

# Dr House : une démarche de raisonnement.

Yves ZERBIB

Maître de Conférences.

Département de Médecine Générale de Lyon

UCBL 1

# Introduction.

- Information en médecine générale :
  - une communication indispensable
  - À double sens :
    - Médecin  Patient
  - Mais pour quoi faire ?
    - Prise de décision
    - Maintien et/ou amélioration de la santé.

# L'information au patient

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dite loi Kouchner.
  - Droit à être informé
- Code de déontologie médicale. Article 35
  - Devoir d'information
  - Droit à l'information
- Code de Santé Publique. Articles L.1111-1 à L.1111-3.
  - Droit à l'information du malade.

# L'information en médecine générale

- **Première définition** : *Élément de connaissance susceptible d'être représenté à l'aide de convention pour être conservé, traité ou communiqué.*
- **Deuxième définition** : *Processus signifiant qui associe au sein d'un même message le producteur d'information et celui qui l'interprète.*

- L'information en médecine est donc bien un processus dynamique à double sens, résultat d'une rencontre entre un médecin et un patient, un émetteur, un récepteur.
- Dans le but de répondre à une demande d'aide en santé.

Que se passe-t-il dans la tête  
du docteur lorsque ça  
fonctionne ?

- Recueil d'informations
- Structuration de la connaissance
- Du processus de compréhension au processus de décision.

# Informations trouvées au cours de la consultation

- Les apports du patient (*savoir profane*) : anamnèse, entretien
- Les données de l'examen clinique (*séméiologie*) : inspection, palpation, auscultation.
- Les données d'examen complémentaire éventuel : radiographie, biologie...
- Les apports de confrères : courriers, ...

# Ressources internes au médecin

- Ressources déclaratives = savoirs propres du médecin :
  - Formation initiale
  - Formation continue professionnelle
- Ressources procédurales = savoirs faire
- Ressources conditionnelles = savoirs relationnels

# Ressources externes

- Données de la science :
  - Banques de données (Medline, Pascal, SUDOC...)
  - Encyclopédies
  - Ouvrages et revues de référence
  - Enseignement post universitaire
- Préférences du patient :
  - Les recherches pour les comprendre
- Savoirs profanes :
  - Littérature profane (Philosophique, anthropologique, sociale, ...)

# Le recueil d'information

- Nécessaire pour parvenir à une décision.
- Différents champs concernés :
  - Le savoir propre du médecin
  - Les données de la science
  - Les capacités à mener un entretien
  - Les capacités à examiner une personne
  - Les capacités de synthèse
  - L'aptitude à imaginer les conséquences.

# L'usage de l'information

- La pensée progresse par va et vient, hésitations et étirements, de manière à la fois continue et discontinue.
- Pour le médecin : nécessité de structuration

# Étapes de la structuration d'une connaissance

- Phase 1 :
  - acquisition d'une information
  - mise en regard avec le corpus de connaissances de l'individu
    - Système stable : L'information appartient au corpus de connaissances
    - Système instable : L'information est extérieure au corpus de connaissance
      - ↳ déclenchement d'un processus

# Étapes de la structuration d'une connaissance

- Phase 2 : comparaison de l'information à des faits appartenant au corpus de connaissances.
- Apparition de différents types de raisonnements :
  - Analogique,
  - Logique, déductif
  - Intuitif « *gut feelings* ».
  - Phase d'appréhension de la nouvelle information, d'assimilation, de réflexion.

# Étapes de la structuration d'une connaissance

- Phase 3 : consolidation par intégration au corpus : mise en corrélation avec connaissances prééxistantes.
  - Intégration « *dans* » le corpus = modification en profondeur des connaissances.
  - Intégration « *en limite* » du corpus : modification du périmètre des connaissances.

- Information (matière inerte)



- [réflexion] Renseignement (*matière structurée*)



