

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].

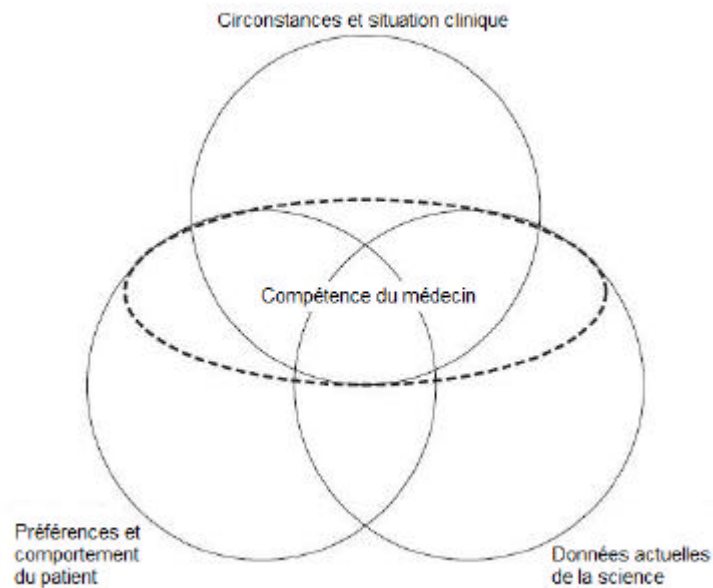


Figure n° 4 : Représentation graphique de l'EBM selon Haynes

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.