

**ELEMENTS DE METHODES ET EXERCICES PRATIQUES
POUR L'ETUDE DE NOS POPULATIONS
DE MALADES ET DE NOS DEMARCHES MEDICALES**

Jacques BERTRAND

VOUS EXERCEZ LA MEDECINE GENERALE DEPUIS PLUS DE 5 ANS

Vous pensez que la médecine générale est une pratique qui applique en les simplifiant les modèles hospitaliers, qu'elle n'a nul besoin de recherche et de théorie propre, que tout est bien ainsi.

VOUS AVEZ PERDU - JETEZ CE PAPIER -

sinon tournez la page

- vous pensez au contraire que le métier de généraliste est complexe, qu'il convient d'examiner nos pratiques, d'y découvrir des lois, théories, modèles ou scénarios (à votre gré), que cela peut contribuer à préciser un enseignement, enrichir nos pratiques.

- vous avez quelques réserves d'enthousiasme, de curiosité, et un peu de courage - vous constatez que c'est sans doute plus enrichissant de discuter à plusieurs de choses, qu'on se dit parfois à la sauvette entre quatre yeux, ou qu'on a lues çà et là.

- vous admettez que même si l'effort demandé n'est pas nul (en principe échanges surtout par lettre ou téléphone, voire conférence téléphonique) vous risquez de n'être payé qu'en monnaie de singe, mais d'y trouver par contre quelque exaltation.

VOUS FAITES PARTIE DES HAPPY FEW

**VOUS AVEZ GAGNE - VOUS POUVEZ PARTICIPER A LA CELLULE DE
REFLEXION DU COLLEGE DES GENERALISTES - CRCG**

Vous écrirez à BERTRAND Jacques, Généraliste

PAVILLY 76570 tél : (35) 91.20.20

joignable + facilement aux heures de consultation :

Lun : 13H30 - 17H

Mar : 13H30 - 17H

Jeu : 8H30 - 12H

Ven : 13H30 - 17H

Sam : 13H30 - 17H

ou le soir vers 20H

Les timbres sont chers. Par le même envoi je vous propose :

UN PREMIER SUJET DE REFLEXION :

Dans l'acte médical :

- une démarche souvent proposée est du type

signe diagnostic traitement (ou/et conduite
à tenir)

Peut-on envisager (et dans quels cas ?) une démarche un peu différente :

- reconnaissance réciproque (malade-médecin)
- négociation sur le problème posé (incluant en particulier le parcours personnel et médical du patient)
- écoute et examen centré sur le problème
- décision thérapeutique (elle aussi négociée)

D'autres types de démarche existent aussi bien sûr. Pouvez-vous y penser un peu et mettre quelques lignes sur le papier ! (me les adresser).

UN PREMIER EXERCICE RAPIDE

Pour étudier nos populations de malades, noter sans interruption sur 250 actes (en moyenne 15 jours) Uniquement âge/sexes/CouV

Faites un histogramme des tranches d'âges (de 10 en 10 ans)

L'exercice ne demande que quelques minutes en tout.

Il est discutable :

- pourquoi 250 ?
- pourquoi ces tranches ?
- pourquoi ne pas introduire des notions de "diagnostic" ou de "contenu de l'acte" ou de "motif de consultation" ?

Vos idées sur : - les intervalles de confiance de pourcentage en 10 tranches
- les classes d'âge significatives ?
- comment comparer nos histogrammes et en tirer des conclusions ?

Si vous regrettez de ne pas introduire "un contenu de l'acte", quel code (OMS - Braun - autres) souhaiteriez-vous employer -

Si simple qu'il soit en apparence, l'exercice liminaire proposé (l'histogramme) me paraît avoir un sens lui-même - Pouvez-vous le faire tel que je vous le suggère et me l'adresser ?

MERCI MERCI - (MERCI POUR EUX)

TOUTE AUTRE IDÉE DE RECHERCHE SUR OU D'EXAMEN DISTANCÉ DE NOTRE MÉTIER EST LA BIENVENUE.

Idée de recherche sur ou d'examen distancé de notre métier

Chaque acte est indiqué d'une croix dans la case correspondante. Voici les documents concernant les Docteurs A et B : Schémas A A', B B''

A et B : Totaux en pourcentage

A' et B' : Ventilation tranches d'âge/sexe/C ou V en %

La différence saute aux yeux :

Examinons simplement les tranches 0/10 : celle du Dr B, 16,4%, a pour intervalle de confiance :

$$I = p \pm 2 \sigma \quad \text{avec } \sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}} \quad \sigma \text{ ici} = 2,3\%$$

soit $I = 16,4 \pm 4,6$ soit de 11,8% à 24%

Il y a donc moins d'une chance sur 100 que la tranche 0/10 du Dr A soit extraite de la même population que celle du Dr B (note).

Confrontons d'ailleurs les indicateurs âge moyen/sexe ratio/ % C et V :

Age Moyen	Dr A	Dr B
(moyenne des classes)	57,6	47,4
% Femmes	66%	55%
% Visites	36%	38%

Tirer des conclusions de 2 profils serait bien hasardeux. L'un des deux participants a pu cependant constater depuis dix ans que la forme de l'histogramme de sa clientèle reste analogue, avec une "dérive vers la droite" : l'âge moyen de sa clientèle a sensiblement augmenté.

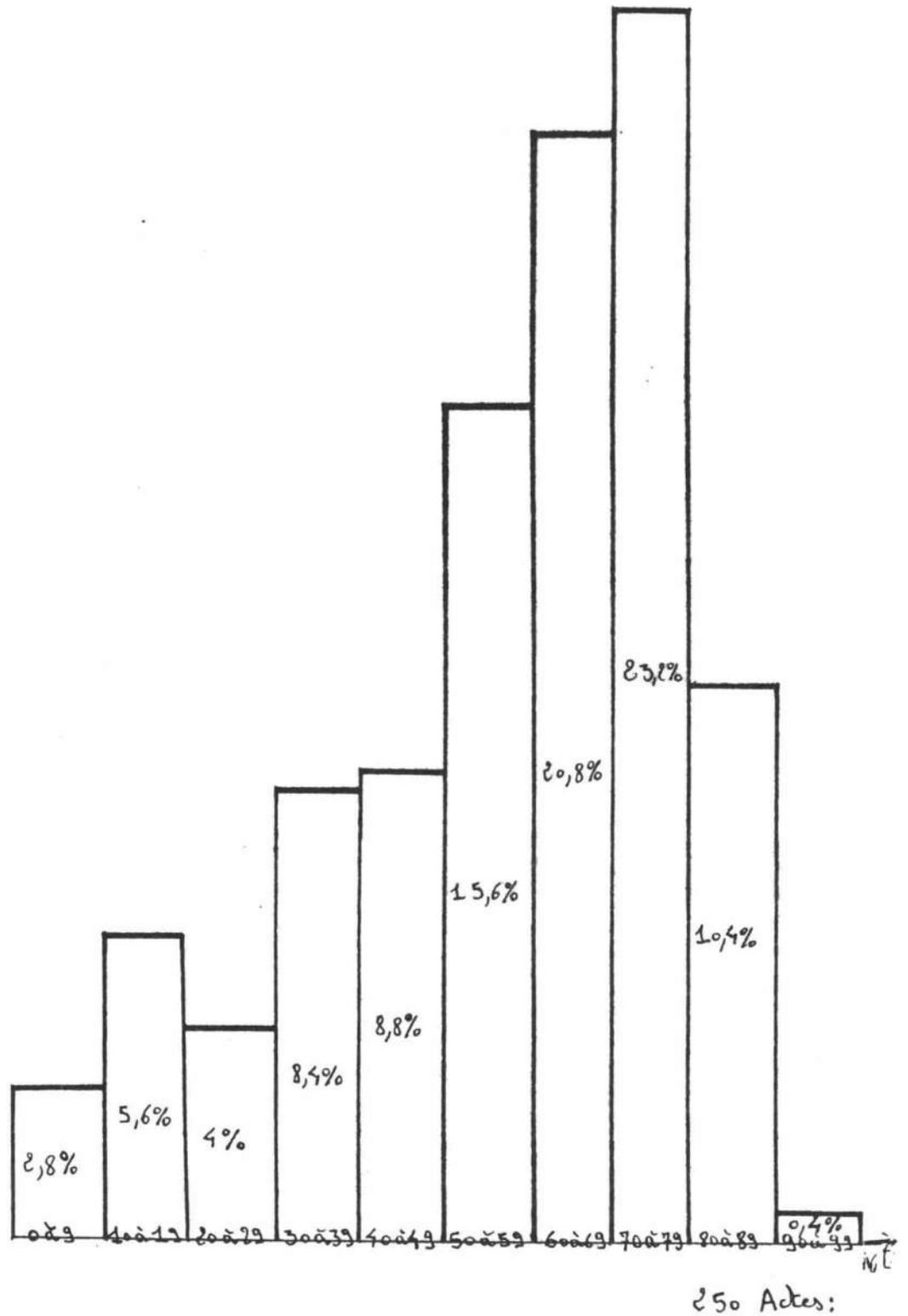
Si l'on disposait d'un nombre suffisant de ces profils pour des médecins différents (et sur plusieurs années pour le même médecin) on pourrait tenter de les comparer selon plusieurs critères :

- âge du médecin
- durée d'installation
- sexe
- type de formation hospitalo-universitaire
- type de formation psychologique
- lieu d'exercice
- consultations ouvertes et/ou rendez-vous

N.D.L.R : Cf D.SCHWARTZ et Ph.LAZAR : Eléments de statistique médicale et biologique Flammarion

.../...

