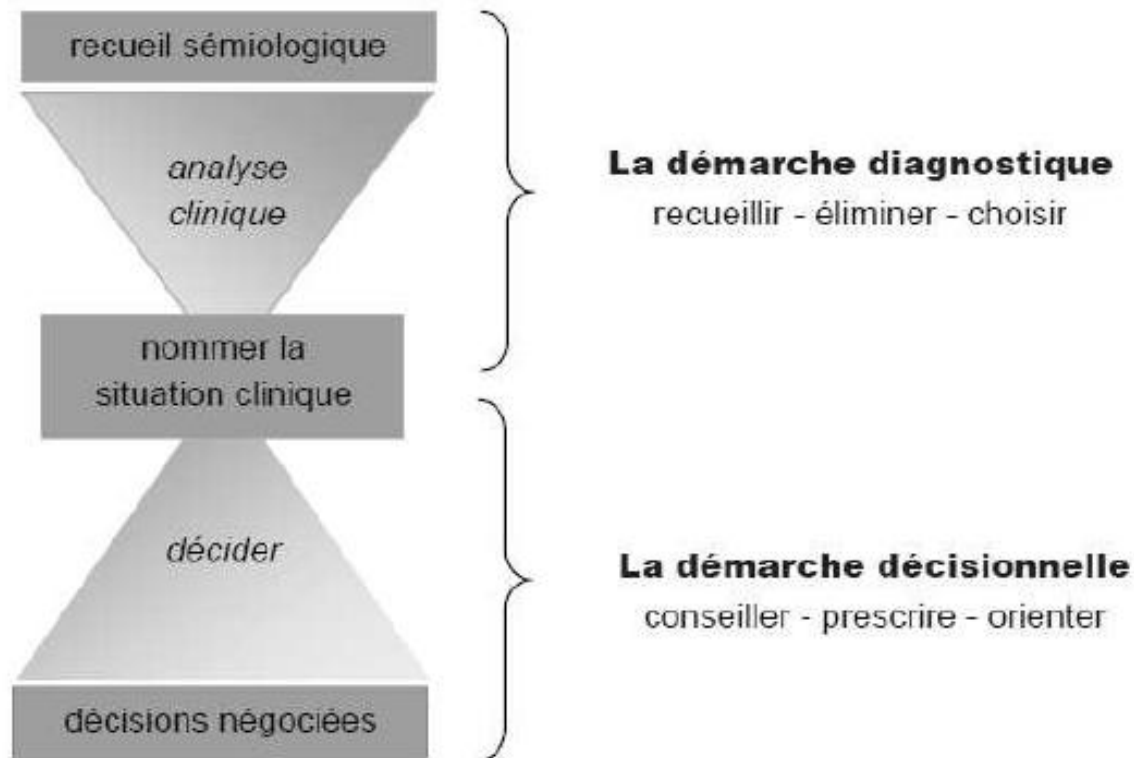
- Le médecin généraliste agit (souvent) à un stade précoce et indifférencié des maladies (« **cas nouveau** »)
- Il doit régulièrement se contenter de symptômes, sans pouvoir diagnostiquer une maladie.
- De plus, il y a plusieurs motifs par consultation
- Et **une consultation dure 18 minutes en moyenne en France** (disons entre 5 et 30 minutes).
- **Son meilleur allié dans ce contexte est le temps... Il fera disparaître les symptômes ou les fera persister** (« **cas ancien** », pour Braun).
- Un symptôme persistant amène de **nouvelles prises en charge** (que la démarche soit intuitive, hypothético-déductive, algorithmique, exhaustive...)

Concept 32 : Gestion du risque (WONCA, 2002)

- Symptômes, signes, maladies, diagnostic...
- ... Il y a également **certaines « diagnostics différentiels »** à ne pas méconnaître !
- Ou « diagnostic étiologique critique » (Damien Jouteau)
- On peut parler de « renversement de la démarche diagnostique » (Braun) ou de signes négatifs de pathologies graves.
- **Bref... gérer les risques : ne pas oublier ce qui est urgent et ce qui est grave.**

Concept 33 : Diagnostic et décision (SFMG)

- Parce qu'il n'y a pas que des marguerites dans la vie.



