



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 janvier 2024 à Poitiers par
Moussa BELGSIR

**Les événements de vie :
expérience d'un recueil systématique
par la question des 3 faits biographiques**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre CORBI

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Professeur associé
Madame la Docteur Virginie MARTIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 janvier 2024 à Poitiers par
Moussa BELGSIR

**Les événements de vie :
expérience d'un recueil systématique
par la question des 3 faits biographiques**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre CORBI

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Professeur associé
Madame la Docteur Virginie MARTIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeuses émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guyène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (retraite au 01/12/2023)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, directeur du C.F.U.O.
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre CORBI,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites en présidant ce jury.

A Monsieur le Docteur ARCHAMBAULT, professeur associé,

Mes sincères remerciements pour votre participation au jury et l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Virginie MARTIN,

Merci infiniment pour ta présence dans ce jury. Je suis heureux d'avoir appris la médecine générale à tes côtés durant mon externat, ainsi que lors de mes première et dernière années d'internat.

A Olivier KANDEL,

Mes remerciements les plus chaleureux pour avoir dirigé ma thèse en me proposant un sujet qui te tient à cœur. Merci pour ton accompagnement exceptionnel et ta disponibilité. Merci de m'avoir fait une place dans ton cabinet, tu as impacté ma vision de la médecine générale.

A Julie CHOUILLY,

Merci pour ta relecture.

A l'équipe médicale des trois quartiers,

Un grand merci Aurélie pour ta contribution à cette thèse, je suis heureux de pouvoir débiter à tes côtés dans cette aventure médicale. Merci à Cindy pour ta bonne humeur contagieuse.

A Monsieur le Docteur Jean GAUTIER,

Maître de stage pendant un an, je vous exprime ma gratitude pour m'avoir montré ce qu'est la médecine générale.

A Guy AUREGAN,

Merci pour ton soutien indéfectible depuis ma seconde générale jusqu'à aujourd'hui. La transmission de ta passion du sommeil a été inestimable.

A mes parents, Céline, Mustapha, ma sœur Nina et Christophe,

Merci pour votre amour et votre soutien constant.

A ma belle-famille,

Merci tout simplement.

A mes amis du milieu médical et d'ailleurs,

Un grand merci pour tous les moments partagés, que ce soit en cabinet, au CHU, à la Faculté, en salle de répétition, en concert, en voyage, chez nous ou au bar à vin.

A Anne-Louise,

Merci pour ton amour et tes encouragements quotidiens. Merci de partager ma vie.

Et pour ta relecture, à nouveau merci !

A Xavier,

Sans toi, je ne serais pas médecin tout simplement, merci. Notre amitié et notre camaraderie pendant ces dix années d'études resteront des souvenirs inoubliables. Je propose que nous restions amis pendant encore quelques années.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. MATÉRIEL & MÉTHODE	3
2.1 ÉTUDE RETROSPECTIVE	3
2.2 ÉTUDE PROSPECTIVE	4
3. RÉSULTATS.....	5
3.1 ANALYSE RETROSPECTIVE	5
3.2 ANALYSE PROSPECTIVE	9
4. DISCUSSION	10
5. CONCLUSION	13
ENCADRE POUR LA PRATIQUE.....	15
6. LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	16
7. ANNEXES	17
1.1 ANNEXE N°1 : A PROPOS DES ÉVÈNEMENTS DE VIE.....	17
1.1.1 Définitions évènement de vie et habitus.....	17
1.1.2 Relation entre évènement de vie et maladie	18
1.1.3 Place des évènements de vie en soins primaires	19
1.1.4 Réflexion d'ordre éthique.....	20
1.2 ANNEXE N°2 : LA LISTE DES EVÈNEMENTS DE VIE DE L'ÉTUDE DEL MARMOL	21
8. ABSTRACT	23
9. SERMENT	24
10. RÉSUMÉ	25

1. INTRODUCTION

Une des caractéristiques fondamentales de l'exercice de la médecine générale est la continuité des soins qui inscrit la relation médecin patient dans le temps [1]. Cette relation prolongée, centrée sur la personne, a la particularité de donner au praticien une connaissance intime de l'histoire de son patient [2]. Balint parle même « d'offrande faite » au soignant à propos des petits et des grands évènements que lui évoque le patient [3].

Plus ou moins récents, ces évènements peuvent entraîner des conséquences parfois inattendues sur son état de santé, ou être nécessaires à son suivi. Interagissant dans un modèle holistique, le médecin généraliste se doit de prendre en compte ces éléments biographiques, car ce qui importe est la personne malade plus que la maladie elle-même [4], sans compter que les étiologies psychosomatiques représenteraient plus de 30 % des troubles de santé [5].

Demander les faits biographiques du patient éviterait bien des errements délétères d'autant qu'il est toujours surprenant de constater que la résistance à en parler vient plus du médecin que du patient [6]. Il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin de ne pas s'enquérir des fameux « ACTD » (antécédents) médicaux, biomédicaux, chirurgicaux et même familiaux d'un nouveau patient. Pourquoi ne le ferait-il pas sur les faits marquants de sa biographie. Ceux-ci dénommés « Évènements de Vie » font partie des « Éléments de Santé » (Annexe 1) au même titre que les affections et les facteurs de risque [7]. Des travaux récents ont montré qu'il était possible d'en dresser une liste limitée et adaptée à l'exercice du premier recours [8].

Une expérience a été menée dans un cabinet, consistant à poser systématiquement à tout nouveau patient, après le recueil des antécédents médicaux, la question suivante : « Pouvez-vous me citer trois faits marquants de votre biographie ? ». Les patients sont rarement perturbés par la question et répondent volontiers. De plus, ce questionnement semble faire souvent apparaître des événements de vie importants, véritables « encoches » dans la biographie du patient.

