
Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine,
présentée et soutenue le 4 juin 2013 à la faculté de Paris VI

Marie-Alice BOUSQUET

La problématique du travail

Avec la nomination de professeurs des universités et son inscription au CNU, la médecine générale est une discipline universitaire.

Mais quelles sont les conditions indispensables d'une authentique discipline scientifique ?

- Avoir une **définition** qui caractérise sa spécificité.
 - Développer une **recherche** avec son corollaire la **publication** scientifique.
 - Enseigner un **corpus théorique** spécifique.
-

La problématique du travail

- Force est de constater que les concepts théoriques **existent**
 - Mais ils sont pour le moment **épars**
 - Souvent présentés comme "le regard du généraliste" sur les pathologies enseignées par ailleurs
 - Les publications existantes **dessinent le contour de l'abord** généraliste plus qu'elles ne précisent les éléments théoriques inhérents à la discipline
-

La question de recherche

Est-il possible de répertorier les concepts spécifiques
à la médecine générale
et utiles au praticien dans son exercice quotidien ?

Les objectifs

- Retrouver et **lister** sans oubli les éléments théoriques de la discipline
 - Envisager la **rédaction** d'un outil pédagogique mettant en lien les concepts avec la pratique
-

La méthode ⁽¹⁾

Un travail en 4 temps successifs

- **Revue de la littérature** → une première liste de concepts
 - **Audition** de *leaders* des sociétés savantes et **enquête** auprès d'autres généralistes → deuxième liste
 - **Choix des concepts**, mise en évidence de liens, regroupements, classement, approfondissement → liste retenue
 - Rédaction d'une **fiche par concept**
-

La méthode ⁽²⁾

1^{er} temps : La revue de la littérature

- **Consultation** des sites internet des sociétés savantes
- **Lecture** d'ouvrages phares de la profession
 - La définition européenne de la médecine générale
 - Médecine générale: Concepts et pratiques
 - Médecine générale: concepts, démarches et compétences
 - Autres ouvrages : Balint, Braun, ouvrages de sociologue...

Elaboration d'une première liste de 32 concepts

La méthode ⁽³⁾

2^{ème} temps : Les auditions

- Soumission par mail de la 1^{ère} liste à une vingtaine de médecins généralistes enseignants
- Rencontre formelle avec des médecins impliqués dans les sociétés savantes
CMG, CNGE, SFTG, SFMG, Société Médicale Balint, Groupe Repère

Elaboration d'une deuxième liste de 76 concepts

La méthode (4)

3^{ème} temps : sélection des concepts

Pour respecter notre objectif initial, nous avons séparé les éléments qui relèvent effectivement des **concepts théoriques** de la discipline, de ceux qui concernent le **métier**, la **fonction**, la **compétence** du médecin généraliste

- **Exclusion** de 10 items
 - **Regroupements** d'autres, correspondants à un même concept
-

La méthode (5)

4^{ème} temps : rédaction d'une fiche par concept

Chaque fiche comporte

- Un **titre** avec le nom du concept
 - Une **explication** du concept
 - Une **discussion**
 - Une **illustration** clinique
 - Une sélection de 2 ou 3 **références** : *"Pour aller plus loin"*
-

Les résultats ⁽¹⁾

41 concepts ont été retenus, classés en 4 chapitres

- **Caractéristiques** de l'exercice de la médecine générale
 - **Relation médecin-malade**
 - **Démarche diagnostique**
 - **Démarche décisionnelle**
-

Les résultats (2)