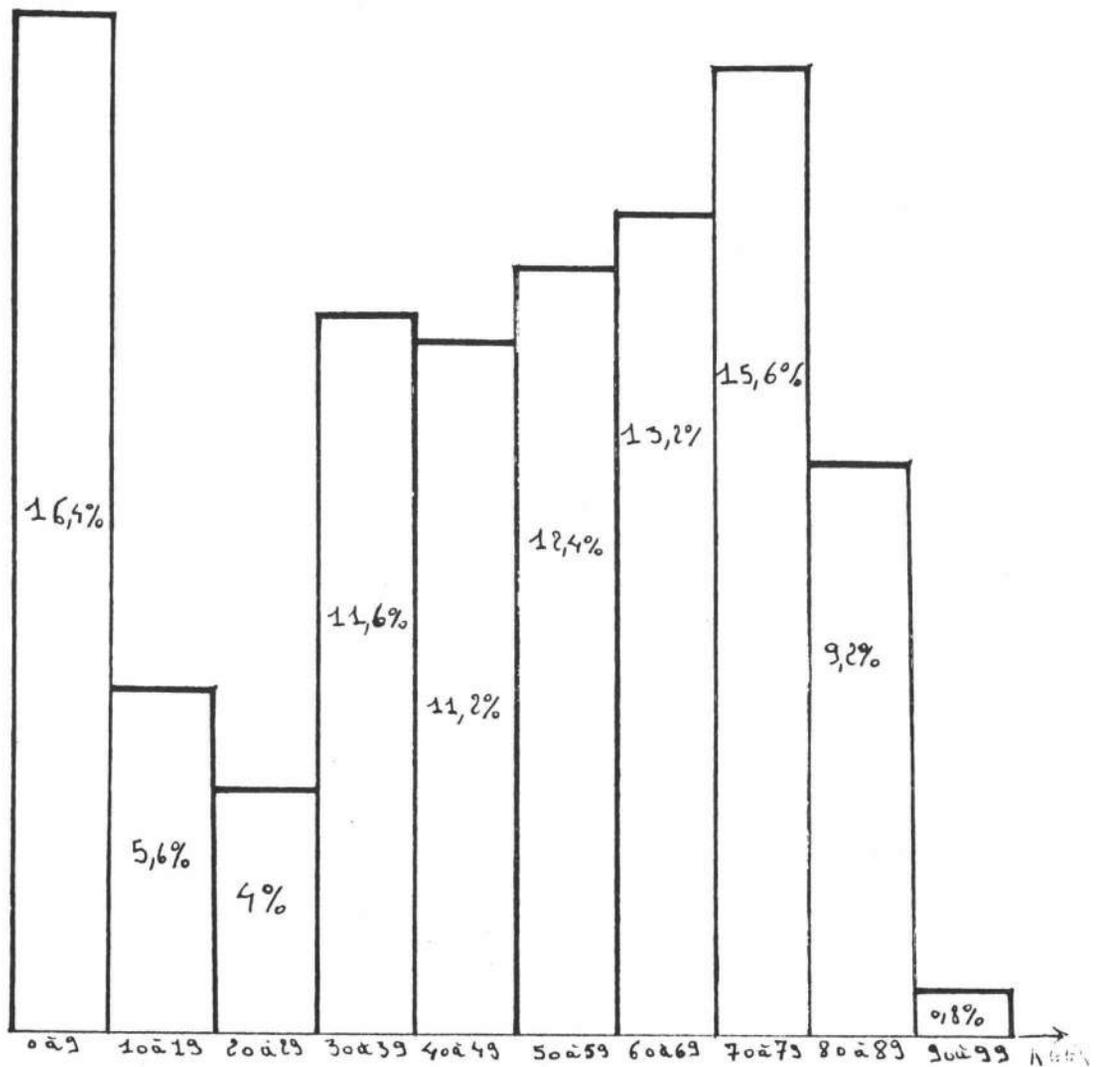
SCHEMA A



DOCTEUR A

Pourcentage par tranche d'âge

SCHEMA B



250 Actes :

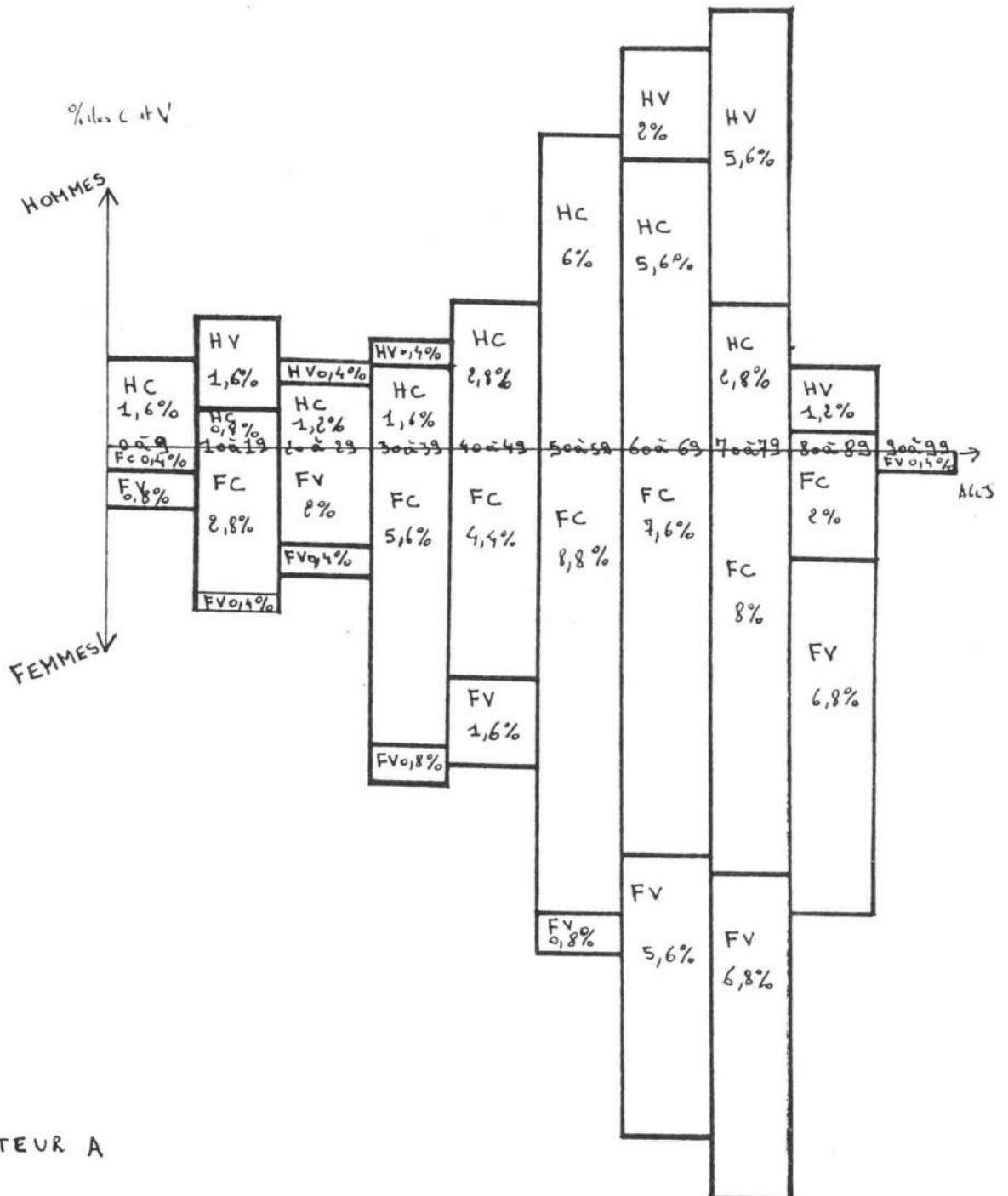
DOCTEUR B

Pourcentage par tranche d'âge

SCHEMA A'

