

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°50

Janvier 1998

supplément

# la lettre

de la médecine générale

## documents *de recherches* en médecine *générale*

**Société Française de Médecine Générale**  
*Société Savante*

27, boulevard Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux  
Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@club-internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>  
O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

## Journée de Communications de la Société Française de Médecine Générale

Dimanche 23 Novembre 1997  
FIAP Jean Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

La Société Française de Médecine Générale (SFMG), tiendra comme chaque année sa journée de communications. Elle se déroulera le dimanche 23 Novembre 1997, de 9 H à 17 H 30 au FIAP ; 30 Rue Cabanis à PARIS (75014).

Vous trouverez ci-contre le programme avec les différents thèmes et intervenants qui traduisent parfaitement la diversité de la médecine générale et les thèmes de recherches et d'évaluation qui font de plus en plus partie de notre environnement professionnel quotidien.

Grâce au soutien de la société Prime time Médiamedical, l'inscription a cette journée est gracieuse, mais obligatoire pour des raisons d'organisation que vous comprendrez sans difficulté. Nous vous rappelons pour mémoire que cette journée s'inscrit dans les activités de sociétés savantes donnant lieu à une attestation de participation d'une journée.

Pour toute information, contacter Dr J-L.Gallais  
tél : 01-43-56-62-79 ou gallais@club-internet.fr

### Programme de la Journée de Communications de la SFMG Dimanche 23 Novembre 1997 FIAP J. Monnet 30 Rue Cabanis - 75014 PARIS

			PAGE
<b>9H</b>	<b>INTRODUCTION</b>		
9h15	<b>Dr L.. Létrillard</b> (75)	Facteurs de risques des diarrhées aiguës épidémiques hivernales : une enquête cas-témoins en médecine générale.	<b>3 à 5</b>
9H45	<b>Dr L.. Martinez</b> (78)	Audit de pratique en médecine générale : les infections respiratoires basses chez l'adulte.	<b>6 à 9</b>
10H15	<b>Dr F. Baudoux</b> (93)	Enquête d'opinions des médecins généralistes sur les ressources de leur commune concernant les soins aux personnes âgées.	<b>10 à 11</b>
10H45	<b>Dr L.. Wittke</b> (93)	La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins ?	<b>12 à 14</b>
11H15	<b>Dr F. Chastel</b> (38)	Perte d'emploi et santé.	<b>15 à 17</b>
11H45	<b>Dr P. Oechsner</b> (41)	La fatigue : un résultat de consultation malaisé à cerner.	<b>18 à 23</b>
12H15	<b>Dr A-M. Magnier</b> (75)	Etude comparative coût efficacité de deux stratégies diagnostiques de l'infection urinaire en médecine générale.	<b>24 à 26</b>
12H45	<b>DÉJEUNER SUR PLACE</b>		
	<b>Dr J. Cogneau</b> (37)	Précarité en médecine générale : problèmes de définition.	<b>27</b>
14H30	<b>Dr S. Bonneau</b> (72)	Exploiter les données d'un dossier médical informatisé : l'otite moyenne aiguë de l'enfant et du nourrisson en médecine générale.	<b>28 à 32</b>
15H	<b>Dr J-M. Cohen</b> (75)	Poster ou communication orale ?	<b>33 à 35</b>
15H30	<b>Dr L.. Lambert</b> (88)	Un audit médical : traitement hormonal de la ménopause en médecine générale.	<b>36 à 38</b>
16H	<b>Dr JL. Gallais</b> (93)	Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions.	<b>39 à 43</b>
16H30	<b>Dr E. Galam</b> (75)	La relation dans le dossier et le dossier dans la relation. Un partenariat SFMG/Repères : Genèse et perspectives	<b>44 à 46</b>
17H	<b>CONCLUSION / FIN DE LA JOURNÉE</b>		