Ce travail a consisté à évaluer cette expérience de recueil systématique, tant sur son contenu que sur son acceptabilité.

2. MATÉRIEL & MÉTHODE

L'étude a été menée en deux temps :

- D'abord une étude rétrospective qui a consisté à relever les trois évènements biographiques des patients, notés dans les dossiers médicaux de trois médecins d'un même cabinet qui ont pratiqué ce questionnaire depuis quelques années.
- Ensuite, un relevé prospectif a été réalisé par ces trois médecins.

L'objectif était d'évaluer d'une part, le contenu de ce recueil (partie rétrospective) et d'autre part, l'acceptation par les patients de ce questionnaire systématique (partie prospective).

2.1 Étude rétrospective

Les trois médecins d'un cabinet de médecine générale de Poitiers (86000) ont pris, depuis quelques années, l'habitude de poser la question des « trois faits biographiques marquants » lorsqu'ils reçoivent un nouveau patient. Ces **Évènements de Vie (EV)** sont inscrits dans le dossier au même titre que les antécédents biomédicaux, dans une rubrique dénommée « note ». Le relevé rétrospectif a consisté à copier « au fil de l'eau » ces éléments et à les traiter sous tableur Excel. Étaient exclus, les dossiers de patients mineurs.

Outre ces éléments, ont été relevés le genre et l'âge du patient. Le recueil a été complété par une recherche sur la base de données du logiciel médical permettant d'atteindre 254 dossiers. Par la suite, l'ensemble de l'échantillon des EV collectés a été classé par thème selon la récente étude de Del Marmol [8].

2.2 Étude prospective

Afin de compléter le recueil rétrospectif et d'évaluer l'acceptabilité réelle du questionnement systématique par les patients et les médecins, un recueil prospectif a été réalisé entre février et juin 2023 avec l'objectif d'atteindre 100 patients. Les médecins participants documentaient un tableur Excel. Ils inscrivaient pour chaque nouveau patient, son âge, son genre, si la question avait été posée et le nombre de réponses apportées par le patient (de 0 à 3).

3. RÉSULTATS

3.1 Analyse Rétrospective

L'analyse rétrospective a permis de collecter **254 dossiers**. Il s'agissait de 126 femmes et 128 hommes, de 18 à 89 ans avec une moyenne d'âge de 40 ans et une médiane à 39 ans. **762** lignes d'EV ont été relevées (3 lignes par dossier, le patient ayant livré 1, 2 ou 3 réponses). Parmi ces 762 lignes, 42 étaient vides (le patient n'ayant dans ces cas, énoncé qu'un ou deux faits biographiques).

Par ailleurs, 21 lignes ont été exclues car elles ne correspondaient pas à proprement parler d'EV. Par exemple, un patient de 23 ans évoquait en troisième EV «je suis fêtard ». Plusieurs patients parlaient de leurs hobbies. Un homme de 72 ans : « Je suis fidèle à ma passion pour l'histoire », ou un autre de 31 ans : « Je fais du modélisme ferroviaire ».

L'échantillon de l'étude était donc de **699 EV**. Le rapprochement des EV avec les thèmes de la liste proposée par les travaux de Del Marmol (Annexe 2) soutenus par la Société française de médecine générale (SFMG), a permis d'en classer 645 (Figure n°1).

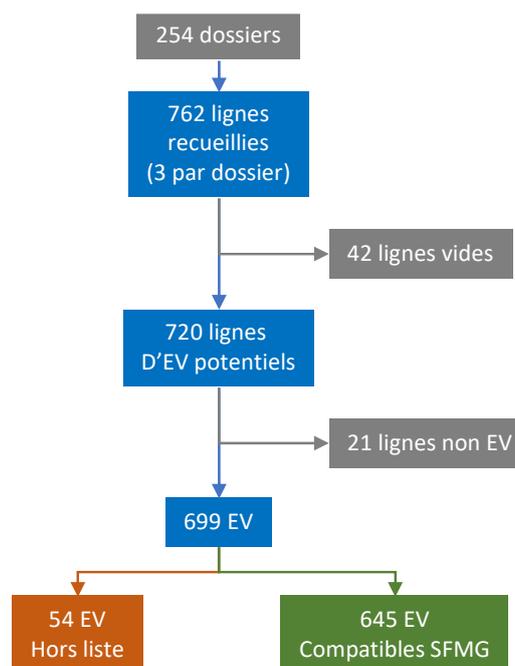


Figure 1 : Protocole d'échantillonnage des évènements de vie (EV)

Les 54 EV non classables étaient tous positifs et en rapport avec un loisir. Par exemple : « le jour où je suis devenu musicien » ; « la première écriture d'un poème » ; ou encore « un voyage en Asie de 6 mois » qui a beaucoup marqué cette patiente de 31 ans.

L'analyse détaillée des 645 EV classables selon la liste de Del Marmol montre que les sujets le plus souvent évoqués spontanément concernaient la « **vie familiale et amicale** » et la « **vie conjugale** » plus d'une fois sur trois (Figure n°2).