Les 41 concepts

1. Le carré de White
 2. La loi de répartition régulière des cas
 3. Les soins primaires
 4. Intervention au stade précoce non différencié des maladies
 5. La continuité des soins
 6. Diachronie, synchronie, épisode de soin
 7. Histoire commune, histoire partagée
 8. Modèle biomédical versus holiste
 9. Approche systémique
 10. Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM
 11. Gestion simultanée de problèmes aigus et chroniques
 12. Le travail en coordination
 13. La collusion de l'anonymat
 14. La soumission à l'autorité
 15. La compagnie d'investissement mutuel
 16. Patient, client, partenaire : relation médecin-malade
 17. La fonction apostolique
 18. Eléments de communication
 19. La confusion des langues
 20. Eléments psychanalytiques
 21. L'offre du malade
 22. De la sémiologie à la sémiotique
 23. Le symptôme : mythes et réalités
 24. L'anamnèse avant tout
 25. L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel
 26. Modes de raisonnement diagnostique
 27. Le diagnostic : une difficulté surmontable
 28. Cas nouveau, cas persistant
 29. Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique
 30. Le sablier de la démarche médicale
 31. Apprivoiser l'inévitable incertitude
 32. Eléments de la démarche décisionnelle
 33. Espace de liberté décisionnelle
 34. Décision médicale partagée
 35. Passage à l'acte immédiat ou décision différée
 36. Prescrire, ordonner
 37. Gestion des polyopathologies
 38. L'inertie thérapeutique
 39. L'éducation thérapeutique
 40. Prévention quaternaire
 41. Remède médecin, effet médecin
-

Les résultats (3)

Un exemple de fiche

Fiche n°25

L'EXAMEN PHYSIQUE : RITUEL DIAGNOSTIQUE ET RELATIONNEL

Tout comme l'anamnèse, l'examen physique est une des premières choses que l'étudiant en médecine a appris à réaliser lors de ses stages hospitaliers. Il l'a alors pratiqué apparemment par appareil, puis consigné sur le dossier du patient de façon très méthodique. Que peut-on dire de l'examen clinique en médecine générale ?

En médecine générale le principe "anamnèse exacte, examen complet, routine de laboratoire, établissement d'un diagnostic exact" est un mythe [22]. Il ne correspond pas à la réalité de la démarche diagnostique praticienne. Ceci ne signifie pas pour autant que l'examen physique serait inutile. Il vient, en soutien de l'interrogatoire du patient, confirmer ou infirmer les hypothèses diagnostiques du médecin, par la recherche, le plus souvent, de signes négatifs de maladie (voir fiche n°29 : Gestion du risque : Diagnostic Étiologique Critique).

Braun explique que le médecin généraliste adopte trois sortes de démarches diagnostiques conduisant à un examen clinique différent :

- La démarche diagnostique directe : l'examen clinique est limité car centré sur un signe nosologique déterminant : c'est le cas par exemple pour une varicelle.
- La routine locale : l'examen est limitée à une région : c'est le cas pour une minite avec toux où le médecin examine la sphère ORL et pulmonaire.
- La routine générale conduit le médecin à effectuer un examen plus large : c'est le cas pour une fièvre nue [22].

C'est à l'issue de cette démarche clinique que la "première hypothèse" formulée après le temps de l'anamnèse (voir fiche n°24 : L'anamnèse avant tout) sera soit confirmée, soit infirmée, ou encore, ne pouvant être validée, donnera lieu à des examens complémentaires [24].

L'examen clinique ne remplit pas seulement une fonction diagnostique. Il est aussi un moment de relation avec le patient et a valeur de relation thérapeutique. La distance physique médecin-patient est à ce moment-là très réduite, et il n'y a plus de barrière matérielle entre les deux individus (pas de bureaux les séparant). Cette réalité des cercles relationnels a été décrite par E.T. Hall, dans sa théorie de la **proxémie**. Le médecin est en effet un des rares à entrer dans l'espace personnel, voire intime du patient (< 40 cm).

Une thèse de médecine générale a étudié l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale, par une étude qualitative d'entretiens avec des patients. On y retrouve des notions importantes :

- L'examen clinique fait exister en tant que personne, il est pour beaucoup de patients à la fois une marque de conscience professionnelle mais aussi d'attention particulière.
- L'examen est aussi le lieu possible pour se confier. Certains patients utilisent ce moment pour dévoiler des problèmes particuliers.
- Au travers de l'inspection, de la palpation, et de l'auscultation, les patients se sentent regardés, touchés, écoutés : l'examen du corps devient l'examen de la personne.
- Pour la majorité des patients, l'absence d'examen clinique au cours d'une consultation est considérée comme étonnante, décevante voire choquante. Cette attente des patients est probablement en lien avec une habitude socioculturelle : c'est ce que montre l'importance aux yeux des patients de la prise de la tension artérielle même si celle-ci n'est pas toujours justifiée du point de vue médical ; au point que certains patients ne se sentent pas correctement examinés si celle-ci n'est pas prise.
- L'examen clinique est parfois vécu avec anxiété et difficultés par le patient car il y expose sa nudité et est alors renvoyé au rapport qu'il entretient avec son propre corps (jonctions non assumées...)