VENTILATION HOMMES - FEMMES PAR TRANCHE

CONSULTATIONS - VISITES



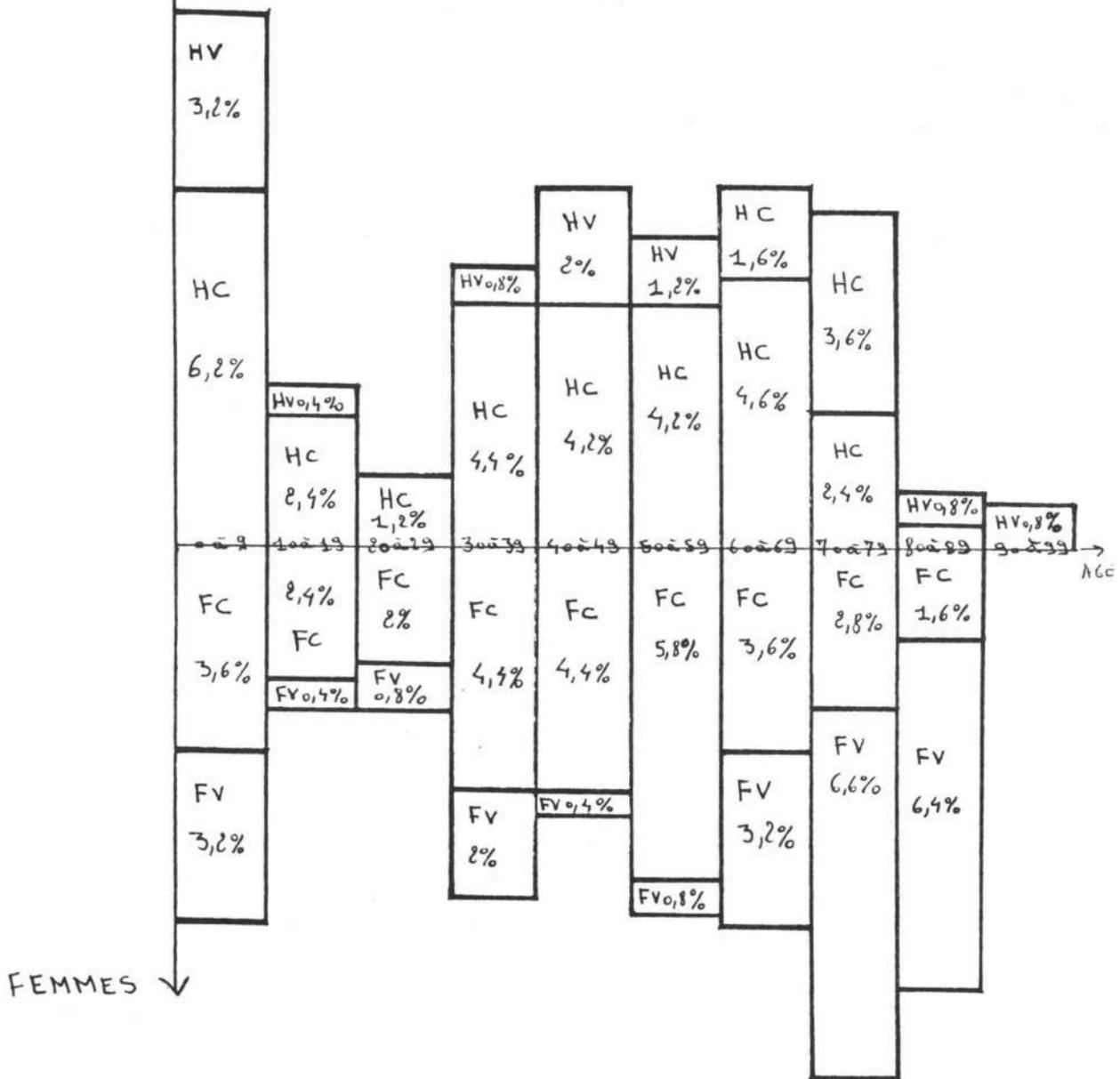
DOCTEUR A

SCHEMA B'

% des c. à des v

HOMMES ↑

VENTILATION H/F par branches
c/v



DOCTEUR B

Ici, les 2 médecins A et B sont voisins sur la plupart de ces points : seuls différent le lieu d'exercice et la pratique de rendez-vous. On peut avancer l'hypothèse que si, à l'évidence, la clientèle vieillit avec le médecin, d'autres influences s'exercent (coordonnées personnelles sans doute, lieu d'exercice et conditions d'accès au médecin certainement aussi).

Reprenons les courbes de A et B :

A a peu de problèmes de pédiatrie, beaucoup de problèmes de gériatrie, probablement du type relationnel : entretien ou soutien (selon Schneider - schéma C)
(Propédeutique d'une psychothérapie - Payot 1976)

B a plus de problèmes pédiatriques, beaucoup aussi de gériatrie, mais sa courbe est plus proche de la répartition de consultants en libéral (Inserm 1975) ce qui laisse prévoir plus de problèmes de famille.

B) Reprenons maintenant quelques considérations qui nous ont poussé à proposer ce type d'exercice.

- son extrême simplicité, réduite à l'extrême, ne demandant qu'un effort infime. On voit cependant que, même adressé à un milieu a priori réceptif, il n'a pas motivé beaucoup de participants.

- l'objectivité absolue des données qui ne prêtent à aucune contestation si les conditions de recueil sont précises (actes en série - limites des tranches). Cependant ses inconvénients sont évidents, et il était conçu surtout comme simple prise de contact et préparation à un travail de plus en plus précis

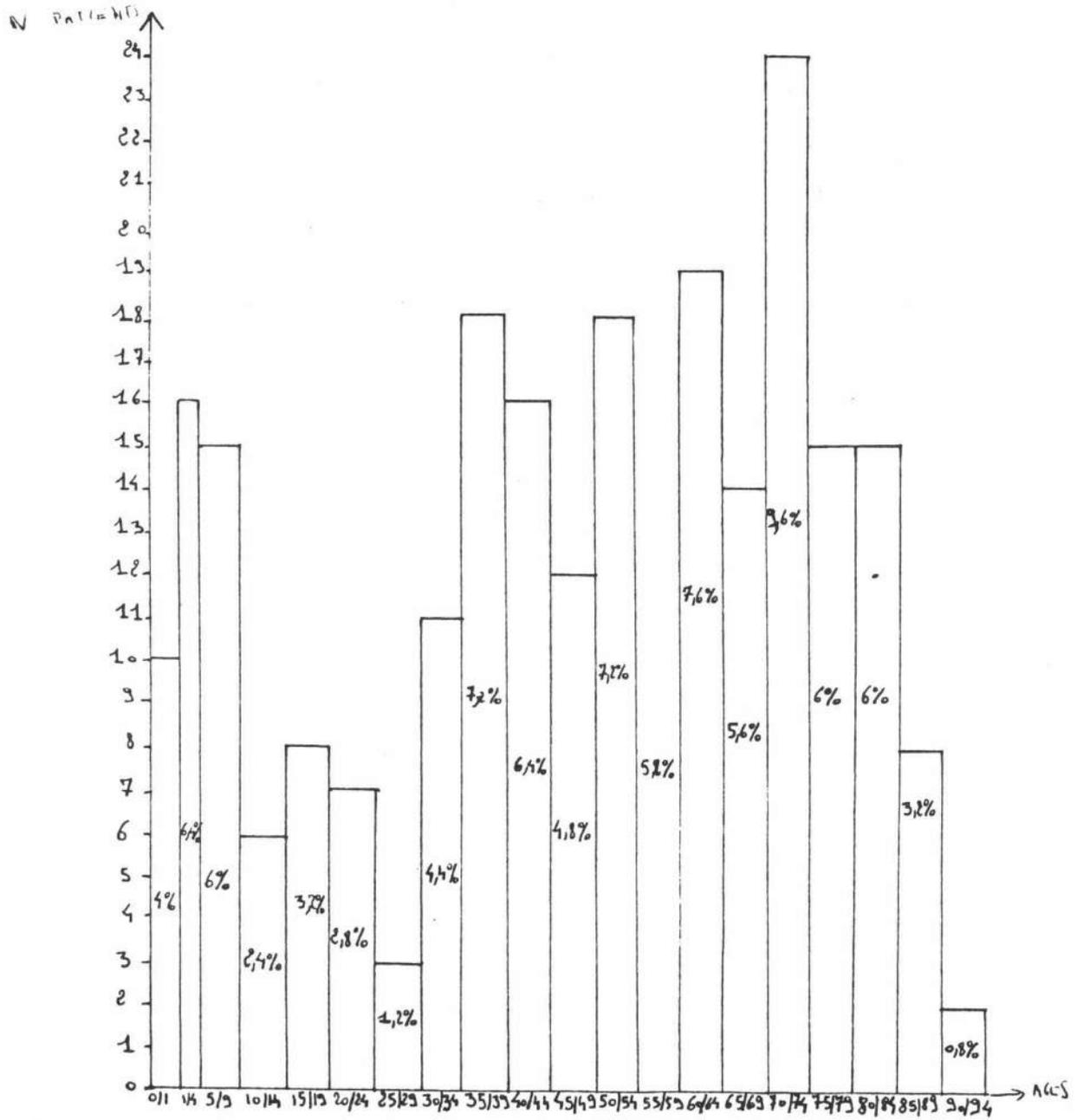
- les tranches de 10 en 10 ans sont très larges, 5 ans seraient mieux sur un effectif plus grand, et en distinguant la tranche 0/1 (nourrissons) 1 à 5 puis de 5 en 5 (Tableau B", Docteur B).

Même ces tranches seraient d'ailleurs discutables pour des cibles particulières (adolescents par exemple). Mais c'est alors tout le problème de l'échantillonnage qui est posé (voir : stratégies d'échantillonnage en Ecologie - Frontier Masson 1983).

- l'effectif proposé, 250 est facile à réaliser : environ 12 jours ouvrables pour un médecin qui pratique 20 actes par jour.

L'attention risque peu de se disperser, l'activité de soins n'est pas gênée : il se révèle en effet que participer à une étude comporte un petit risque de polarisation dans l'activité quotidienne dont il ne convient pas de risquer d'altérer la spontanéité.

250 est cependant un chiffre faible : l'intervalle de confiance d'une tranche de 10% y va de 6 à 14. Il serait de 8 à 12 pour un effectif de 1000 ce qui serait beaucoup plus acceptable pour les comparaisons (mais le temps de recueil, dans l'hypothèse précédente de 20 actes par jour, serait l'ordre de 2 mois).

SCHEMA Bⁿ

DOCTEUR B : Tranches

0/1 - 1/5 puis par 5 ans.

- au prix d'une légère augmentation du travail, on pourrait noter :

- * l'âge exact : moyennes d'âge plus sûres
- * le nom des patients : on peut repérer les actes multiples à court ou moyen terme sur le même patient : on commencera alors à apprécier le turn over de malades. On peut d'ailleurs aussi noter pour chaque patient s'il s'agit d'un acte isolé, répété à court terme, répété à long terme (à 1 mois - 3 mois, ou intervalles irréguliers).

Pendant chaque information supplémentaire à un coût de recueil, et, en l'intention de débrouillage et prise de contact, le chiffre proposé de 250 peut garder un intérêt.

C) Pourquoi avoir noté des "actes médicaux" ?

Dans un travail médical de ce type, l'unité de compte peut être l'acte, la maladie, le malade.