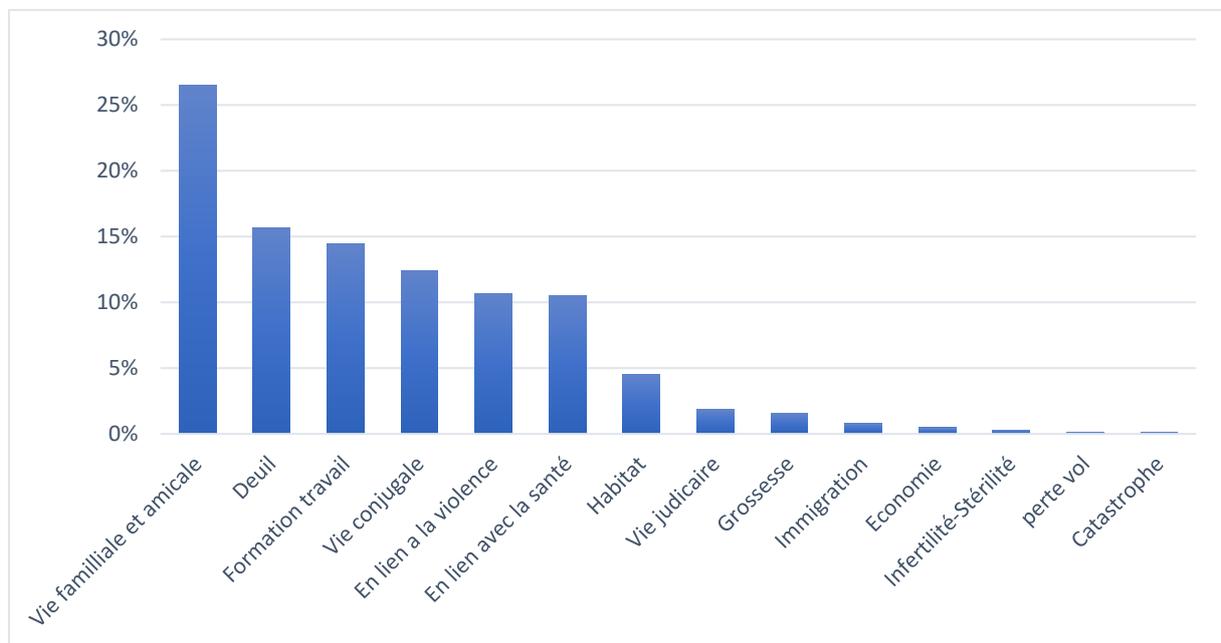


Figure 2 : Classement des 645 EV selon la liste de Del Marmol

Au sein de ces deux classes, l'EV était une fois sur trois (n=94) un fait positif (mariage, naissance, adoption...). Quant aux faits négatifs (n=156), ils étaient majoritairement en lien avec des difficultés relationnelles familiales ou amicales, ou avec la séparation/le divorce/la rupture de lien du patient ou d'un proche (Tableau n°1).

Tableau 1 : EV conjugaux & familiaux

EV conjugaux & familiaux	n
Naissance / Adoption d'un enfant	49
EV d'un proche (Mariage, Divorce, Départ...)	39
Difficultés relationnelles	37
Séparation / Divorce/ Situation complexe	36
Concubinage/ Pacs / Mariage	33
Rupture du lien	28
Difficultés sexuelles	8
Recomposition familiale	8
Infidélité	3

Dans le classement représenté sur la figure 2 précédemment, les **Deuils** (n=101) se retrouvent en seconde position, en particulier des parents (n=71). Un deuil extra-familial (ami, ...) est retrouvé dans plus de 12% des cas (n=13). Viennent ensuite les EV liés à la **Formation et au travail** (n=93), qui étaient pour plus des deux tiers des évènements positifs : « La réussite de ma première année de fac, ça m'a fait du bien » ; « La fin des études, sensation de liberté » ; « Je suis parti de rien et suis arrivé responsable de service étanchéité » ; « Mon acceptation dans une grosse structure professionnelle ». Les EV en lien avec la **Violence** arrivent en quatrième position (n=69), représentant ainsi plus de 10% des 645 EV.

Un peu plus de 10% des EV étaient en lien avec la **Santé**. Pour la plupart il s'agissait d'une maladie, d'un handicap ou de problèmes de santé d'un proche. Les trois dernières catégories (**Judiciaire, Economique, Catastrophe**) représentent 16 EV (dont 12 **Judiciaires**), soit un peu moins de 2,5% des 645 EV.

La liste de Del Marmol (Annexe 2) comprend 48 items repartis en huit grandes catégories : Socio-familial, Deuil, Santé, Violence, Formation-travail, Économique, Judiciaire et Catastrophe.

Une analyse par Dossier Patient (n=254) a été réalisée pour en comparer les résultats avec ceux obtenus lors de l'analyse par EV (n=645), un patient pouvant évoquer plusieurs deuils ou violences parmi ses trois 3 EV par exemple. Cette analyse par Dossier Patient révélait des violences psychiques, physiques et sexuelles dans un dossier sur quatre (63 sur 254, Figure n°3).