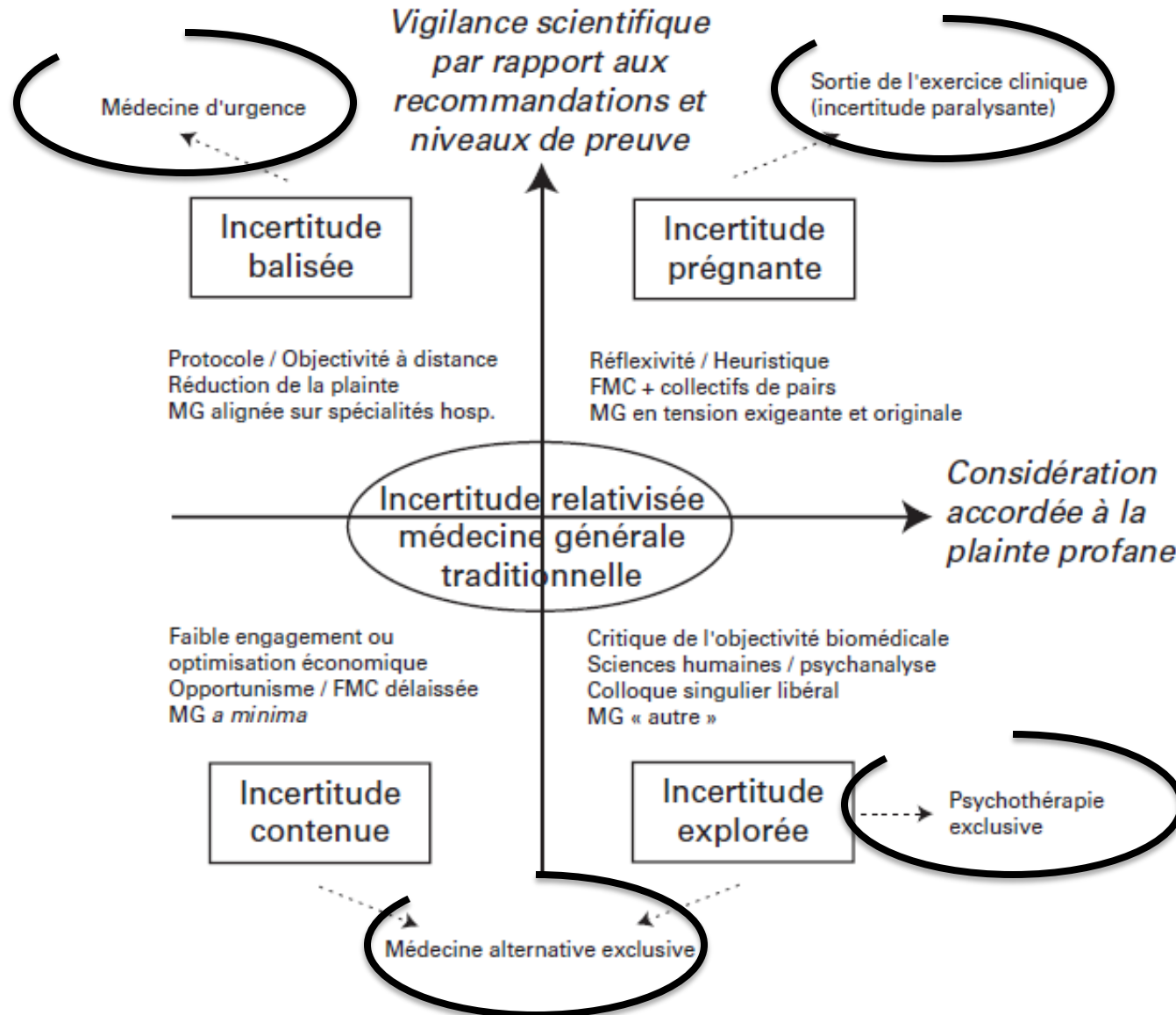
Concept 34 : Les 3 niveaux d'incertitude (Renée Fox, 1988)

- Il y a **3 niveaux d'incertitude** :
 - 1 : « je ne sais pas »
 - 2 : « la science ne sait pas »
 - 3 : « je ne sais pas si c'est moi ou si c'est la science qui ne sait pas ».
- *Actuellement en discussion* :
 - 4 : « c'est toi qui a rangé les clés ? »

Concept 35 : Gérer l'incertitude (Géraldine Bloy, 2008)