- Construction d'un schéma mental

# Décision.

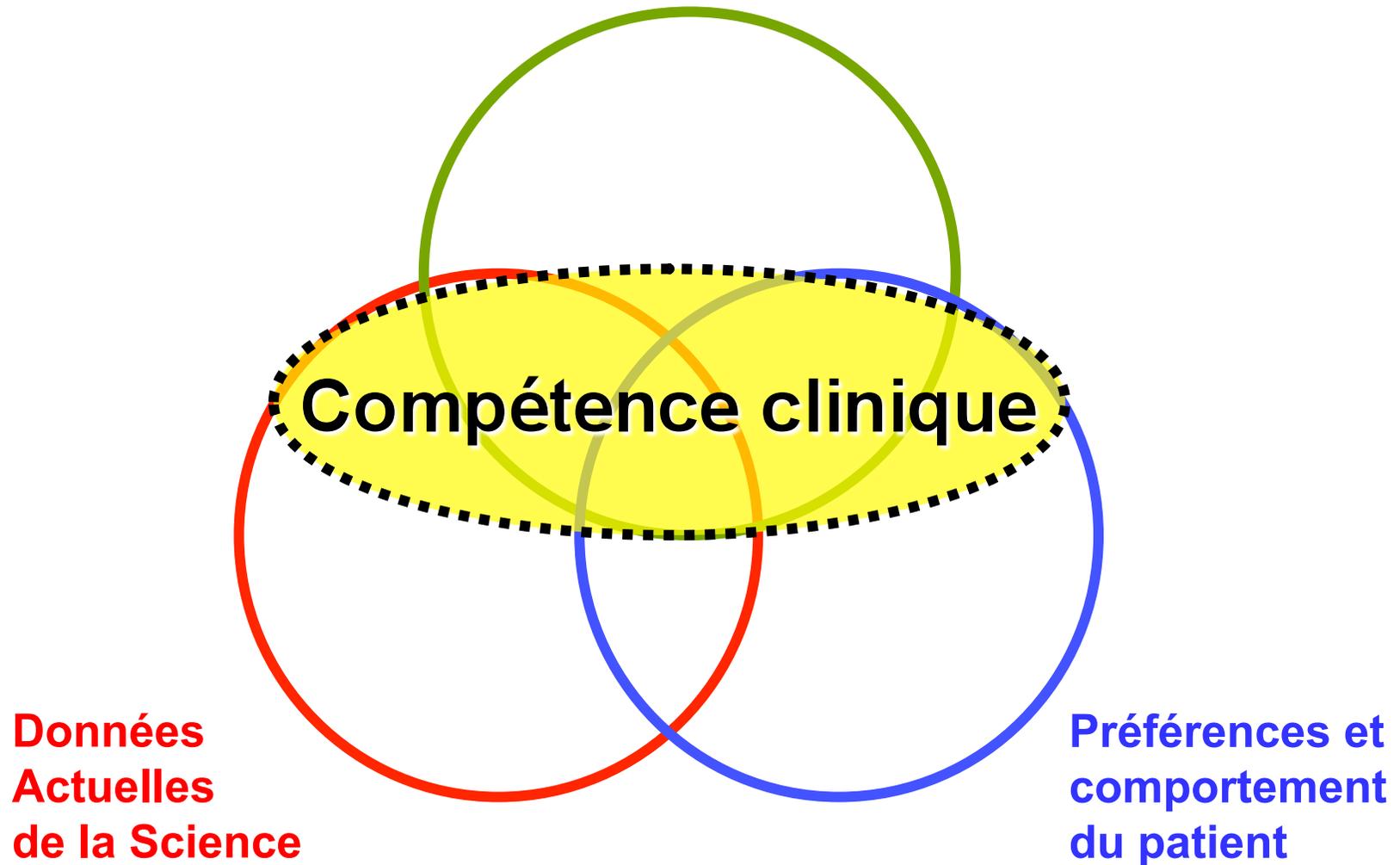
- Comment sont intégrées les données
  - médicales
  - socioculturelles du patient
  - les convictions du patient et du médecin
- Pour arriver à une décision ?

# Un modèle

- La démarche Evidence Based Médecine (*EBM*)
  - Formuler le problème en posant les bonnes questions
  - Recueillir les informations
  - Evaluer la pertinence et la validité des informations
  - Appliquer de façon adaptée au patient les informations recueillies.
  - Evaluer les résultats de l'action.

# La décision clinique « Evidence Based Medicine »

État et circonstances cliniques



- Pour tous les patients, le médecin met en œuvre un raisonnement qui tient compte :
  - de l'incidence et de la prévalence des pathologies,
  - de l'inspection du patient,
  - **de l'écoute attentive du patient, de ses représentations et de ses attentes,**
  - de l'observation qui tient compte des facteurs environnants,
  - **de l'interrogatoire, ou entretien,**
  - **de l'examen clinique adapté et soigneux,**
  - des résultats d'examen para cliniques simples et accessibles.

# La séance de médecine générale

## LES DONNEES selon

La norme  
bio-médicale

La norme  
socio-culturelle

La norme  
intime

↓ ↓ ↓

Résultat de consultation

Espace de Liberté  
+/- grand selon le patient,  
le contexte, la consultation...