## *La relation dans le dossier et le dossier dans la relation*

### *Un Partenariat SFMG/Repères : Genèse et perspectives*

#### RÉSUMÉ

L'informatisation des dossiers médicaux est porteuse de nombreux enjeux financiers, épidémiologiques, structurels... aux multiples conséquences sur la qualité des soins et le développement de la recherche en médecine générale. C'est pour éviter que ne soit trop minimisée voire exclue des dossiers, une large part de leur activité que cinq médecins généralistes venant d'une part du Groupe Repères et d'autre part, de la SFMG, ont élaboré un séminaire de recherche qui a réuni en février 97 vingt médecins généralistes en activité sur le thème : "dossier médical informatisé : quels items pour décrire la relation et l'environnement". A l'issue de ce travail a été élaborée une grille qui va être testée et validée sur le réseau SFMG.

#### Dr Eric GALAM



La médecine se conçoit et s'énonce à peu près bien en termes purement scientifiques dès lors qu'ils sont aussi épidémiologiques.

Elle ne se pratique en aucun cas en dehors des êtres humains qui lui donnent sens et vie : ceux qui y ont recours et tous ceux qui y sont impliqués : soignants comme industriels, distributeurs, assureurs, décideurs, administratifs, ...

Tous sont en relation les uns avec les autres, pour animer ce qu'il faut bien appeler un système de santé. D'ailleurs, ils sont aussi en relation avec des molécules répertoriées dans le très fameux "grand livre rouge" et des maladies dont certaines portent des noms et d'autres pas, dont certaines sont écrites dans toutes sortes de traités, et d'autre pas encore.

Maladies et médicaments symbolisent en quelque sorte le Savoir du médecin sur les causes objectivables des maladies et certains des moyens d'y remédier.

Mais soignants et utilisateurs de soins sont aussi soumis à des facteurs subjectifs : comment le patient vit sa maladie, qu'est-ce qu'il attend de la médecine en général et de son médecin en particulier, ... et aussi : comment le médecin se situe dans sa carrière professionnelle, quelle place il donne à son activité dans sa vie, ce qu'il pense du patient qui est en face de lui, des troubles que celui-ci lui présente, des traitements qu'il lui propose...

Les plaintes et les réponses qui leur sont apportées, prennent également place dans tout un système culturel où interviennent les conceptions des maladies, de la santé, des moyens qui y sont alloués, des priorités qu'elle se donne, ...

Tout cela est particulièrement vrai pour la médecine générale où la prise en charge est très ouverte et s'inscrit dans la durée et où les éléments techniques sont relativisés par rapport aux spécialités.

Ainsi, les facteurs de décision de nos prescriptions et de notre suivi sont loin d'être uniquement biomédicaux. Dès lors, pour améliorer notre efficacité, il nous faut repérer la nature et la valeur relative :

1) des différents critères qui déterminent nos attitudes et nos décisions,

2) des moyens dont nous les mettons en oeuvre et

3) de la façon dont elles sont reçues et appliquées par nos patients.

Il nous faut pour cela accepter de travailler et d'abord de prendre en compte les éléments qui fondent et structurent la relation médecin patient.

Pourtant, s'il est à la fois évident et très attrayant le moins qu'on puisse dire est qu'on ne sait souvent pas trop bien comment aborder ni parfaitement évaluer l'impact de cet aspect de notre pratique clinique. On comprend alors aisément que forte et récurrente soit la tentation de l'évacuer pour revenir enfin à des chiffres dont on espère qu'ils seront plus pertinents, en oubliant que, comme nous l'enseignent les statisticiens, la valeur des chiffres dépend du contexte dans lequel ils s'appliquent. D'ailleurs, non moins tentante est l'option angélique, où, ne s'intéressant qu'au relationnel, on perdrait de fait, les moyens de rester généraliste.

Au Groupe Repères, nous sommes très sensibles à ce risque de psychologisation de la médecine et, si pour nous, la relation est essentielle, elle ne doit pas évacuer mais bien enrichir les autres aspects qui, littéralement, lui donnent corps. La relation gagne à être ancrée dans le réel et dans la pratique généraliste à laquelle nous sommes profondément attachés. Nous pensons que, loin de se parasiter, l'approche organiciste et l'approche relationnelle sont complémentaires et se potentialisent d'autant mieux que l'une et l'autre sont reconstruites et appliquées à leur juste place.