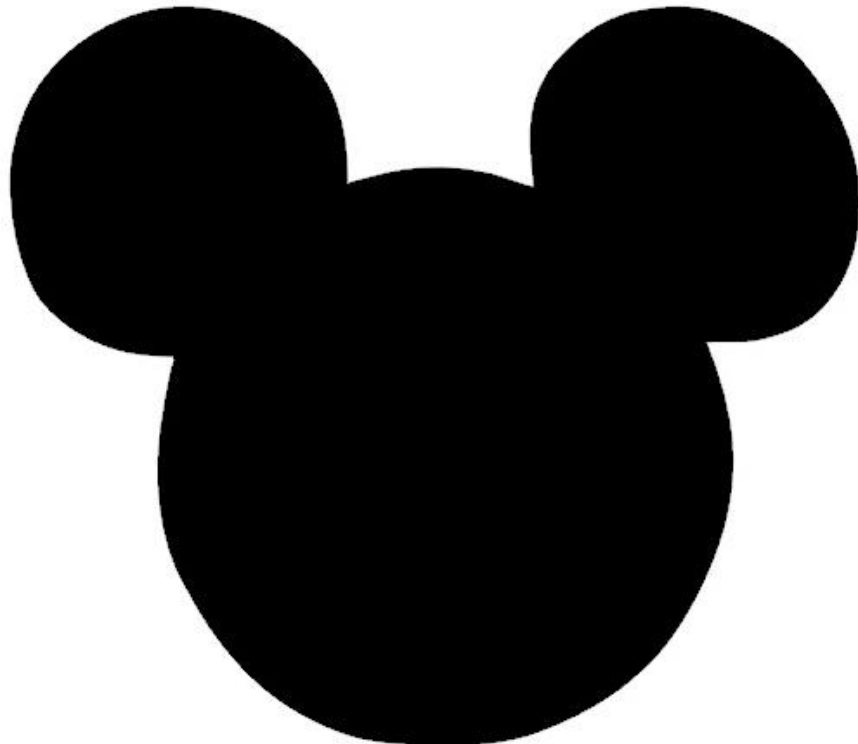
- Pour gérer l'incertitude, il y a 2 axes :
 - Se tenir à jour des recommandations (« science »)
 - Considérer les plaintes (« profane »)
- G. Bloy définit **4 cadrans avec ces 2 axes** :
 - **Incertitude contenue** (science -, profane -) = « opportuniste »
 - **Incertitude balisée** (science +, profane -) = « protocolaire »
 - **Incertitude explorée** (science -, profane +) = « psychanalyste »
 - **Incertitude prégnante** (science +, profane +) = « heuristique »

Donc tout le monde risque de quitter la MG. Ca sert bien de faire un graphe.



Concept 36 : Démarche décisionnelle (trépied de Jean-Michel Chabot, 1997)

- Le trépied de Chabot est une **juxtaposition** : **niveau de preuve – relation médecin-malade – contraintes**
- *(Pour rappel : l'EBM de Sackett (1996) c'est : données de la science – préférence du patient – expérience du médecin)*



Concept 37 : Parasites ou modulateurs de la décision médicale (Alain-François Junod, 2003)