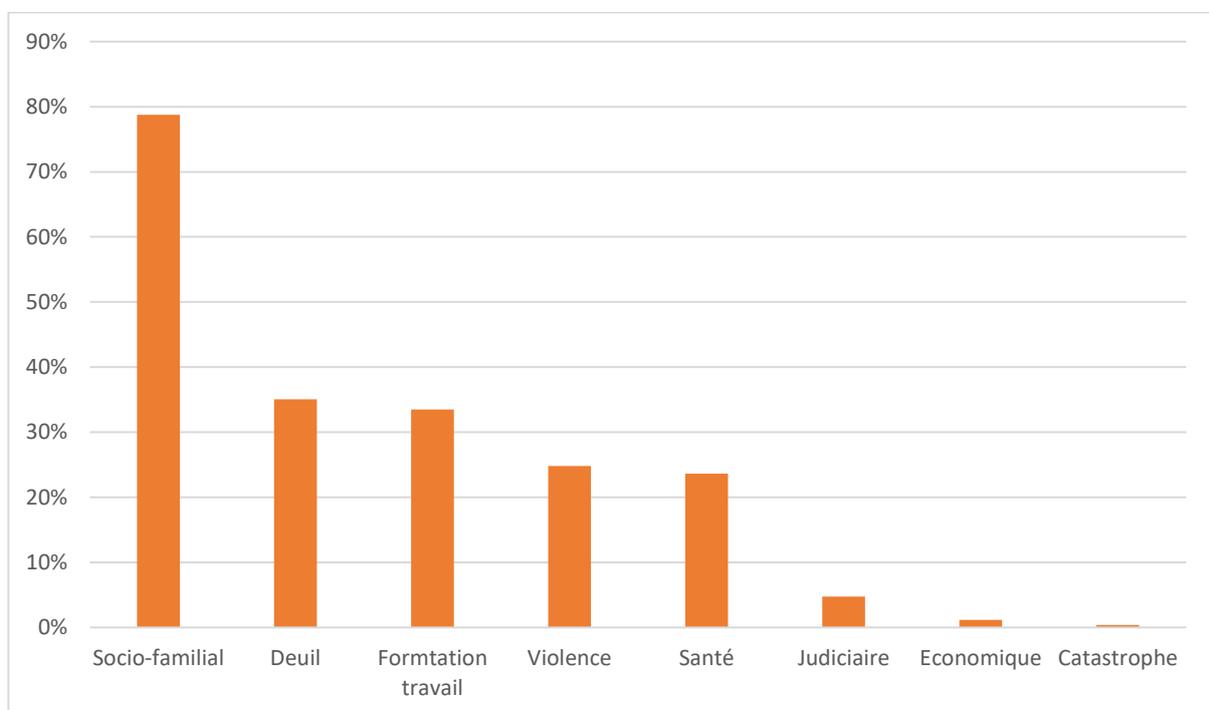


Figure 3 : Répartition des EV par « Dossier Patient »

Les violences sexuelles étaient évoquées par 8,3% de l'ensemble des patients. Les violences physiques et psychologiques étaient évoquées par 11,4% et 4,7% respectivement.

Sur les 254 patients de l'étude, le thème principal évoqué concerne la sphère **Socio-familiale** (n=200). Viennent ensuite le **Deuil** (n=89), la **Formation-Travail** (n=85), les **Violences** (n=63) et la **Santé** (n=60). Les trois dernières catégories (**Économique**, **Judiciaire** et **Catastrophe**) ont été retrouvées dans 16 dossiers (dont 12 **Judiciaires**), soit un peu moins de 5,3% de l'ensemble des dossiers.

3.2 Analyse Prospective

L'analyse prospective a porté sur les 100 premières consultations de nouveaux patients dans le cabinet. Les 3 médecins du cabinet ont participé au recueil. L'échantillon était composé de 46 femmes et de 54 hommes entre 18 et 89 ans, pour une moyenne de 37 ans et une médiane à 32 ans. Les médecins n'ont pas posé la question des « 3 faits biographiques » à 11 reprises. Trois raisons expliquaient l'absence de questions : « le manque de temps » (n=2), « ce n'était pas le bon moment » (n=6) et « n'a pas osé » (n=3).

Parmi les 89 patients qui ont été interrogés, un seul a refusé de répondre, 5 n'ont pas pu énoncer d'EV (dont 4 hommes). Parmi les 83 répondants, 71 ont énoncé 3 faits biographiques, soit 85%, dix n'en évoquent que 2 et deux seulement 1 EV. Les 3 médecins n'ont jamais éprouvé de difficultés avec le questionnement.

4. DISCUSSION

Il était légitime d'émettre l'hypothèse que les patients ne livreraient pas aisément des EV très intimes. Cependant, l'analyse du recueil rétrospectif montre qu'il fait « remonter » des faits biographiques « lourds », souvent douloureux et difficiles à « porter ». Deux fois sur trois (471/699) les EV colligés sont du registre négatif (vie familiale, difficultés relationnelles, problème d'un proche, décès, violences...).

Prêt d'un quart des patients interrogés évoquaient de la violence physique, sexuelle ou psychologique. Ainsi, 8.3% de l'ensemble de la population étudiée évoquait lors de la première consultation avoir été victimes de **Violences** sexuelles (11,1% de femmes et 5.5% d'hommes). Ces chiffres ne sont pas éloignés d'une enquête publiée en 2020 par l'Ined, portant sur plus de 25 000 personnes et faisant état de la prévalence des violences sexuelles en France (14,5% chez les femmes et 3,9 % chez les hommes) [9]. Le **Deuil**, cité dans plus d'un tiers des dossiers (34.6%) impacte aussi fortement les patients. Plusieurs études ont montré que le deuil peut aggraver ou favoriser les problèmes de santé psychique et physique [10,11]. Avoir connaissance de ces encoches biographiques dès le début du suivi d'un patient est sans doute un atout pour une prise en charge centrée patient.

Ainsi, il faut retenir que :

- la liste de Del Marmol publiée en 2022, qui énumère **48 items** classés en **8 catégories**[8] s'est avérée opérante puisqu'elle a permis de classer 92% des 699 évènements de vie et ainsi de permettre l'analyse de leur contenu. Cette validation constituait **le premier objectif** de cette étude.
- les 8% d'EV non classables étaient tous des EV d'expression positive et concernaient essentiellement **les loisirs**.

- ajouter au classement une **9^{ème} catégorie** consacrée à ce thème serait pertinent.
- trois des huit catégories ont été très peu documentées par les EV de l'échantillon (2,5%). Il s'agit des rubriques **Économie, Judiciaire** et **Catastrophe**. Cette observation découle sans doute de l'aspect monocentrique de l'étude. Cependant, ces trois catégories restent pertinentes et mériteraient d'être évaluées sur une population plus large au cours d'études portant sur plus de lieux d'exercice.