Sur le plan institutionnel, nous nous efforçons, d'ailleurs avec plus ou moins de succès, de maintenir ouverts les lieux d'échange entre les tenants de l'abord plutôt organique des maladies et ceux qui privilégient les facteurs psychologiques et relationnels. Nous souhaitons ainsi ancrer la médecine générale à sa place sans nier ni hypertrophier aucune de ses dimensions.



## RELATIONNEL ET ORDINATEUR

C'est pourquoi le travail sur les aspects relationnels du dossier médical, entamé il y a déjà quelques années, en partenariat avec la SFMG, est pour nous particulièrement précieux et en quelque sorte exemplaire. Réunissant des généralistes praticiens et chercheurs des deux "bords", il traduit un désir commun de transformer dans les actes et dans les mots ce qui fait la réalité de notre travail quotidien.

L'informatisation des dossiers médicaux est plus que jamais à l'ordre du jour avec les enjeux que nous connaissons : télétransmission bien sûr, mais aussi travaux en réseaux et à terme, meilleure connaissance de ce qui se fait dans nos cabinets avec en perspective, l'optimisation des soins d'une part, la possibilité de contrôles plus serrés d'autre part.

Si maladies et médicaments sont inscrits dans des livres par ordre alphabétique ou par système, les médecins égrènent les pages du "Rozenwald" tandis que les patients sont classés selon leurs noms, dans des dossiers à dossiers, nos mémoires ou même des ordinateurs.

Le dossier, lieu de l'écrit par excellence est censé être aussi celui de l'objectif, du quantifiable et, théoriquement, de l'utilisable soit par son détenteur, soit par un autre praticien. On comprend ainsi qu'il n'accueille pas volontiers les éléments subjectifs et relationnels "splendidement" incarnés par la parole et le silence ; et à la fonction aussi complexe pour les uns qu'inutilisable par les autres.

Notre réflexion en amont du séminaire nous a laissé pressentir à quel point une analyse aussi simple était réductrice. Le dossier reflète l'interaction médecin patient au fil du temps. Il contient de toute façon des éléments subjectifs ne serait ce que dans la manière dont il est organisé, rangé, utilisé, ... par le médecin, le patient ou la collectivité médicale.

Il peut aussi en contenir de nouveaux, charge à nous de les définir et de les mettre en forme pour qu'ils puissent servir. C'est pour entrevoir les modalités d'intégration des éléments subjectifs et relationnels dans nos dossiers bientôt informatisés que nous avons initialisé ce travail.

Le dossier est l'un des outils à la fois les plus quotidiens et les plus durables, marqué de séances circonstanciées et porteur d'une histoire à long terme.

C'est aussi l'un des éléments les plus communs qui devraient accompagner chaque médecin tout en étant l'un des plus spécifiques. C'est la trace de la manière dont un médecin donne transcrit l'histoire de ses patients, donc une marque de la personnalité de ce médecin. Il est censé l'aider à retenir les éléments pertinents, à faire la synthèse du cas de son patient, à prendre des décisions, à assurer, éventuellement sa défense en cas de critiques... Il lui sert aussi, parfois à exprimer ses sentiments ou ses craintes. C'est ce qui reste d'écrit après qu'il ait fini d'exercer et qu'il peut transmettre à un éventuel successeur. Chaque dossier est également un véritable outil de santé qui appartient à un patient bien particulier dont il retrace l'histoire écrite, telle qu'elle est déposée dans la personne et le lieu d'un médecin, lui aussi particulier.

Le dossier est porteur de fonctions multiples pour le médecin, le patient, la collectivité à qui il peut servir d'outil épidémiologique ou de contrôle. C'est un outil de transmission permettant de laisser une trace destinée en principe à être lue et

qui pose autant de questions qu'il apporte d'informations : qui a accès au dossier, quand est-il lu, comment, pour quoi...