- la maladie est l'unité de compte habituelle de l'observation de type hospitalier

- le malade : en médecine praticienne, on s'intéresse souvent au malade comme personne, mais aussi comme vivant un parcours d'affections diverses

- l'acte médical reflète mieux l'activité quotidienne du médecin. Ici, c'est la cible.

- * si l'on considère la clientèle d'un médecin comme une urne dans laquelle on prélève les actes, alors :

il s'agit ici (les actes) d'un prélèvement sans répétition (loi hypergéométrique)

- * en réalité, le prélèvement n'est pas lié ici (actes en série) au hasard seul : il dépend aussi des "stratégies" du médecin comme du malade : un aléa de Blackwell-Kendal (voir par exemple Dupuy-ordres et désordres Seuil 1982 p.180) en quelque sorte.

Si l'on notait (comme indiqué plus haut) le type de séquence des actes pour un même malade (répété à 1m, 3m, irrégulièrement à long terme, répété à court terme, isolé) on trouverait un élément de jugement sur les stratégies médecin et malade (à confronter bien sûr à d'autres sources d'information). Dans la série proposée de 250 qui dure environ 2 semaines, n'apparaissent que les répétitions à court terme, dont on peut rechercher à quelle stratégie du médecin ou/et du malade ils appartiennent.

.../...

Pour le Dr B, 91% des patients sont vus 1 fois,
7,5% 2 fois
1,5% 3 fois.

Arrêtons là les commentaires sur le premier exercice proposé et passons au second.

2°) LA DEMARCHE DANS L'ACTE MEDICAL

Le premier exercice était, quant aux données, très simple. Ici, par contre ces données résultent d'un jugement : on entre donc dans un domaine plus complexe où la subjectivité a son mot à dire.

A) Il faut d'abord mettre en évidence quelques ELEMENTS D'ORIENTATION de la démarche

1°) Dans quel type de SEQUENCE l'acte s'inscrit-il ? S'agit-il d'un patient connu ou inconnu ? Est-il vu pour le même problème, régulièrement (à 3 mois, 1 mois) irrégulièrement à long terme, plusieurs fois à court terme ? S'agit-il d'un acte ponctuel, du fait du médecin, ou du malade qui ne revient pas ?

2°) Comment se présente la DEMANDE du malade ? Mélékian (Archives de Pédiatrie n°1/1975 p.13) analysant le "contenu des consultations de pédiatrie" distingue :
- motif principal
- motif accessoire
- motif apparu au cours de l'acte, du fait du malade ou du médecin.

3°) Quel type de RELATION médecin-malade tend à s'établir ? La classification de Schneider est ici utile (schéma C), les types les plus fréquents sont le service de réparation, le service d'entretien, la relation interpersonnelle subjective. Mais il faudrait détailler.

4°) Quels sont les AXES principaux du déroulement de l'acte ? Dans un petit texte proposé à la SFMG (Documents de recherche en Médecine Générale n°9 - SFMG), j'en retenais six principaux (Schéma D) ; certains peuvent surprendre mais le rôle me paraît important : l'axe I par exemple explicite les contraintes matérielles (gérer son temps, gagner sa vie, ordonner des dépenses) ou bien l'axe V des intervenants médicaux : plusieurs médecins soignent un même malade, comme c'est souvent le cas : eh bien, cela n'est pas toujours simple !

SCHEMA C

SCHNEIDER
PROPEDEUTIQUE D'UNE
PSYCHOTHERAPIE PAYOT
1979

- A. LA RELATION "SCIENTIFIQUE"
- B. LA RELATION DU SERVICE DE RÉPARATION
- C. LA RELATION DU SERVICE D'ENTRETIEN
OU LA RELATION "CHRONIQUE"
- D. LA RELATION DU CONSULTANT
- E. LA RELATION D'EXPERT
- F. LA RELATION D'AIDE
- G. LA RELATION PÉDAGOGIQUE
- H. LA RELATION SUGGESTIVE
- I. LA RELATION DU SOUTIEN
- J. LA RELATION INTERPERSONNELLE
SUBJECTIVE

SCHEMA D

- LES AXES -

1	CONSOMMATION Bilan	Argent Temps
2	ECHANGE Séquences	Ech. Verbaux et non Verbaux. Ech. affectifs (b).
3	DIAGNOSTIC Séquences	Code (a) Processus (b)
4	THERAPEUTIQUE Séquences	Codes (a) Processus (b)
5	INTERVENANTS MEDICAUX Configurations	Les autres intervenants médicaux
6	INTERVENANTS NATURELS Configurations	Intervenants familiaux de groupe, la société
7	?	Tout autre axe

5°) Le cours de l'acte est aussi fortement influencé par le code que l'on choisit pour repérer, analyser les faits qui se présentent à notre observation.

- La classification habituelle des maladies (code de l'OMS par exemple) sert le plus souvent de modèle. Son importance est à l'évidence fondamentale, elle doit être l'objet de nos soins les plus attentifs. Mais, outre certaines ambiguïtés taxinomiques, elle souffre, surtout pour les praticiens, de quelques défauts. En particulier, c'est une classification ex-post, qui suppose souvent le problème résolu risque de scotomiser les démarches (processus ex-per).
- La classification de Braun des "résultats de séances" est peu connue en France en dehors de la SFMG (Braun-Pratique, critique et Enseignement de la Médecine Générale - Payot - Voir aussi les Documents de Recherche de la SFMG).

La méthode d'analyse de ce généraliste autrichien si courageux et attachant a bien des vertus. il distingue en effet quatre niveaux de diagnostic : symptôme - syndrome tableau de maladie (maladie au sens scientifique). Il montre que souvent en Médecine Générale une décision valable sera prise au niveau 1 qui fonctionne alors comme véritable diagnostic. Bien sûr, cette décision n'est défendable qu'à 2 conditions : - pas d'atypie à un examen bien centré (même rapide)
- possibilité pour le malade d'un nouveau contact rapide si le besoin s'en fait sentir.

Cette attitude, qui sans précaution ni expérience serait hérétique et dangeureuse, est pourtant fondamentale : en théorie informatique c'est le problème de l'arrêt de la machine de Turing. En pratique, c'est la décision d'arrêter la démarche diagnostique pour prendre une décision thérapeutique (problème général de la décision dans l'incertain).

B) Les éléments d'orientation (et d'autres aussi sans doute) ayant été définis, on peut se rapprocher du problème posé et proposer DEUX GRAND TYPES DE DEMARCHE (classiques d'ailleurs depuis Balint). Démarche centrée sur la maladie. Démarche centrée sur le malade, plus généralement sur les sujets en interaction.

1°) DEMARCHE CENTREE SUR LA MALADIE (sur l'objet médical). C'est une "situation établie" qui suppose que médecin et malade acceptent de "jouer leur rôle". Pour des raisons multiples, cela n'est pas toujours le cas : sans entrer dans des considérations psycho-sociales complexes, il n'est que de réfléchir au problème de l'observance pour s'en apercevoir. En première approximation néanmoins, la démarche centrée sur la maladie reste très majoritaire en médecine praticienne. Quelles formes peut-elle revêtir ?

a/ ce peut être la Recherche d'une Entité Médicale répertoriée (je dirais volontiers que c'est alors une démarche aristotélicienne). C'est un problème de reconnaissance des formes qui suppose un symptôme de départ à forte valeur prédictive positive (cf LACAINÉ PM 17-1978. L'efficacité d'un examen à but diagnostique de donnée à la décision médicale) schéma E.

Exemple : une femme se plaint de douleurs surtout matinales touchant les articulations métacarpo-phalangiennes. forte probabilité de PCE à confirmer (par exemple critères de l'AMA avec exclusions).

b/ S'il existe un signe de départ précis mais plurivoque (pouvant appartenir à plusieurs, voire de nombreuses maladies) il est possible de suivre ou tenter de suivre une démarche logico-mathématique précise : la démarche algorithmique. Il s'agit d'aboutir, en un nombre fini d'étapes, à un classement complet d'un ensemble de possibles (référence simple : Lewis Papa dénitriou. Les Algorithmes - Les Progrès des Mathématiques. Pour la Science - Belin 1978).

Il est exceptionnel que la réalité mathématique s'applique avec rigueur mais les progrès de l'informatique rendent probablement ces procédures nécessaires. Dès à présent, d'ailleurs, des textes (généralement édulcorés et souffrant encore de défauts de jeunesse) existent : un tableau diagnostique des anémies a eu quelque notoriété en Normandie.

c/ si aucun signe lourd de sens ne guide la démarche, peut se trouver évoquée la procédure du Bilan (plutôt d'ailleurs du screening). En médecine générale, elle paraît rarement efficace (et relativement contraire à l'esprit de notre condition).

d/ Rappelons la "décision d'arrêter" évoquée à propos de Braun : quand la connaissance que l'on a d'un objet médical est imparfaite, mais suffisante pour permettre une décision logique.

Ces quatre types de démarches dans la recherche d'un "objet médical" peuvent paraître abstraites. On pourrait d'ailleurs en évoquer d'autres. Cependant, à qui scrute avec vigilance sa pratique, elles apparaissent très souvent, au moins à titre d'ébauches.

2°) DEMARCHE CENTREE SUR LES SUJETS permet de définir des intervenants avec entre eux une ou des INTERACTIONS

- côté médecin - Nous fonctionnons avec un savoir, des capacités techniques, une éthique qui ne sont homogènes qu'au premier regard. A chacun de nous, il serait souhaitable d'apprécier sa vocation Apostolique (une façon un peu simple de parler du contre transfert). Mais plus simplement encore :

.../...