Discussion

L'examen clinique est donc à vivre sous ses deux facettes : diagnostique et relationnelle. Au niveau diagnostique, ce sera le plus souvent par la recherche de signes négatifs de maladie permettant d'éliminer les hypothèses de pathologies à évolution menaçante : l'examen se termine en effet souvent par un constat de non-lieu.

Au niveau relationnel, il s'agit d'un temps privilégié qui fait exister le patient, et lui fait "prendre corps". Cette attention au corps de l'autre participe à la construction d'une relation de confiance indispensable au soin, à la compagnie d'investissement mutuel (voir fiche n°16 : La compagnie d'investissement mutuel). C'est le lieu possible de l'intersubjectivité entre un savoir technique scientifique et une connaissance sensible du corps.

Il est essentiel que le médecin donne des explications sur son examen : celles-ci permettent au patient une réappropriation de son propre corps et de mettre des mots sur les maux.

L'examen clinique a une dimension de rite qu'il convient de ne pas négliger. Il a pour le patient, préoccupé par ses propres représentations du corps et de la maladie, une portée thérapeutique en soi (voir fiche n°41 : Remède médecin, effet médecin).

Le médecin généraliste doit être conscient qu'il reste encore un clinicien, l'examen physique étant une étape importante dans le processus de sa démarche diagnostique. Pour cela, il assume de sortir de l'illusoire mythe de l'examen systématique et complet, en ciblant et orientant son examen en fonction des hypothèses émises lors de l'anamnèse. Il doit aussi résister à l'évolution technicienne de la médecine qui a tendance à "diagnostiquer" quasi uniquement à partir des motifs de consultation. Enfin, il peut arriver que l'examen ne soit pas

utile, voir contreproductif... C'est le cas de la prise en charge de troubles psychiques notamment psychosomatiques. Revenir au symptôme, au corps, n'est pas toujours judicieux.

Illustration

Madame V. âgée de 66 ans vient en consultation pour prolonger un arrêt de travail, parler du décès récent de son mari et remercier le médecin pour sa présence. Celui-ci est décédé après 3 mois d'hospitalisation suite à un arrêt cardiaque. Pendant toute son hospitalisation la patiente donnait au médecin, plusieurs fois par semaine, des nouvelles, sorte de bulletins de santé qui ont jalonné cette période difficile. Madame V. s'assoit et parle, revient longuement sur les différents temps forts de l'hospitalisation de son mari, puis évoque son désir de passer à temps partiel jusqu'à sa retraite, pour revenir sans transition, sur les détails des derniers jours de son mari. Le médecin est resté quasiment silencieux sans pouvoir orienter la conversation, ni la conclure. Au bout de 25 minutes il propose à l'intime à côté de lui d'aller prendre la tension de la patiente. Chose faite, la patiente se habille, sort sa carte vitale et son cheque qui était déjà rédigé, sans se rasseoir. Après la consultation, le médecin demande à l'intime s'il a compris la raison de cette prise de tension. Celle-ci évoque la fatigue de la patiente et le contrôle de son traitement antihypertenseur. Le médecin lui explique alors le poids symbolique de l'examen physique, comment celui-ci a été la seule solution trouvée pour mettre fin à la consultation, et comment ceci est parfaitement intégré dans l'inconscient des patients.

Bibliographie

Braun RN. Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1979 : 512 p. (p. 219-24 et 273-81).

Bodon B. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Analyse du vécu des patients à partir de 27 entretiens semi-directifs. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard - Lyon 1, 2005, 152 p.