L'autre objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité par les patients de ce questionnaire « systématique ». L'étude prospective sur 100 nouveaux patients montrait qu'un questionnaire systématique de 3 faits biographiques à un nouveau patient, en plus de ses évènements biomédicaux est possible pour le médecin et acceptable de façon quasi unanime pour le patient.

- lors de cette étude prospective, les médecins ont procédé au questionnaire et au recueil des réponses chez près de 9 patients sur 10. Dans les cas où la question n'a pas été posée, il s'agissait généralement d'un patient de « passage ». Si certains patients étaient surpris par ce questionnaire : « je ne m'attendais pas à ça », un seul n'avait pas souhaité répondre, mais a néanmoins exprimé ses grosses difficultés relationnelles avec sa famille. Dans 85% des cas, ce questionnaire a permis de recueillir 3 EV marquants parmi les patients répondants.

La principale faiblesse de cette étude est liée à l'unicité du lieu d'expérimentation, à savoir un seul cabinet de trois confrères. La validation des résultats qui semblent montrer l'intérêt de ce type de recueil des EV par un questionnement systématique sur trois faits marquants de la biographie du patient, nécessitera des études portant sur un échantillon plus représentatif de la population générale et plus de médecins pour vérifier son acceptabilité.

5. CONCLUSION

Tout médecin, depuis l'externat, s'applique à recueillir les antécédents biomédicaux d'un nouveau patient. Pourquoi ne le ferait-il pas pour les faits marquants de sa biographie. Ceux-ci dénommés « Évènements de Vie » (EV) font partie des « Éléments de Santé » au même titre que les affections et les facteurs de risque [7].

Les EV peuvent entraîner des conséquences parfois inattendues sur l'état de santé du patient [12] et les informations qui en découlent sont sans doute nécessaires à son suivi. Il s'agit d'hypothèses largement confirmées par les étiologies psychosomatiques qui représentent plus de 30% des troubles de santé [5]. Aussi, s'enquérir des faits biographiques du patient pourrait éviter des errements susceptibles de lui être délétères. Cela est d'autant plus vrai qu'il est toujours surprenant de constater que la résistance à en parler vient plus du médecin que du patient [6].

Il ressort de cette étude qu'il est possible d'intégrer dans son questionnaire au patient celui concernant les faits importants de sa biographie, puisque plus de 9 fois sur 10 le patient répond. Par ailleurs, en limitant l'interrogation à 3 faits biographiques, le médecin est moins intrusif et laisse au patient le choix de confier 1, 2 ou 3 évènements qui ont marqué sa vie évitant ainsi au praticien un récit de vie qui risquerait d'emboliser la consultation. De plus cette liberté donnée au patient ne semble obérer ni la richesse des informations recueillies ni leur gravité (les violences psychiques, physiques et sexuelles ont été retrouvées dans un quart des dossiers de l'étude et les violences sexuelles étaient retrouvées chez 8,3% de l'ensemble des patients).

Ainsi, ce mode de questionnement à propos des événements de vie est sans doute un bon compromis, permettant, d'une part, de ne pas être chronophage pour le médecin et, d'autre part, de recueillir des informations souvent importantes sans orienter les réponses par des questions fermées.

Véritables encoches biographiques, ces EV permettent au médecin d'entrevoir une authentique approche « centrée patient » de ses soins.

Une expérience pourrait-être menée en proposant aux externes et internes d'adjoindre à leur recueil des antécédents habituels celui des EV par la question des 3 faits biographiques.

ENCADRE POUR LA PRATIQUE

Afin d'optimiser la qualité de la prise en charge centrée sur le patient, tout en tenant compte des contraintes de l'exercice médical, poser systématiquement au patient la question « Pouvez-vous me citer trois faits importants de votre biographie ? » semble être un moyen acceptable et efficace pour recueillir des événements majeurs de la vie du patient.

- ✓ Cet article a reçu un avis favorable du Comité de rédaction de la **Revue MEDECINE** (JOHN LIBBEY EUROTTEXT) en vue d'une publication au cours du premier trimestre 2024.



- ✓ Cet article a fait l'objet d'un abstract en vue d'une communication orale au **Congrès National de la Médecine Générale**, le 21 mars 2024 à Paris.



6. LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Kandel O., Bousquet M.-A., Chouilly J. « *Manuel théorique de Médecine Générale : 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline* ». Ed. **GMSanté**, 2015. 206 pp.
- [2] Lutsman M., Bourgeois I., Vega A. « *Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale ?* », **Documents de recherches en médecine générale - SFMG**, 2007 ; 64 : 12-3.
- [3] Balint M., « *Le médecin, son malade et la maladie* ». Ed. **Payot**, Paris, 2009, pp. 80-92 et p. 305.
- [4] Stewart M., « *Towards a global definition of patient centred care* ». **BMJ**, 2001 ; 322 : 444-.
- [5] Stora J.B. « *Quand le corps prend la relève : stress, traumatismes et maladies somatiques* ». Ed. **Odile Jacob**, Paris, 1999, 300 pp.
- [6] Moreau J., Kandel O. « *Demander l'avis du patient quant au diagnostic de son trouble peut-il aider le médecin ?* », **SFMG**, Novembre 2022, Volume 18, numéro 9, pp. 427-32.
- [7] Boisnault P., Szidon P., Ferru P., Kandel O., Thomas Desessarts Y., Very G. « *L'instant et la durée - de l'antécédent à l'épisode de soin* ». Ed. **GMSanté**, 2020, 192 pp.
- [8] del Marmol L., Chouilly J., Kandel O. « *Proposition d'une liste d'évènements de vie utilisable dans le dossier médical en soins primaires* », **MÉDECINE : de la médecine factuelle à nos pratiques**, Volume 19, numéro 2, Février 2023.
- [9] Brown E., Debauche A., Hamel C., Mazuy M., et al, « *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France* ». Ed. **INED**, 2020, 528 pp.
- [10] Stroebe M., Schut H., Stroebe W., « *Health outcomes of bereavement* ». **The Lancet**, Volume 370, Issue 9603, 2007, pp. 1960-1973.
- [11] Thomas K., Hudson P., Trauer T., Remedios C., Clarke D., « *Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study* ». **Journal of Pain and Symptom Management**, Volume 47, Issue 3, 2014, pp.531-541.
- [12] Chen L.P., Murad M.H., Paras M.L., Colbenson K.M., Sattker A.L., Goranson E.N., et al, « *Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis* », **Mayo Clinic Proceedings**, Volume 85, Issue 7, 2010, pp.618-629.