Il représente un élément objectif qui a un contenu tout en étant utilisé et intégré dans une relation. A ce titre, il doit être étudié à la fois comme cadre et comme élément de la relation médecin-patient. Utilisé dans la relation, il la reflète aussi.

## QUE FAUT-IL INCLURE DE LA RELATION DANS LE DOSSIER ET DU DOSSIER DANS LA RELATION ?

Avant d'analyser la méthodologie et les résultats obtenus, plusieurs remarques d'ordre général s'imposent :

- l'étude du dossier laisse pressentir de **nombreux clivages** : écrit / non écrit ; retenu / non retenu ; utilisé / non utilisé ; bio-médical / relationnel ; couple médecin-patient / collectivité...
- **plusieurs niveaux logiques** sont simultanément impliqués dans un dossier : un patient, un médecin, une collectivité professionnelle et sociale d'une part et, sur un autre registre une consultation, un suivi ou encore un descriptif, des décisions, commentaires...

la rédaction du dossier est **mouvante** d'un patient à l'autre, d'une séance à l'autre, d'un médecin à l'autre : comme les pratiques, les dossiers sont pluriels

- ils supposent une **implication personnelle** toujours délicate à manier d'autant que

- **l'écrit est plus engageant** que le vécu et, à ce titre, toujours quelque peu inquiétant.

- **le souvenir et son utilisation** ne sont pas rigoureusement superposables au caractère écrit ou non des données. On peut se souvenir de choses non écrites et oublier des éléments pourtant bien inscrits ou encore ne pas vraiment savoir comment s'en servir ; De plus, se souvenir de toutes les données n'est pas forcément souhaitable, l'oubli pouvant parfois être nécessaire.

- si elles ont un caractère opératoire et donc utile, les **grilles ont aussi des aspects réducteurs** par leur volonté d'exhaustivité et le caractère toujours quelque peu rigide de leur structure qui lamine certaines données tout en excluant celles qui ne cadrent pas avec les contraintes d'organisation de la grille. L'introduction de données relationnelles est limitée par les difficultés du langage plus spécifiquement biomédical ou au contraire, profane et alors ressenti comme non professionnel. Première étape de l'émergence d'une sémiologie relationnelle, **les mots "techniques" de la relation** restent encore à définir.

- une recherche sur les aspects relationnels ne peut s'appuyer que sur peu **d'études**, d'ailleurs souvent, plus littéraires ou marquées de bonnes intentions, que scientifiques. Un certain nombre de notions devraient, au moins en partie, pouvoir être codifiées pour être échangées ; tandis que d'autres ouvrent à des questions méthodologiques ou conceptuelles plus larges de l'ordre de la complexité, la diversité, ...

Le document que vous avez sous les yeux représente une sorte de point d'orgue, une étape à intégrer et à travailler ensemble pour en juger la pertinence tout en l'élargissant.

En effet, par delà l'écriture proprement dite du dossier, la question reste de savoir, pour chacun d'entre nous comme pour la collectivité généraliste et sanitaire, à quoi sert un dossier, comment l'utilise-t-on et pourquoi faire. Mais c'est une autre histoire...

Ce travail va donner lieu à un document de recherche spécial où seront notamment développés la méthodologie utilisée, les différentes grilles proposées ainsi qu'une bibliographie. Voici brièvement les grandes lignes de la méthodologie utilisée et des items retenus.

## MÉTHODOLOGIE : UN TRAVAIL EN QUATRE TEMPS

### Définition de la grille

- Huit soirées de juin 93 à Octobre 94.
- 5 médecins généralistes en exercice (les promoteurs), deux appartenant au groupe Repères (JF Renault et E Galam) et trois appartenant à la SFMG (G Véry, C. Margerit et P. Clerc)

- 3 axes :

réflexion sur le dossier médical et l'interaction

médecin-malade au cabinet médical,

travail sur les buts de la grille,

production des objectifs et de la pédagogie du séminaire de recherche.