SCHEMA E

INTERPRETATION DES SIGNES BINAIRES

	D	\bar{D}
S	a	b
\bar{S}	c	d
		-N

\underline{S} = Signe présent
 \bar{S} = Signe absent

\underline{D} = diagnostic présent
 \bar{D} = diagnostic absent

N = effectif = a + b + c

représentativité de la population N ??

$$\text{Sensibilité} = SE = \frac{a}{a+c}$$

estime la probabilité d'un signe quand la maladie est présente (fréquence du signe dans la maladie)

$$\text{Spécificité} = SE = \frac{d}{b+d}$$

estime la probabilité d'un signe quand la maladie n'existe pas (fréquence de l'absence du signe chez les sujets indemnes).

Valeur Prédictive +

$$VP + = \frac{a}{a+b}$$

+ estime la probabilité d'une maladie quand le signe est présent
 $\frac{P}{P \cup S}$
 = risque de maladie si le malade présente le signe -

Valeur Prédictive -

$$VP - = \frac{c}{c+d}$$

estime la probabilité de l'absence de maladie quand le signe est absent -
 $\frac{P}{\bar{S}}$

- l'acte nous paraît-il acceptable ? (par exemple recopier une ordonnance est-il un acte médical ?)
- quel est le degré de gravité perçue ?
- à quels niveaux sommes-nous impliqués ? Cela est encore plus important quand plusieurs médecins sont "sur le même coup".
- quel plaisir (supportable ?) ou déplaisir (insupportable?) provoque le contact avec le malade.

Ces éléments divers permettent d'évoquer une stratégie du médecin (dont des exercices numériques et des analyses de cas peuvent donner une idée précise).

- côté malade - Se sentir malade, penser que cela concerne un professionnel, contacter celui-ci, suivre plus ou moins ses conseils, voilà des étapes où des positions différentes sont possibles. Quels sont les paradigmes sur lesquels fonctionne le malade, par rapport à la maladie et au médecin ?

Il peut considérer la maladie comme une malchance, une injustice ou comme la conséquence d'une faute, ou de la malignité d'autrui. Il peut l'exhiber comme une carte de visite, l'utiliser pour faire pression, penser que c'est la seule manière d'affirmer son identité, la ressentir comme ouvrant des droits. On peut être terrorisé en sa présence ou à sa seule idée, la nier, la cacher ou du moins en cacher certaines parties qu'on pense inavouables, ou au contraire jouir quelque part de son malheur ; on peut continuer de vivre malgré la maladie.

Avec le médecin, le malade peut adopter des attitudes bien différentes : le considérer comme participant avec lui à un cérémonial mythique (la présentation du nouveau-né ; le messager de la mort). Il peut s'en servir comme d'un élément naturel qui le soutient sans que soit nécessaire la reconnaissance (Balint, parlant du défaut fondamental, dit : comme l'eau soutient le nageur). Souvent, il le prend pour un technicien : leur rapport, légiféré par contrat, est un service de réparation ou d'entretien. Parfois, encore, il le ressent comme un objet plutôt mauvais et dangereux qu'on ne peut manipuler pour l'amener à ses vues.

Il arrive enfin qu'il le considère comme une personne entière, un témoin favorable mais bien distinct de lui, qui lui sert de repère pour l'aider à démêler les imbroglios de sa vie interne et du fonctionnement de son corps, si du moins le médecin consent à être utilisé sans être manipulé.

Cette rencontre qu'est l'acte médical va donc se dérouler suivant PLUSIEURS SCENARIOS D'INTERACTION. Citons TROIS des plus fréquents :

I) Le malade joue un rôle. Il présente au médecin un symptôme physique qui sera traité comme tel. Le médecin, dans les limites de la déontologie sociale, est porteur du savoir comme un pouvoir. C'est la Délégation. Du point de vue structure linguistique d'échange, un monologue.

II) Le malade a une certaine idée de ses troubles (maladie autogène). Le médecin a la sienne différente : maladie iatrogène (au sens de Balint). On va négocier pour trouver une attitude commune. Cette négociation utilise un outil linguistique de genre Débat ou Controverse. Des dérives de type manipulatoire sont possibles.

III) On cherche à s'identifier comme acteurs, à comprendre ce que l'on peut faire ensemble. C'est un scénario de Reconnaissance, réciproque sur les personnes et qui tente de définir un objet de travail en commun ; on utilise alors préférentiellement le dialogue différentiel (schéma F).

Toutes ces considérations sur la structure de l'acte sont de simples indications pour lancer un possible débat entre praticiens. Elles sont d'ailleurs trop simples pour les cas fréquents où les intervenants sont multiples (famille-plusieurs médecins).

C) LA METAPHORE DU LABYRINTHE

On pourrait tenter de résumer l'acte médical par une métaphore, celle du labyrinthe (oui, celui de la mythologie grecque).

La maladie c'est le Minotaure.

Thésée, c'est le médecin.

Ariane le malade.

Thésée et Ariane se rencontrent, se reconnaissent dans leurs rôles, décident de pénétrer, si possible en accord, dans une des entrées, qu'il aura fallu percevoir. Si l'on est dans un cul de sac, l'identifier pour ne pas tourner en rond (algorithme du retour en arrière, retour en arrière à deux, autant que possible).

Déceler le Minotaure, l'attaquer s'il est réel. Comprendre, s'il y a lieu, qu'il ne s'agissait que d'un épouvantail fantasmique. S'en accommoder si une autre attitude n'est possible.

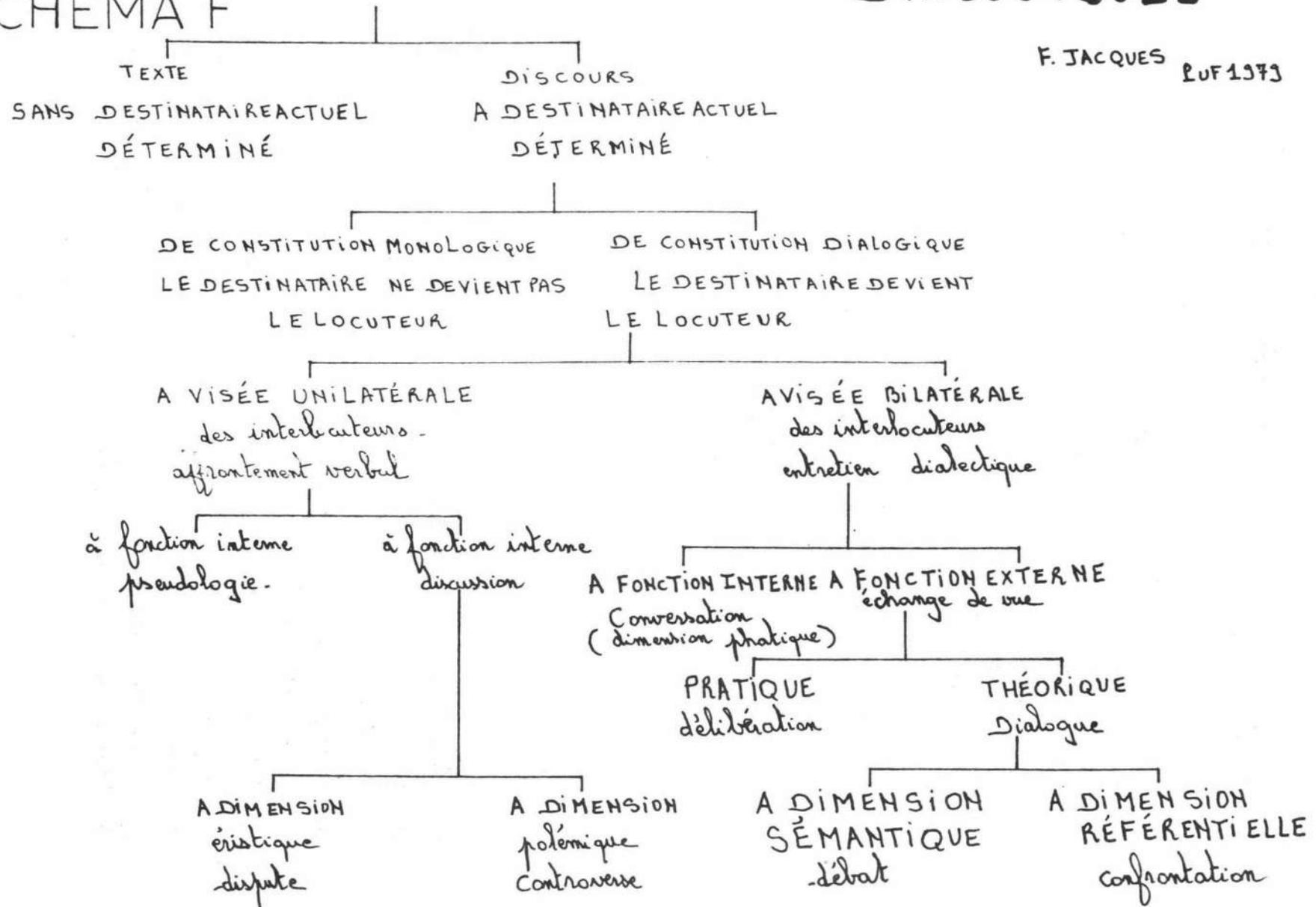
Vous pardonneriez, j'espère, la maladresse du petit dessin (schéma G) qui cherche à illustrer cette métaphore.

Merci de m'avoir lu, c'était un peu long, mais trop court encore pour un sujet si attachant.