Discussion (1)

- Intérêt du travail
 - Un document unique
 - Une forme pédagogique
 - Ouverture aux regards extra-médicaux

 - Enseignements importants
 - La médecine générale est bien une discipline
 - La médecine de premier recours a sa propre démarche
 - Les concepts sont enseignables
-

Discussion (2)

A des fins d'enseignement, nous proposons un classement des fiches selon les 6 compétences fondamentales de la WONCA, déclinées en 11 caractéristiques de la médecine générale

- gérer le **premier contact** avec les patients
- **coordonner** les soins avec d'autres professionnels
- adopter une approche **centrée sur la personne**
- créer une **relation efficace** entre le médecin et le patient
- assurer la **continuité des soins** selon les besoins du patient
- utiliser le **processus spécifique de prise de décision**
- gérer des situations **au stade précoce et indifférencié**
- gérer simultanément les problèmes **aigus et chroniques**
- promouvoir l'**éducation pour la santé**
- réconcilier les besoins en **soins individuels** et en **soins communautaires**
- utiliser un modèle **biopsychosocial**

1. Gérer le premier contact avec les patients	- Le carré de White (n°1) - Les soins primaires (n°3)
2. Coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.	- Le travail en coordination (n°12) - La collusion de l'anonymat (n°13) - La soumission à l'autorité (n°14)
3. Adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes	- Modèle biomédical versus holiste (n°8) - Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10) - Approche systémique (n°9) - Décision médicale partagée (n°34)
4. Utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient	- Histoire commune, histoire partagée (n°7) - La compagnie d'investissement mutuel (n°15) - Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade (n°16) - La fonction apostolique (n°17) - Eléments de communication (n°18) - La confusion des langues (n°19) - Eléments psychanalytiques (n°20) - Remède médecin, effet médecin (n°41)
5. Assurer la continuité des soins selon les besoins du patient	- La continuité des soins (n°5) - Diachronie, synchronie, épisode de soin (n°6) - Cas nouveau, cas persistant (n°28) - Passage à l'acte ou décision différée (n°35)
6. Utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires	- La loi de répartition régulière des cas (n°2) - L'anamnèse avant tout (n°24) - L'examen physique : rituel diagnostique et relationnel (n°25) - Modes de raisonnement diagnostique (n°26) - Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27) - Le sablier de la démarche médicale (n°30) - Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31) - Eléments de la démarche décisionnelle (n°32)
7. Gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire	- Intervention au stade précoce et non différencié des maladies (n°4) - Le diagnostic : une difficulté surmontable (n°27) - Gestion du risque : Diagnostic Etiologique Critique (n°29) - Apprivoiser l'inévitable incertitude (n°31)
8. Gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient	- Gestion simultanée de problèmes de santé aigus et chroniques (n°11) - L'offre du malade (n°21) - Gestion des polyopathologies (n°37) - L'inertie thérapeutique (n°38)
9. Promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies	- Prévention quaternaire (n°40) - L'éducation thérapeutique (n°39)
10. Réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent, et cela en équilibre avec les ressources disponibles	- Prescrire, ordonner (n°36) - L'inertie thérapeutique (n°38) - Prévention quaternaire (n°40)
11. Utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles	- Modèle biomédical versus holiste (n°8) - Approche systémique (n°9) - Diagnostic de situation, démarche OPE, EBM (n°10) - De la sémiologie à la sémiotique (n°22) - Le symptôme : mythes et réalités (n°23) - Espace de liberté décisionnelle (n°33)

Discussion ⁽⁴⁾

Les limites du travail

- La revue de la **littérature**
 - La recherche d'**exhaustivité** dans le recueil des concepts
 - La synthèse de **plusieurs concepts dans une même fiche**
 - Le **classement** des concepts en 4 chapitres
-

Conclusion ⁽¹⁾

- Il a été **possible** de répertorier les éléments théoriques de la discipline
 - Ces éléments soulignent la **singularité** de la médecine générale en tant que discipline originale.
 - Leur connaissance est primordiale pour aider les futurs médecins généralistes à **exercer dans un esprit serein**
-

Conclusion (2)

- La connaissance de ces concepts par l'ensemble du corps médical permettrait une **meilleure compréhension** entre médecine de premier recours et médecine de spécialité d'organe,
 - chacune **reconnaissant** la fonction de l'autre,
 - prenant conscience que les incompréhensions entre ces deux "mondes" sont issues de démarches médicales **nécessairement différentes et complémentaires**
-

Concepts en médecine générale :
tentative de rédaction d'un corpus théorique
propre à la discipline

Merci de votre attention

Marie-Alice BOUSQUET