7. ANNEXES

1.1 ANNEXE N°1 : A PROPOS DES ÉVÈNEMENTS DE VIE

Texte issu de la réflexion menée par la Société Française de Médecine Générale (2020).

1.1.1 Définitions événement de vie et habitus

Le terme « **événement de vie** » peut être défini de plusieurs manières.

Dans le dictionnaire historique français « Le Robert », un événement est défini comme « Ce qui arrive et qui a de l'importance pour l'homme ». Le terme événement est étudié par plusieurs disciplines, mais il est particulièrement cher aux sociologues. Pour ces derniers, il peut être considéré comme une « catégorie biographique lorsqu'il représente dans une histoire de vie, un moment de changement, un moment de rupture. Qu'il soit prévu ou non, il crée une séparation entre un avant et un après, car il introduit un fort changement dans la vie ».

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) aborde également cette notion dans « Médecine générale : concepts et pratiques »^[1]. Ils parlent d'événements qui introduisent une rupture.

Qui dit rupture, dit potentiellement adaptation. Le cadre juridique au Québec définit justement l'événement de vie comme « tout ce qui arrive dans l'environnement social d'une personne, et qui suppose une nouvelle adaptation à la vie : déménagement, naissance, mariage, adoption, retraite, décès ».

R. Senand et col.^[2] définissent en 1996 un événement de vie par « Tout épisode imprévu modifiant la vie de façon suffisamment importante pour entraîner des conséquences imposant au malade de les exprimer au médecin et considéré comme tel par ce dernier ».

Une thèse récente sur la tentative de définition de 29 mots du vocabulaire général de médecine^[3] évoque la notion d'épisode de changement comme ce qui « semble vouloir être utilisé pour dénommer des éléments qui concernent la vie des patients ; ceux que nous notons dans un coin du dossier, car ils peuvent

[1] D. Pouchain, C. Attali, J. de Butler., G. Clément, B. Gay., J. Molina., P. Olombel et J.-L Rouy, **Médecine générale : Concepts & Pratiques**. Ed. Masson (Paris), 1996, 1026 pp.

[2] R. Senand, J.-Y. Chambonet, B. Bonnet. « *Prise en charge des événements de vie en médecine générale. Connaissance du patient et de sa famille par le médecin généraliste* ». **La revue du Praticien, Médecine Générale**, 1997 (382-383) : pp. 35-43.

[3] M. Courjault. « *Tentative de précision de définition pour 29 mots du vocabulaire général en médecine* ». **Thèse d'exercice**. Université de Poitiers ; 2021.

influencer leur santé, leurs émotions et les soins. On pourrait même parler d'événement biographique. La seconde expression soulignant peut-être mieux l'importance pour le patient de tel ou tel fait dans sa vie. Elle correspond aux événements marquants ou qu'il juge marquants et qui l'amènent à en parler à son médecin ».

Quant au terme « **habitus** », ce mot reprend un mot latin (1586) qui signifie « manière d'être », dérivé de *habere* au sens de « se tenir ». En médecine, pour le Robert, il est défini comme « l'apparence générale du corps, du visage de quelqu'un, en tant qu'indication de son état de santé ».

Le sens de ce mot est cependant légèrement différent pour les sociologues. En effet, pour Pierre Bourdieu^[4], il s'agit d'un style de vie particulier à chacun : une manière de parler, de se vêtir, de percevoir, ou bien un aspect du visage,... « Il ne relève pas d'un automatisme mais d'une prédisposition à agir qui influence les pratiques des individus au quotidien. Ces prédispositions sont intériorisées inconsciemment durant la phase de socialisation... »

C'est parfois l'ultime souvenir que nous gardons d'un patient que nous avons soigné pendant des années !

1.1.2 Relation entre évènement de vie et maladie

Peut-on affirmer que les événements de vie exercent une influence sur la santé du patient ? La survenue d'un événement pourrait-elle bouleverser l'équilibre du corps d'un individu ? Quel médecin n'a pas appris de sa patiente de 60 ans, qu'il soignait depuis des années, qu'elle avait subi des violences sexuelles dans l'enfance, et que cet évènement expliquait bien des comportements aujourd'hui... ?

J.L. Gallais dit, dans un article, que « la réactivation de certains troubles, notamment aux dates anniversaires, souligne l'importance de notifier ces événements traumatiques de toute nature dans les dossiers des patients. Ils font partie des événements de vie de la personne et/ou de son entourage, de leurs fragilités comme de leurs capacités de résilience ».

Un événement de vie serait-il alors un (autre) facteur de risque de développer des maladies physiques, ou psychosomatiques ultérieures ?

Les publications concernant le mouvement scientifique des événements de la vie dans leur relation à la maladie débutent avec Holmes et Rahe en 1957^[5].

[4] P. Bourdieu. « *Le Sens pratique* », Ed. Minuit, 1980, 480 pp.