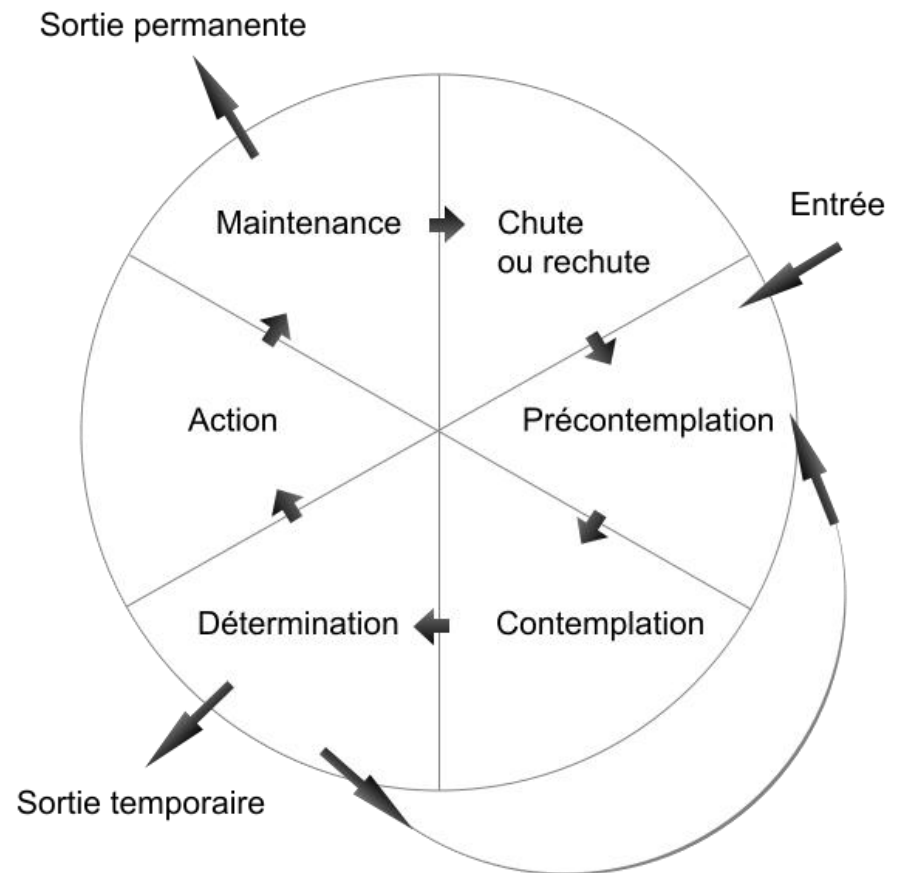
- Ce concept est hérité du précédent et de l'EBM...
- La **décision médicale va être modulée / parasitée** par des :
 - **Facteurs intrinsèques au médecin** (croyances, « fonction apostolique », automatismes, manque de connaissances...)
 - **Facteurs extrinsèques** (stress, temps, administratif...)

Concept 38 : Espace de liberté décisionnelle

- 2 situations similaires / 2 médecins = 2 prises en charge...
- L'espace de liberté décisionnelle, **c'est ce qui reste à côté de (et grâce à) l'EBM** :
 - **Patient** : histoire médicale, croyances...
 - **Médecin** : connaissances, croyances, aversion au risque, conflits d'intérêt...
 - **Science / conjoncture** : épidémiologie, législation et remboursement...
- Par exemple : antibiothérapie pour bronchite à 89 ans, acoumétrie pour perte légère d'audition à 59 ans...

Concept 39 : Modèle transthéorique de changement (James Prochaska et Carlo DiClemente, 1984) : décision différée

- **L'entretien motivationnel** pour une prise en charge longue (addictologie, nutrition...) suit ce schéma →
- 4 pratiques aident à progresser :
 - **Divergence** (montrer l'ambivalence)
 - **Empathie** (comprendre l'ambivalence)
 - **Résistance** (faire expliquer les résistances)
 - **Renforcement positif** (augmenter la confiance en soi)



Concept 40 : Savoir ne pas prescrire

- **78 % des consultations aboutissent à une prescription médicamenteuse** (43 % aux Pays-Bas)
- **3-4 médicaments sont prescrits par consultation.**
- **C'est souvent trop.**
- Les études montrent un rôle :
 - Du pays,
 - Du temps par patient,
 - De l'attente réelle ou perçue des patients,
 - Des croyances des médecins,
 - De l'influence de l'industrie pharmaceutique...
- Plusieurs aides sont prévues pour réduire les prescriptions :
 - Conseils (voire sur l'ordonnance),
 - Fiches officielles de la CPAM, campagnes d'informations
 - Effet-médecin...

Concept 41 : Polypathologie et iatrogénie

- La polypathologie est souvent définie comme **l'association de 2 (ou plus) pathologies chroniques**, ayant des intrications complexes
- Le risque est la **iatrogénie** (interactions médicamenteuses)
- Il existe des **listes utiles** pour la réduire :
 - Beers
 - START & STOPP
 - Marie-Laure Laroche

Concept 42 : Inertie thérapeutique (ou clinique) (Lawrence Philips, 2001)

- **Retard non justifié à l'instauration d'un traitement** lié à :
 - Une **surestimation des soins** actuels (bien qu'insuffisants)
 - Des « **excuses** » peu pertinentes (amélioration progressive de la TA, etc.)
 - **Une minoration des objectifs thérapeutiques** (formation insuffisante à ces objectifs)
- Cette notion d'endocrinologue américaine (entre autre) est **à aborder avec l'« injonction paradoxale » de limiter la iatrogénie et la surmédicalisation** par les médecins généralistes français (entre autres)...