Résultat de séance

→

**LA DECISION**  
Yves Zerbib, Maître de  
Conférence, UCBL I

## **Lors de l'entrevue d'un malade, quelle que soit la nature de sa plainte :**

- Préciser, à l'aide de la démarche clinique complète, la nature la plus probable du problème
  - Somatique
  - Psychiatrique
  - Psychosomatique

- Lorsque nous disposons de tous les éléments accessibles et raisonnables pour résoudre le problème, nous prenons une **décision** qui part du souhaitable pour aboutir après **négociation** avec le patient à la **meilleure stratégie possible**.

# Le facteur temps

- Influence la décision : fluctuation des informations transmises.
- Impossibilité théorique de prédire le comportement du patient.
- Mais :
- Connaissance du patient, de sa trajectoire de vie.
- Informations fournies par l'entourage.
- Apparition de modèles de relation médecin patient.

# Un problème

- Quid de l'incertitude en Médecine Générale ?

# L'incertitude en médecine

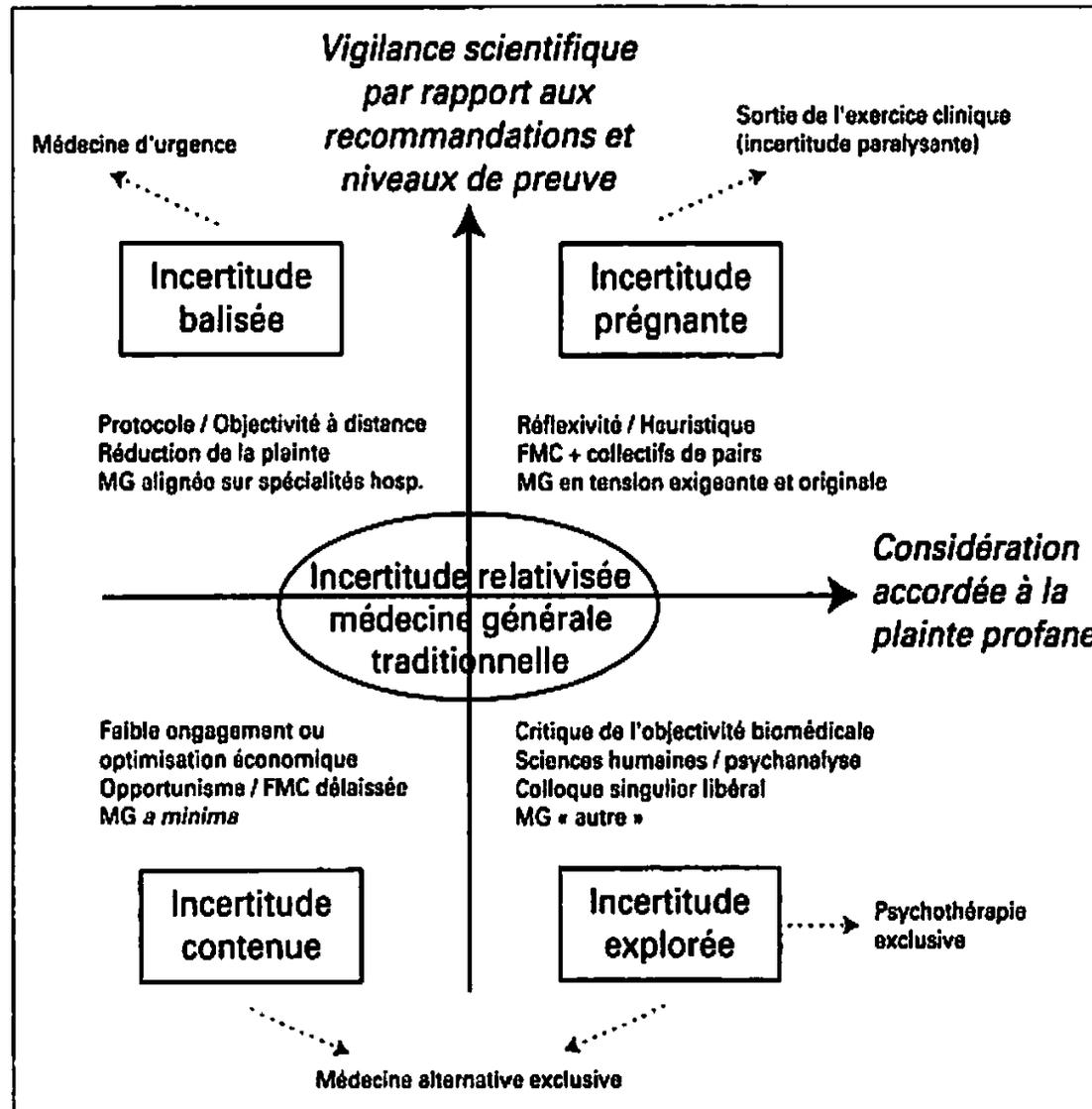
- Le rapport au savoir médical : 3 niveaux d'incertitude :
  - Niveau 1 : « *maitrise imparfaite ou incomplète du savoir médical* »
  - Niveau 2 : « *dépend des limites propres à la connaissance médicale* »
  - Niveau 3 : « *distinction entre ses propres limites et celles de la science* »
- La connaissance du patient et les rapports sociaux, notamment à l'exercice libéral.