SCHEMA F

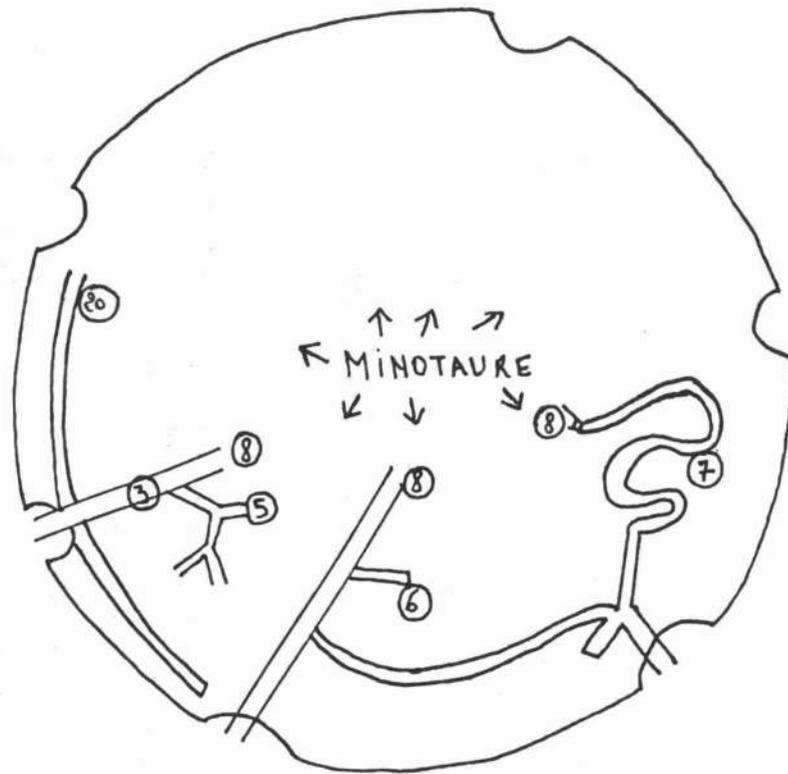
DIALOGIQUES

F. JACQUES LUF 1973



LE LABYRINTHE

SCHEMA G



THESEE



①

ARIANE



- ① Place de la rencontre
- ② Bd périphérique des brans
- ③ Bd des Algorithmes
- ④ Avenue de la reconnaissance
(des formes de l'objet médical)
- ⑤ Cul desac du malade oublié
- ⑥ Impasse du médecin seul
- ⑦ Sentiers de la relation Interper-
sonnelle subjective.
- ⑧ Places du champ de Bataille -

- I/ Se voir
- II/ SE RECONNAITRE
- III/ ENTRER, A DEUX DANS
UN AXE DE TRAVAIL VERS
LE MINOTAURE
- IV SI CUL DESAC POUVOIR
REVENIR EN ARRIÈRE
A DEUX SANS TOURNER EN
ROND (algorithmes du labyrinthe
Thalotendrot) -
- V DECELER LE MINOTAURE
SANATURE (TUEUR, GENEUR
SIMPLE EPOUVANTAIL)
- VI LUTTER

TABLEAU I

1/CONSOMMATION BILAN	ARGENT TEMPS
2/ECHANGES SEQUENCES	ECHANGES VERBAUX ET NON VERBAUX(a) ECHANGES AFFECTIFS (b)
3/DIAGNOSTIC SEQUENCES	CODES (a) PROCEDURES (b)
4/THERAPEUTIQUE SEQUENCES	CODES (a) PROCEDURES (b)
5/INTERVENANTS MEDICAUX CONFIGURATIONS	LES AUTRES INTERVENANTS MEDICAUX
6/INTERVENANTS NATURELS CONFIGURATIONS	FAMILLE / GROUPES / SOCIÉTÉ
7/TOUT AUTRE AXE	

LES AXES

THESEE MEDECIN

Thésée ? ... Mais oui vous connaissez. En prenant quelque liberté avec le mythe (ce serait une autre histoire d'en faire une analyse ethno-littéraire) voici le scénario :

Le héros Thésée osa entrer dans le labyrinthe pour attaquer le Minotaure qui répandait la terreur. Mais seul le fil que lui fournit Ariane lui permit de s'y retrouver, dans ce labyrinthe, et de mener l'entreprise à succès.

Dans la version médicale que je propose, voici la distribution : thésée, c'est le médecin. Ariane le malade - la maladie c'est le Minotaure. Le Labyrinthe, c'est la prise en charge médicale. Celle-ci a plusieurs entrées, autant que d'axes ici indiqués.

Tableau I

Une différence entre la réalité et le mythe : le malade entre avec le médecin dans le labyrinthe, et son rôle dans l'éradication de la maladie, le minotaure est fondamental ; il est le premier concerné. Le mythe donnait à Thésée le beau rôle : c'est encore vrai du médecin dans la mythologie médicale dominante.

Mais tentons de suivre la démarche étape par étape

Tableau II

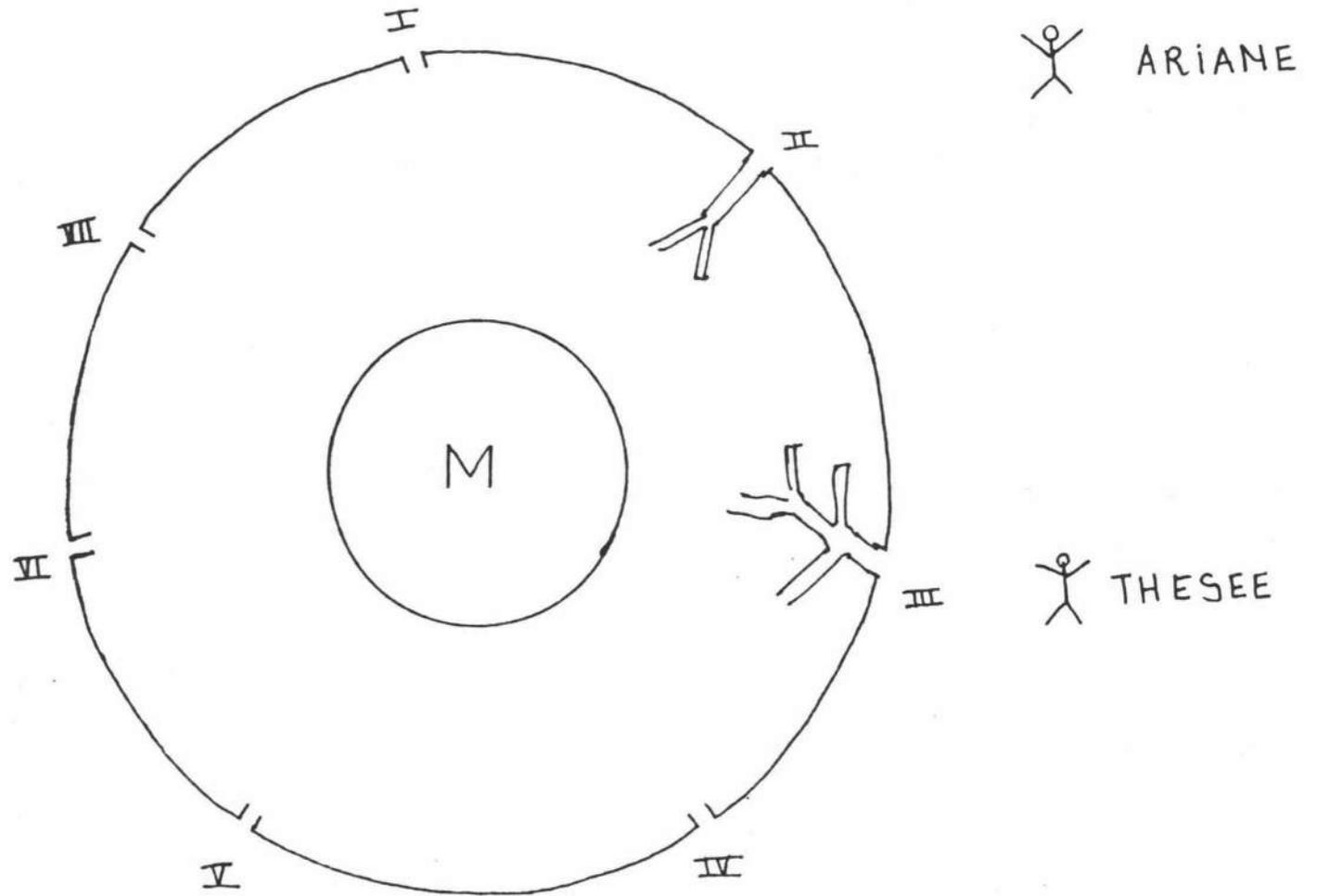
1) A l'orée du labyrinthe, malade et médecin se rencontrent. il doit s'établir une reconnaissance (au sens perceptif du terme) des 2 partenaires, et se développer une atmosphère thérapeutique, un espace vivable où un projet s'établit, à deux, de définir et d'attaquer une difficulté (la maladie). Cela peut être évident, découlant des rites de contacts. Ce peut l'être beaucoup moins, nécessitant une élaboration primaire.

Cas n°I : Marianne, 19 ans, entre à demi-ivre dans le cabinet en fin de consultation. Le médecin la reconnaît : une dizaine d'années auparavant il avait soigné sa soeur pour une épilepsie à type de petit mal dans leur famille nourricière (elles sont "de l'assistance"). Très vite, Marianne éclate, hurle sa haine de la société, ses aventures avec la drogue et les partenaires sexuels, s'agite, vomit. Le médecin tolère pendant plus d'une heure ces débordements, aidé sans doute par le souvenir de la petite fille qu'il avait connue.

.../...

TABLEAU II

LE LABYRINTHE



DU GREC LABURINTHOS
PALAIS DES HACHES

"UN PAYS DONT ON N'A PAS LA CARTE"

Puis, lentement, les choses se calment : toujours chat écorché, Marianne accepte qu'on lui parle un peu, qu'on se rapproche ; et elle parle. Points positifs, elle a continué ses études et aime déjà son futur métier. Elle pourra revenir si elle le veut. Elle revient, à quelques reprises, (sur la défensive et parfois agressive, mais toujours aussi sincère). Le début de l'activité professionnelle, peut-être l'aide du médecin paraissent l'avoir orienté sur des voies moins dangereuses.