### Conception et réalisation du séminaire

Deux soirées octobre 96 à février 97, FAF Innovation.

En présence de notre expert en communication d'entreprise, Madame Sandra Sadat.

Vingt médecins généralistes en exercice, motivés par ce travail, habitués à la réflexion professionnelle, la recherche clinique, l'enseignement, et membres de la SFMG et de Repère sont réunis à Boulogne les 1 et 2 Février 1997.

### Analyses des résultats

Mars à Octobre 97 : dépouillement des résultats du séminaire, analyse par le groupe des promoteurs auquel est adjoind un des participant JP Lucas.

Définition d'une grille de synthèse à partir des conclusions de chacun des trois groupes adressée à chaque participant du séminaire. Chacun doit vérifier que la grille de synthèse reflète bien la production des groupes au cours du séminaire. Une fois les corrections faites, le groupe des promoteurs rédige la grille consensuelle.

### Test en temps réel

La grille sera testée sur le réseau informatisé de la SFMG (100 médecins généralistes répartis sur toute la France) pendant une première durée de 6 Mois puis réévaluée et validée par le réseau SFMG.

La grille est à lire de façon non figée.

Chaque "morceau" de la grille peut-être appelé au cours de la consultation, quel que soit le moment de la consultation.

Son architecture informatique, doit permettre une adaptation à chaque médecin.

Cette grille informatique permet à la fois :

- de synthétiser automatiquement des données déjà rentrées dans le dossier médical informatisé,
- de collecter des données spécifiques à l'interaction médecin-malade,
- de lier les éléments de l'interaction médecin-malade aux autres données du dossier,
- d'analyser et de synthétiser des éléments médicaux et de l'interaction médecin-malade en "lignes de forces" de la vie du patient.

## RÉSULTATS : LISTE DES ITEMS RETENUS

### La gestion du temps de la consultation

- durée de la consultation (automatisée),
- connu depuis (élément de la fiche de renseignement),
- fréquence des rencontres (éléments de la fiche de synthèse),
- pointer les moments importants, éventuels, de la consultation, pour le médecin (à noter en toute lettre).

### Convictions du patient

- héritage médical du patient (mots du patient),
- son idée de la santé en générale (mots du patient),
- tentatives de solutions antérieures,
- acceptabilité de la maladie.

### Evénements de vie

- à noter à partir d'une nomenclature "d'événements de vie" toujours enrichissable,
- à relier aux résultats de consultation.

### Ressources du patient

- entourage, psychique, financier,
- environnement humain du patient (Tribu dans le dossier du patient, dont les parents DCD qui peuvent avoir une importance pour le patient),
- personnes accompagnantes (la consultation, au téléphone avant ou après la consultation),
- autres intervenants : consultants habituels, envoyé par une personne (système de soin ou pas) pour cette consultation.

### Motif de consultation

- c'est le motif d'entrée dans le système de soin,
- plus les mots du patient.

### Conditions d'examen

- tableau à 2 entrées (patient/médecin et fait/non fait).

### Degré d'adhésion du patient à

- l'examen clinique,
- aux résultats de consultation,
- aux décisions (refus, moyen, bon), aux médicaments (refus, moyen, bon).

### Implication du malade

- "consultation ?" "appréciation du médecin" (positive, neutre, négative),
- plus les notes en toute lettre.

### Décisions

Devant chaque décision (thérapeutique, examen complémentaire, etc...), un espace programmé permet de cocher une des trois solutions : "D" demandé, "I" imposé, "N" négocié.

### Phénomène inhabituel dans la relation médecin/patient (scotome médecin, attitude inhabituelle patient, etc...)

- note en toutes lettres.

### Communication

- 2 entrées : patient/médecin et facile/difficile.

### Commentaires de la consultation

- en toutes lettres

### Résultats historiques, lignes de forces du patient

- "lignes de force" de la vie médicale du patient en juxtaposant 3 modules : antécédent actif, la consultation présente, le futur programmé,
- "lignes de force" des événements de vie passé/présent/futur.