[5] R.H. Rahe, M. Meyer, M. Smith, G. Kjaer, T.H. Holmes. « *Social stress and illness onset* ». *Journal of Psychosomatic Research*, 1964 ; 8(1) : pp.35-44.

Suite à leurs travaux, de nombreuses études démontrent qu'un événement de vie stressant pourrait être un précipitant dans l'aggravation d'une maladie sans être une cause nécessaire. Il expliquerait en partie le moment de l'apparition de la maladie.

Pour autant, chaque événement de vie présente cette particularité : il va être intégré par la personne qui le vit en fonction de l'attention qu'elle va lui porter, de l'interprétation qu'elle va lui donner, de son histoire personnelle et du moment où il va se dérouler. Et puis chaque personne « fait face » différemment. En psychologie, c'est le terme *coping* qui est employé pour parler du faire face. Il s'agit « d'un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles »^[6].

La perception et la désirabilité positive ou négative d'un événement sont donc très variables selon les personnes et les contextes.

1.1.3 Place des événements de vie en soins primaires

Les médecins antiques ne « négligeaient jamais d'inclure dans l'observation clinique, les songes, les oracles, les manifestations rencontrés sur le chemin qui le conduisait au chevet des patients, bref le dire du malade et pas seulement le dit de la maladie »^[7].

Mais de nos jours, quelle est la place de ces événements de vie dans les soins quotidiens ?

La médecine moderne tend à explorer dans une quête inconditionnelle et automatisée, une éventuelle maladie. La formation des médecins à l'hôpital est d'ailleurs marquée par ce modèle biomédical. Les examens complémentaires s'enchaînent parfois alors que la souffrance du patient mériterait avant tout une écoute attentive.

Selon Balint, « le réconfort et le conseil sont peut-être les deux formes de traitement les plus utilisés »^[8]. Il fait ainsi le constat que la relation entre malade et médecin est souvent insatisfaisante alors même que le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin.

Aussi, le médecin généraliste se doit d'adopter un modèle holistique ou biopsychosocial, prenant en considération les dimensions culturelles et

[6] I. Paulhan, M.-L. Bourgeois. « *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité* », Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1998. 127 pp.

[7] R. Gori, M.J. Del Volgo. « *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence* », Ed. Flammarion, Paris, 2009. 336 pp.

[8] M. Balint. « *Le médecin, son malade et la maladie* », Ed. Payot & Rivages, Paris, 1996. 418 pp.

existentielles^[9]. Il doit prendre en compte tout ce qui touche à la personne, car le patient ne peut être isolé de son contexte. Chacun a une histoire personnelle et familiale et la maladie prend un sens dans cette histoire. Ce qui importe le plus, c'est la personne malade avant la maladie elle-même.

La décision médicale tient compte alors des conséquences des événements de vie qui traversent l'existence du patient. Cette prise en compte de ces événements semble d'ailleurs constituer une part importante de l'activité du médecin généraliste : une thèse a montré qu'en moyenne, le nombre d'actes en rapport avec un événement de vie est de 0,7 consultation par an et par patient. Dans une étude française publiée en 1986, sur la recherche des événements de vie dans la pratique des médecins généralistes, les auteurs disaient qu'on parle d'événement de vie quand il s'agit « d'un fait retenu dans la vie du patient qui dépend de sa réalité et de la façon dont il est vécu par le malade, mais surtout de la façon dont il est écouté par le médecin ».

C'est pourquoi le rôle du médecin en soins primaires est fondamental tant pour son écoute que pour la reconnaissance d'un événement de vie.

1.1.4 Réflexion d'ordre éthique

Alors que le patient confie des choses parfois intimes à son médecin, la garantie du secret médical constitue un préalable pour être dépositaire de ces confidences. Le patient doit être assuré que ce qui est dit restera dans le huis clos de la consultation et qu'il ne sera pas « trahi ».

Hippocrate rappelle que le secret médical est un devoir : « Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers... ».

In fine, c'est le médecin qui, ayant le rôle de scribe, jugera utile ou pas de noter telle ou telle information personnelle dans le dossier médical.

Mais, peut-on ou est-il acceptable pour un médecin d'inscrire dans le dossier médical un événement de vie (trop) intime comme un événement judiciaire ou lié à la violence ? Le Code de déontologie dans son article 45 distingue les « notes personnelles » du médecin à proprement parler : « Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle. Cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. »

[9] A. Vega. « *Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale ?* », **Documents de recherches en médecine générale - SFMG**, n°64, novembre 2007. 56 pp.

1.2 ANNEXE N°2

LA LISTE DES EVÈNEMENTS DE VIE DE L'ÉTUDE DEL MARMOL

1



SFIMG
le plaisir de comprendre

Liste des Évènements de Vie

EVENEMENT DE VIE SOCIO-FAMILIAL

Vie Conjugale

- Concubinage/ Pacs / Mariage
- Difficultés relationnelles
- Infidélité
- Séparation / Divorce
- Complexité conjugale

Vie Familiale et Amicale

- Naissance / Adoption d'un enfant
- Recomposition familiale
- Difficultés relationnelles
- Rupture du lien
- Évènement de vie d'un enfant

Grossesse

- Désirée / Non désirée
- Mauvais vécu / Complications
- Grossesse interrompue (Fausse couche, Mort in utéro, IVG)

Infertilité- Stérilité

Habitat

- Déménagement
- Conflits de voisinage/ Nuisance
- Insalubrité/ dégâts
- Sans abri

Immigration (différence de culture/ langue)