Cas n°II : Michel, 20 ans, est un jeune diabétique insulino-dépendant. Il consulte pour la 1e fois le médecin : son état est pitoyable : couvert de furoncles, sans argent, corps cotonique + dans les urines mais pas de signe clinique d'acidocétose ; situation psycho-familiale difficile. Ne veut pas accepter d'aller à l'hôpital qu'il a connu plusieurs fois et dont il redoute l'atmosphère. Conseils sur l'insulinothérapie en cours, des antibiotiques et désinfectants sont donnés (échantillons), long échange sur ses problèmes. Au moindre pépin, il prévient le médecin. Consultation gratuite. Depuis 5 ans, Michel revient de temps en temps, revoit le praticien, pourtant un peu distant géographiquement. Situation physique satisfaisante. Parcours de vie difficile mais plutôt favorable. Les contacts sont toujours pleins de sens. Seule la 1e consultation a été gratuite.

Cette phase précoce, même si sa durée est brève, prépare succès ou difficultés pour les suivantes.

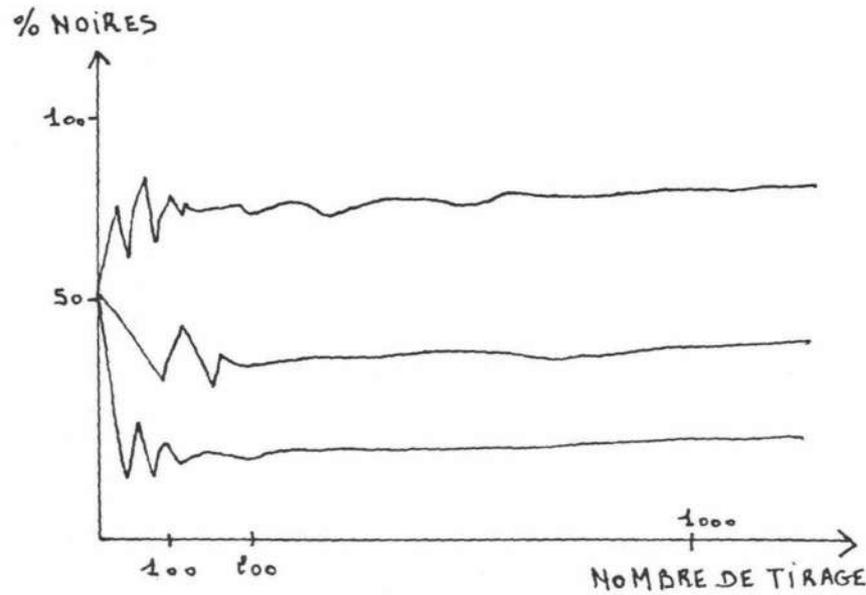
2) Percevoir les entrées du labyrinthe. Une attitude fréquente est liée à une limitation perceptive : on ne voit qu'une seule entrée, celle du diagnostic. Les autres ont cependant leur importance mais seule la formation du médecin pourra l'aider à les dégager.

Cas n°III Michèle, cette éducatrice de 40 ans, entre dans le cabinet et dit : voulez-vous me donner des somnifères, j'en ai besoin. Un peu irrité par ce langage brutal et faussement objectif, le médecin perçoit cependant l'angoisse sous-jacente : il peut bien sûr prescrire des somnifères. "Mais pourquoi ne pas profiter de l'occasion, puisque nous sommes ensemble, pour parler de tout cela". Avec soulagement, la patiente parle longuement en effet.

TABEAU III

Une urne : 1 boule noire + 1 blanche -

TIRAGE: remettre 2 boules de la couleur tirée
réitérer



Valeur singulière à l'expérience en cours stable

**L'URNE DE
BLACKWELL KENDALL
INFLUENCE DES
PREMIERS TIRA-
GES**

= système stable - (aléatoire)

Ref: DUPUY - ORDRES ET DÉSORDRES

Peu après, au 4e ou 5e entretien, on indique à la patiente que la consultation touche à sa fin (il y a plus de 30 mn qu'on parle). C'est vrai dit-elle "c'est l'heure de votre diner. D'ailleurs une conversation comme la nôtre, ça a son maximum, son meilleur moment. Après ce ne seraient que des redites". Elle règle ses honoraires, on se quitte sans qu'elle n'ait besoin d'en dire plus. 2 ou 3 consultations ultérieures espacées, presque pour le plaisir de parler car, il n'y a plus d'insomnie ni en fait d'autre demande.

Dans ces 2 étapes déjà le rôle du patient est aussi important que celui du médecin.

3) Le choix d'une entrée est une décision importante, elle oriente la suite des événements comme, dans l'urne de Blackwell et Kendall, le 1e tirage.

Tableaux III et III'

Mais des considérations plus sérieuses sur la stabilité ou l'instabilité des processus nous entraineraient trop loin. Trop loin pour mes capacités en tout cas. On peut simplement remarquer que dans la démarche du labyrinthe, certains lieux fonctionnent comme attracteurs, type Blackwell-Kendall, d'autres ont une stabilité faible (voisinages nosologiques par exemple) type Feigbaum-

4) Une entrée choisie, Ariane y accompagne le médecin et prend part aux décisions aux différents carrefours. C'est net dans certains cas.

Cas n°IV : Colette, femme de 53 ans, connue de longue date qui a présenté :

- * une tuberculose pulmonaire
- * une adénome thyroïdien bénin ayant entraîné une lobectomie ; une petite tuméfaction du lobe restant, surveillée en milieu spécialisé, est considéré comme une thyroïdite, et paraît résolutive
- * Des traits dépressifs anciens, secondaires à des soucis professionnels et familiaux, peut-être aussi au célibat. Ils ont été améliorés par un traitement anti-dépresseur, et donnent lieu à échanges très ouverts.

TABLEAU III'

LA BIFURCATION DE FEIGENBAUM

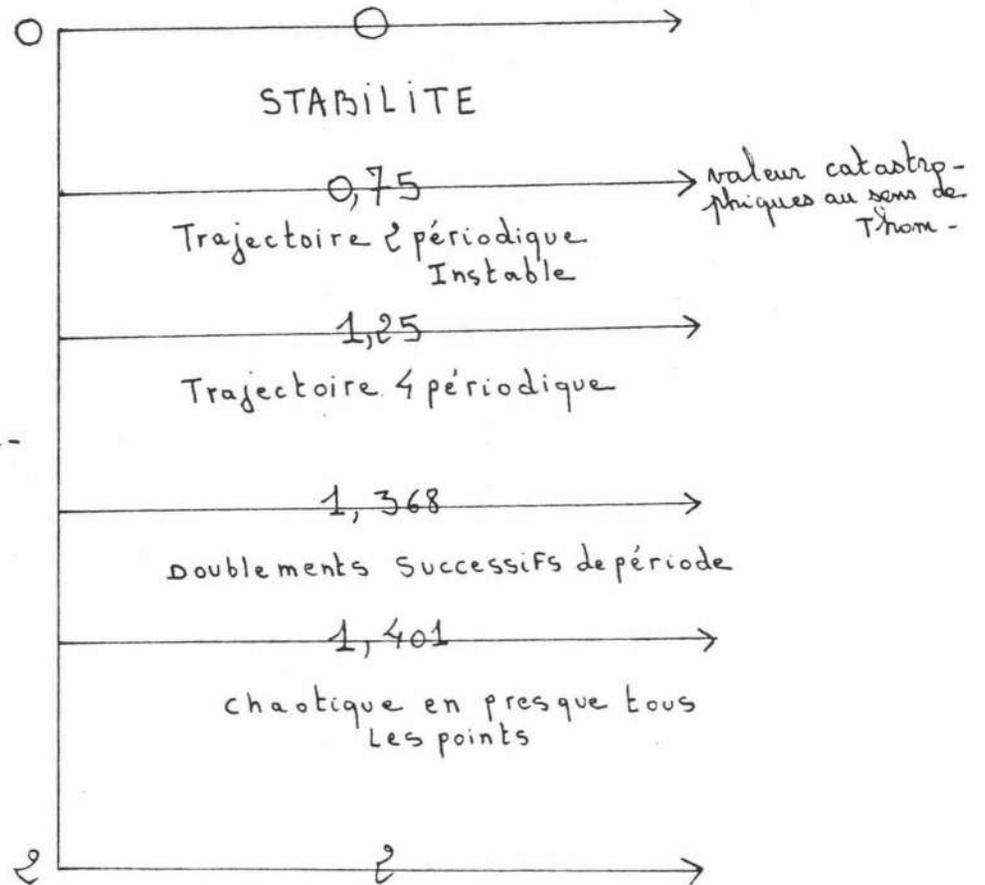
$$\lim_{n \rightarrow \infty} x_n$$

avec

$$x_n = 1 - \mu x_{n-1}^2$$

x dans l'intervalle fermé $-1+1$
 μ paramètre compris entre 0 et 2-

Système Instable pour partie.
 Déterminée - Incalculable pour partie -



Réf: Ivat B Kelant -
 Le calcul - L' Imprévu -

Au cours d'une visite, plainte nouvelle : une fatigue, relativement récente, de tonalité différente du vécu déjà ancien. Modérée, certes (le travail est continué) mais indiscutable, bien analysée en commun : elle est considérée comme signe de souffrance organique, et 3 examens complémentaires sont demandés : VS et stéroïdes urinaires sont normaux, mais la calcémie est élevée, confirmée 2 fois sur quelques semaines avec hypophosphorémie. Le syndrome hypercalcémique évoqué, ce symptôme isolé mais authentique qu'était la fatigue, oriente naturellement sur une hyperparathyroïdie. La malade est confiée en milieu spécialisé : ablation d'un gros adénome parathyroïdien gauche. Normalisation sur la calcémie, disparition de la fatigue. Les traits dépressifs ne sont pas modifiés sensiblement, un traitement anti-dépresseur occasionnel les améliore.