Concept 43 : Education thérapeutique

- **Aider les patients à acquérir / maintenir les compétences (et les appliquer) pour gérer au mieux leur maladie chronique.**
- Inscrite dans la loi HPST (21 juillet 2009)
- **3 étapes de 45 minutes (environ) :**
 - **Diagnostic éducatif** (identifier les besoins)
 - **Programme personnalisé** (éducation individuelle / groupe)
 - **Evaluation individuelle** (vérifier la compréhension)
- Les avantages potentiels sont nombreux, ainsi que les risques (éducation et culpabilisation, relation paternaliste...)

Concept 44 : Prévention primaire à quaternaire (Marc Jamouille, 1985)

	Off	On
Médecin (science) Patient (ressenti)	Pas de maladie détectable	Maladie détectable
Asymptomatique	<p>Protéger : diminuer l'incidence de la maladie</p> <p style="text-align: center;">Primaire</p>	<p>Dépister : diminuer la prévalence de maladies pour lesquelles il existe un traitement</p> <p style="text-align: center;">Secondaire</p>
Symptomatique	<p>Réduire les conséquences des actes médicaux (surmédicalisation et iatrogénie)</p> <p style="text-align: center;">Quaternaire</p>	<p>Réduire les conséquences de la maladie, améliorer la qualité de vie</p> <p style="text-align: center;">Tertiaire</p>

Concept 45 : L'effet médecin

- Un battement d'aile du méd...
- Pardon. Rien à voir.
- **Un médecin est un remède en soi :**
 - Empathie
 - Attention, écoute active
 - Réassurance
 - Explications
 - Mots sur la maladie (diagnostic ou cadre nosologique)
 - Conseil
 - Conviction dans la prescription ou non-prescription

Concept 46 : Surconceptualisation en médecine générale (M.R., 2015)

- **Les universitaires de médecine générale aiment toucher à tout** : psychologie, sociologie et autres sciences humaines...
- Ils y trouvent de **nombreux concepts, parfois complémentaires, parfois interchangeables**
- Les mots utilisés sont (volontairement ?) ceux des sciences humaines, pouvant laisser **les étudiants perplexes**
- Il ne faut juste pas oublier que tout ça découle souvent du **bon sens de notre époque**, qui sera valable uniquement avec celle-ci.

En résumé...

La médecine générale c'est

le sablier du processus décisionnel
souquant les arquémuzes
de la marguerite des compétences
permettant des soins primaires efficients
grâce à une démarche décisionnelle basée
sur la prévalence en soins primaires de
situations complexes et authentiques à des
stades précoces indifférenciés des
symptômes

En gros.

C'est (parfois) :

- Un pas-trop malade avec des symptômes que vous caractérisez difficilement (« stade précoce et indifférencié des maladies », « sémiotique »),
- ... que vous connaissez bien et qui vous connaît bien... (« histoire commune », « fonction apostolique », « investissement mutuel »)
- ... dont vous maîtrisez peu à peu les expressions... (« confusion des langues »)
- ... avec une vie qui aurait sildénafilé Freud (« diagnostic de situation »)
- ... qui vient pour plein de raisons... (« motifs aigus et chroniques », « diachronie et synchronie »)
- ... hiérarchisées par vos soins... (« gestion du risque », « raisonnements »)
- ... que vous prenez en charge de façon globale, selon les données de la science, vos avis à vous et au patient, le temps disponible... (« modèle EBM », « décision médicale partagée, modèle holistique, modèle biopsychosocial », « démarche décisionnelle », « espace de liberté décisionnelle »...)
- ... du coup, vous négociez... (« décision médicale partagée »)
- ... faites traîner un peu pour voir... (« décision différée », « allié du temps »)
- ... et si besoin, envoyez vers les confrères (« coordination des soins »)
- ... mais en vous méfiant du trop plein d'avis et de l'escalade thérapeutique (« collusion de l'anonymat », « inertie thérapeutique », « polypathologie »)
- Et parfois c'est des rhumes. Et des marguerites. Plein de marguerites.