# Spécificités en médecine générale.

- Caractère insuffisant ou inadapté du savoir bio médical
- Faible adéquation du savoir enseigné à la faculté aux symptômes apportés par le patient
- Incertitude sur ce qui peut se passer en aval de la consultation.
- Effets de dépendance au patient  
( *exercice libéral* )

# Positionnement/incertitude

G. Bloy.



# Un exemple

- Madame G., 38 ans, consulte pour douleur sur la trajet du nerf sciatique au membre inférieur gauche.
- Cette douleur est typique, la réveille la nuit, elle travaille dans une usine de conditionnement; elle est amenée à porter des charges.
- Un premier ttt d'AINS la soulage ....

- Madame G. revient 15 jours plus tard : la douleur sciatique réapparaît dès l'arrêt du traitement.
- L'examen clinique est superposable au précédent. Le médecin prescrit une IRM lombaire : pas de lésion significative. Nouveau traitement; soulagement.

- Madame G. revient en consultation un mois plus tard, même tableau.
- Le médecin réexamine, trouve une douleur de hanche gauche à la mobilisation, demande des radiographies de hanche : pas d'anomalie.
- 15 jours plus tard demande d'une IRM de hanche car les douleurs persistent : tumeur osseuse évoluée au niveau de la métaphyse fémorale...

# Pour finir

- Madame F, 68 ans, vue avec l'interne un lundi à 11h.
- Diabète de type 2, hypothyroïdie, arthrose généralisée avec douleurs articulaires diffuses, colopathie fonctionnelle.
- Consulte pour douleur épigastrique irradiant à l'hypochondre droit (HCDt).
- *“ c'est ma vésicule Docteur, il faut me faire faire une échographie, et donnez moi quelque chose pour que j'aie moins mal ”*
- **Entretien** : la douleur est présente depuis plusieurs jours, intense, bloquant parfois la respiration. Pas de fièvre
- **Inspection** : pâleur intense
- **Examen clinique** : abdomen sensible avec douleur à la palpation de l'HCDt, tachycardie modérée 100/mn, TA : 120/80.

# Hypothèses diagnostic

- A. Cholécystite aiguë lithiasique
- B. Douleur Psychosomatique
- C. Infarctus myocardique

# L'interne

- Hypothèse A : demande une échographie,
- Prescrit un antibiotique et un antispasmodique.
- Prévoit une consultation en gastro entérologie ou en chirurgie en fonction de l'échographie.

# Le docteur

- Hypothèse C :
- Réalise un ECG : subnormal, tachycardie avec discrets troubles de repolarisation en territoire inférieur.
- évoque une hospitalisation avec Madame F. qui refuse catégoriquement :
- *« vous me faites faire mon écho et vous me donnez un médicament pour me soulager. On verra ensuite »*

# Ce qu'il s'est passé

- Le Docteur demande un dosage biologique et, en fonction, décidera avec la patiente. La biologie confirme une demi heure plus tard la lésion cardiaque.
- Madame F. est hospitalisée à 13H. Elle sera opérée le lendemain en urgence car elle a fait une rupture de pilier de la valve mitrale.
- Tout va bien aujourd'hui.

# Conclusion.

- « Toute décision naît de la conjonction d'une information et d'une compétence »

F. Bloch Laine

- Merci de votre attention.

# Bibliographie.

- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evid Based Med.* 2002 Mar-Apr;7(2):36-8.
- Bernat J. P. Quelques réflexions sur le concept d'information. *Int. J. of Information Sciences for Decision Making.* 1999 ; 3 : 7 – 16.
- Moumjid N, Carrère M.O., Charavel M., Brémont A. Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer. *Health Expectations* 2003. 2003 ; 6 : 222 – 227.
- Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences Sociales et Santé.* 2008 ; 26 (1) : 67 – 89.