Cas n°V : Odette, 61 ans est suivie pour diabète insulino-dépendant. Traits dépressifs sur structure phobico-obsessionnelle. Cardiopathie bivalvulaire sans conséquence hémodynamique. La patiente est suivie très régulièrement en milieu spécialisé. Le praticien est un jour frappé par l'aspect fatigué et frileux de la patiente, par sa pâleur. Tous troubles relativement récents, modérés mais que la sincérité de la patiente permet d'authentifier malgré le rythme cardiaque encore rapide, les mains plutôt moites et l'absence de prise en compte de ces plaintes dans une consultation spécialisée toute récente. Les dosages confirment le myxoédème périphérique ainsi que la réaction rapide à la thyroxine prescrite.

5) Sur cette voie choisie de longues allées peuvent se présenter, bien dégagées : algorithmes ou fragments d'algorithmes, bilans partiels. Les notions d'algorithme, de bilan pourraient faire l'objet de description approfondie mais cela nous engagerait trop loin pour l'instant. Ces avenues bien dégagées, parcourues en commun ont dans ces circonstances plus de chances de déboucher sur un résultat diagnostique et thérapeutique positif.

.../...

Mais il existe aussi des allées courtes ; une très solide formation clinique, un examen dégagant des signes cliniques indiscutables, le recours immédiat à la documentation, une certaine aisance dans la relation où on accepte l'alliance du malade, tout cela peut contribuer à des circuits courts et performants.

6) Si l'on s'aperçoit qu'on est dans une voie en cul de sac, il faut pouvoir revenir en arrière. Les mathématiciens et informaticiens s'intéressent à ce type de situation. Mais dans notre version médicale, ce retour en arrière n'est pas toujours facile, et doit être de préférence parcouru à deux.

Citons quelques unes de ces situations de retour en arrière :

- la maladie était un leurre, le minotaure un mythe
- la maladie est vaincue. Comment revenir à la santé au sens actif ?
- la voie n'est pas positive. Pour éviter qu'on tourne ensemble en rond, où qu'on se sépare avec fracas en plein milieu du labyrinthe, il faut une voie de retour pour pouvoir trouver une autre entrée plus prometteuse.

Le médecin doit donc, dans ce labyrinthe, se souvenir des voies où il est déjà passé, et ne pas avoir trop fait de dégâts à l'aller pour permettre un retour en arrière si nécessaire (nous ne sommes ni chirurgiens ni psychanalystes).

je ne veux pas vous importuner plus ; ce discours sur le labyrinthe ne doit pas tourner au cauchemar ou à la science fiction.

Quelques mots cependant sur les codes et les procédures car c'est de cela qu'il s'agit.

Tout part bien sûr des rapports entre les choses et les mots. Foucault, Bateson entre autres ont écrit des pages intelligentes là dessus. Mais restons entre médecins.

Percevoir un objet d'étude, le désigner d'un nom ; ranger, compter, examiner ceux-ci, les images langagières des choses, pour décider d'une action thérapeutique en utilisant le Thésaurus médical, voici notre travail, pour une grande part du moins.

On utilise donc des boites pour ranger les noms d'objets, ce sont les codes. On peut les y ranger de nombreuses façons (ce sont, au sens strict, les diverses statistiques sur ces N objets).

DES MOTS ET DES CHOSES

1/ **Percevoir**

(Instrument perceptif
attention -

2/ **Nommer**

Système Linguistique
Technique/profane

3/ **Organiser**
classer
Dénombrer

Le plus que lexical
La Fonction partition -

4/ **Décider**

Décisions dans l'Incertain

		DES TIROIRS	
		distincts	Indistincts
DES OBJETS	distincts	Les applications cas Particulier L'Injection	Les Partitions (Sans tiroir vide)
	Indistincts	Les statistiques	Les répartitions

RÉF:
Rosenstiel
Mothes -

Tableau IV

Appelons par contre processus les méthodes générales, les procédures (s'enchainant les unes avec les autres) qui permettent de définir les objets et de leur donner un nom.

Les problèmes de codage, si importants soient-ils, supposent donc des étapes préalables de préférence pas trop implicites.

C'est de ces étapes préalables qu'il s'agissait surtout dans cette histoire de labyrinthe.

Jacques BERTRAND

AUX LECTEURS
DES "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE "

Certains d'entre vous ont déjà accepté de participer aux frais de notre publication, par un abonnement annuel ; d'autres la reçoivent gracieusement.

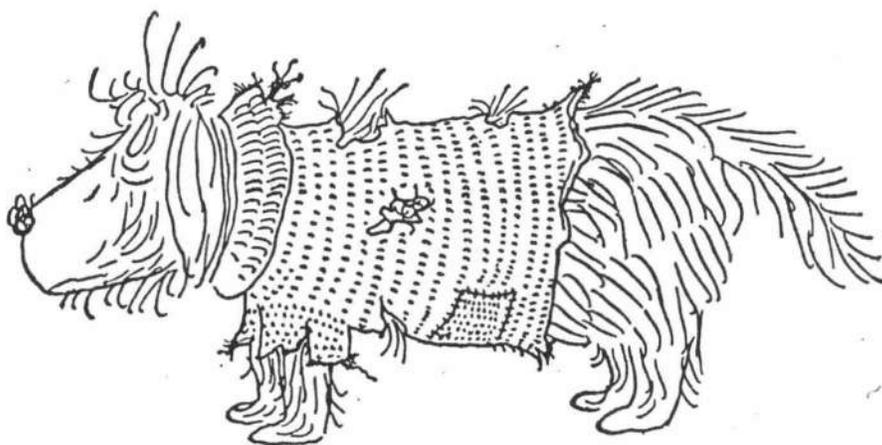
Il est vrai que la plus grande part des frais est assumée par une aide que nous apporte généreusement le Laboratoire ROUSSEL. Restent les frais de frappe; de préparation et de correspondance, qui incombent naturellement à notre Société.

Vous savez nos difficultés budgétaires et que celles-ci vont, malgré les solutions provisoirement trouvées, se développer proportionnellement à l'extension même de nos travaux et de nos responsabilités, comme dans toute institution de recherche.

Nous vous demandons donc de penser à nous aider régulièrement, soit :

- 1/ en nous adressant un abonnement annuel de : 70 Frs
- 2/ en contribuant plus activement encore à l'action de la Société Française de Médecine Générale, par une des modalités d'adhésion ci-dessous :
 - membre associé..... 500 Frs
(tout médecin généraliste désirant, par sa contribution, favoriser l'action de la S.F.M.G.)
 - membre donateur Montant à votre convenance
(personne physique ou morale, publique ou privée, de statut professionnel autre que de médecine générale)

N.B. Les membres associés peuvent demander la titularisation au vu de leur participation à nos travaux.



Dominique Poïvet est psychiatre psychanalyste, animateur de groupes Balint. Plus particulièrement intéressé par les problèmes de linguistique et d'anthropologie, il est notre partenaire dans plusieurs de nos groupes de recherche en médecine générale.

C'est à ce titre qu'il participe à l'étude de la logique de la prescription/non prescription médicamenteuse en médecine générale que nous avons commencée en 1982 et que nous développons grâce à une aide du Syndicat national de l'Industrie Pharmaceutique. Il s'agit d'un travail difficile, ambitieux qui implique l'usage de plusieurs méthodes différentes appliquées à des objectifs complémentaires.

Le secteur dévolu à Dominique Poïvet est double :

- observer les praticiens dans leurs efforts de recherche sur leur propre pratique*
- étudier par des méthodes issues de l'analyse du discours les données collectées dans un des instruments d'observation construits par le groupe au départ du travail, dans le but de recenser les données observables dans cent consultations et prescriptions qui représentent le matériel de base dont l'étude se poursuit depuis maintenant trois ans.*

L'outil d'observation dont les données sont étudiées dans le texte ci-après, est ce que nous avons convenu d'appeler "la lettre au spécialiste".

Il s'agit d'une lettre au groupe considéré dans sa fonction de spécialiste consultant.

L'objet de cette lettre est d'expliquer au groupe, ce qui, dans l'histoire de chaque prescription rapportée, aurait pu échapper aux autres instruments de recueil des données et tout spécialement au questionnaire "ad hoc" qui avait été construit par le groupe au départ de l'étude dans des conditions visant à permettre l'expression fidèle du langage vernaculaire et des pratiques propres aux médecins généralistes.

Le groupe multidisciplinaire en charge de l'étude dont le texte ci-après représente un premier rapport partiel, est constitué comme suit :

- O. ROSOWSKY: Généraliste (Responsable de l'étude) ;*
- J. de COULIBOEUF : généraliste ; J.L GALLAIS : généraliste ;*
- J. GOEDERT . généraliste ; G.VERY . généraliste ;*
- J.M ABRAMOWITCH : sociologue ; D.POIVET : psychiatre psychanalyste*

C'est au Dr Henri DESARMENIEN qui fut Directeur Général du S.N.I.P jusqu'en 1984 que nous devons de pouvoir mener cette recherche. Il est de cette poignée d'hommes et de femmes sans le mécénat desquels rien de ce que nous accomplissons ne pourrait se faire. Qu'il en soit ici publiquement remercié.