DEUIL

Décès d'un proche

- Conjoint
- Enfant
- Ami
- Membre de la famille

Décès d'un animal de compagnie

Décès d'un personnage public

Perte ou vol d'un objet précieux

EVENEMENT DE VIE EN LIEN AVEC LA SANTE

Maladie / Handicap

Problème de santé d'un proche (Accident, maladie, hospitalisation, troubles psy/addictifs)

Aidant principal d'un proche

EVENEMENT DE VIE LIE A LA VIOLENCE

Victime de violences physiques, psychologiques, sexuelles

EVENEMENT DE VIE LIE A LA FORMATION OU AU TRAVAIL

Vie scolaire

- Examens et diplômes
- Difficultés scolaires (échec, abandon) `

Vie professionnelle

- Conflits d'entreprise (Hiérarchie / Collègues)
- Conditions de travail (nuisance, horaires, dangerosité, pénibilité...)
- Reconversion/ Reclassement
- Mise en inaptitude ou Invalidité
- Chômage
- Retraite

EVENEMENT DE VIE LIE A L'ECONOMIE

Endettement et surendettement

Difficultés financières

EVENEMENT DE VIE JUDICIAIRE

Violations de la loi

Emprisonnement

Autre sanction pénale (TIG, obligation de soin, bracelet électronique, mesure d'éloignement)

Concerné par procédure judiciaire

Événement judiciaire d'un proche (prison, procès)

EVENEMENT DE VIE LIE A UNE CATASTROPHE

Catastrophe naturelle (tempête, incendie, orage)

Catastrophe accidentelle (industrielle, transport)

Catastrophe humaine (Guerre, attentat)

8. ABSTRACT

Introduction: Among the expected skills of a General Practitioner, the ability to formulate a situational diagnosis is crucial. He must assess the bio-psycho-social and cultural context for an overall patient care, known as Holistic Approach, Patient-Centered Approach or Global Medicine. In this context, alongside the patient's medical history and conditions, their life events (LE) are incontestably precious. Following an experiment conducted in a general practice, consisting of systematically asking the following question to the patient: "Can you tell me three significant events from your biography?", a study was carried out by three general practitioners from an urban provincial practice, to assess the interest, the feasibility and the acceptability of this approach.

Method: The study was organized around a retrospective collection of 254 files containing the three biographical events entrusted by each patient and a prospective collection involving 100 new patients of the medical practice.

Results: Among the 254 files examined, 699 LE lines were identified including 67% from the negative register. The most common LE were related to marital and family life (2/3), followed by bereavement (101 LE). Psychological, physical, and sexual violence were found in 24.8% of the cases (63/254). Sexual violence was observed in 8.3% of all patients.

In the prospective study, doctors did not ask the question 1 time out of 10, due to a lack of time or because they did not dare or because of hesitancy, but they never felt uncomfortable with the inquiry. Only one patient refused to take part in the exercise, and 5 were unable to, including 4 men. In 85% of cases, patients were able to share three significant LE.

Conclusion: This study suggests that it is possible to collect Life Events (LE) through systematic open-ended questioning. This does not seem to pose a problem for patients, who readily disclose significant, sometimes very painful, events of their lives. A larger-scale, multicenter study should be conducted by disseminating the method to volunteer practitioners.

Keywords: Global medicine – Patient-Centered Approach - Life event – Thesaurus – Medical Record – Lifestyle – Primary Care



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



9. RÉSUMÉ

Introduction : Parmi les compétences attendues du médecin généraliste, sa capacité à élaborer un diagnostic dit de situation est primordiale. Il doit apprécier le contexte bio-psycho-social et culturel du patient. On parle de démarche holiste, d'approche centrée patient, de médecine globale. A cet effet, aux côtés des antécédents et des affections du patient, ses évènements de vie (EV) sont évidemment précieux. Dans le prolongement d'une expérience menée dans un cabinet de médecine générale, consistant à poser systématiquement la question suivante au patient : « Pouvez-vous me citer 3 faits marquants de votre biographie ? », une étude a été menée par trois médecins d'un cabinet urbain de province, pour évaluer l'intérêt, la faisabilité et l'acceptabilité de ce questionnement.

Méthode : Le travail s'est organisé autour d'un recueil rétrospectif de 254 dossiers ayant trace du relevé des 3 faits biographiques et d'un recueil prospectif consistant à poser la question à 100 nouveaux patients du cabinet.

Résultats : Parmi les 254 dossiers étudiés, 699 lignes d'EV ont été répertoriées, dont 67% du registre négatif. Les EV les plus fréquents concernent la vie conjugale et familiale (2/3), puis les deuils (n 103). Des violences psychiques, physiques et sexuelles étaient retrouvées dans 24.8% des dossiers (63/254) de l'échantillon. Les violences sexuelles étaient retrouvées chez 8,3% de l'ensemble des patients. Lors de l'étude prospective, les médecins n'ont pas posé la question concernant les faits marquants biographiques 1 fois sur 10, par manque de temps ou parce qu'ils n'avaient pas osé, mais ils ne se sont pas sentis en difficulté avec ce questionnement. Seulement un patient a refusé de se prêter à l'exercice, 5 n'ont pas su répondre, dont 4 hommes. Dans 85% des cas les patients répondants ont pu livrer 3 EV marquants de leur vie.

Conclusion : Il ressort de cette étude qu'il est possible de recueillir des EV par un questionnement systématique ouvert et que celui-ci ne semble pas poser de problème aux patients qui se livrent facilement en évoquant des EV lourds, voire très douloureux de leur existence, sans empiéter sur le temps de consultation. Une étude complémentaire à plus grande échelle pourrait être menée après diffusion de cette méthode de recueil des EV auprès de confrères.

Mots clés : Évènement de Vie – Interrogatoire – Anamnèse - Élément de Santé – Thésaurus – Dossier Médical – Habitus – Soins Primaires.