



Le concept d'information en médecine générale

Dr Yves ZERBIB

Département de Médecine Générale

UCBL I

- 
- Introduction
 - L'information au patient
 - Définition
 - L'information au médecin ou la démarche de raisonnement clinique :
 - Pourquoi recueillir de l'information ?
 - Recueil de l'information : comment
 - Usage de l'information : le raisonnement ; L'EBM
 - Les différents modèles relationnels
 - L'incertitude en médecine
 - Conclusion.

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 I :
 - 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 connaissance.
- 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 préexistantes.
 - 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.

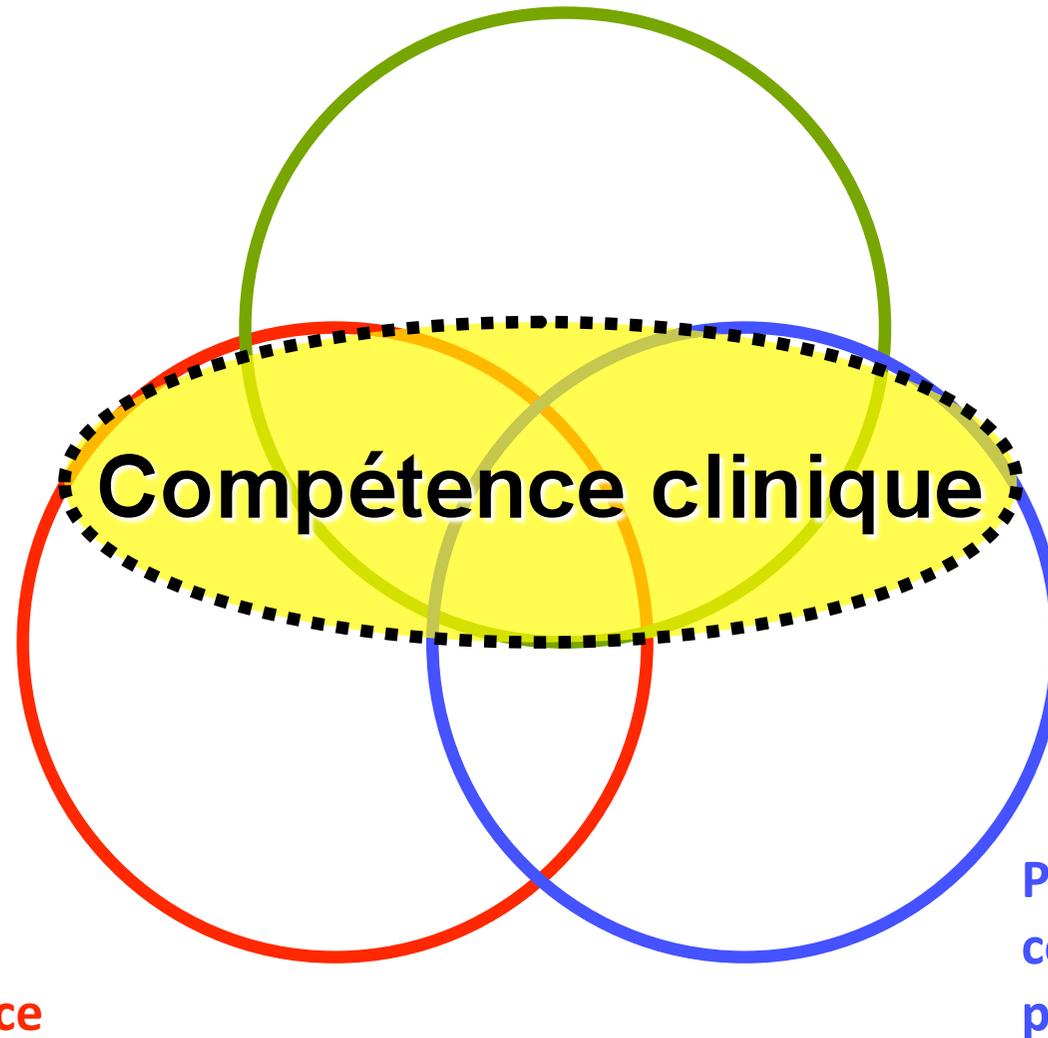


Un modèle

- 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



Données
Actuelles
de la Science

Préférences et
comportement du
patient

- 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, ses représentations, 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



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.



Le modèle paternaliste :

- « processus du médecin décideur »
- Modèle traditionnel
- Principe : bienveillance
- Culture : latine
- Fondements : droit romain
- Avantages : protection/souffrance, réduction e l'anxiété
- Risques : pouvoir médical, toute puissance.



Le modèle informatif

- « processus du patient décideur »
- Principe : autonomie
- Culture : anglo-saxonne
- Fondements : habeas corpus, common law
- Avantages : liberté de décision
- Risques : indifférence, déresponsabilisation du médecin.



Le modèle délibératif

- « processus de décision partagée » ou « processus de révélation des préférences du patient » ou « approche centrée sur le patient »
- Différentes étapes :
 - Information
 - Délibération
 - Décision.



Un médecin paternaliste

- Monsieur C. N. consulte car on lui a trouvé de manière fortuite des calculs dans la vésicule biliaire.
- « Que dois-je faire Docteur ? »
- Réponse : il faut vous faire enlever cette vésicule car vous risquez de faire une cholécystite aiguë et de vous retrouver au bloc en urgence.



Un médecin informatif

- Monsieur C. N. consulte car on lui a trouvé de manière fortuite des calculs dans la vésicule biliaire.
- « Que dois-je faire Docteur ? »
- Réponse : vous avez 15% de chances de faire une cholécystite aiguë dans les 5 ans, 30% de chance de faire un cancer vésiculaire sur vésicule atrophiée dans 20 ans, un certain pourcentage de chances de mourir à 90 ans d'autre chose. À vous de décider ce que vous voulez faire.



Un médecin centré sur le patient

- Monsieur C. N. consulte car on lui a trouvé de manière fortuite des calculs dans la vésicule biliaire.
- « Que dois-je faire Docteur ? »
- Réponse : il y a un risque de cholécystite aiguë lithiasique, si vous ne faites rien, il y a un risque de cancer sur vésicule atrophique, et il peut aussi ne rien se produire sur votre vésicule. Que préférez vous faire ?



Ce qu'il s'est passé réellement

- « Mais Docteur, vous feriez quoi à ma place ? »
- Réponse : tout compte fait, vous êtes en bon état général, votre vésicule n'a jamais fait parler d'elle. Je vais vous donner les signes d'alarme devant une cholécystite. Vous pouvez prendre le risque d'attendre si vous le souhaitez.



Un problème

- **Quid de l'incertitude en Médecine Générale ?**



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)

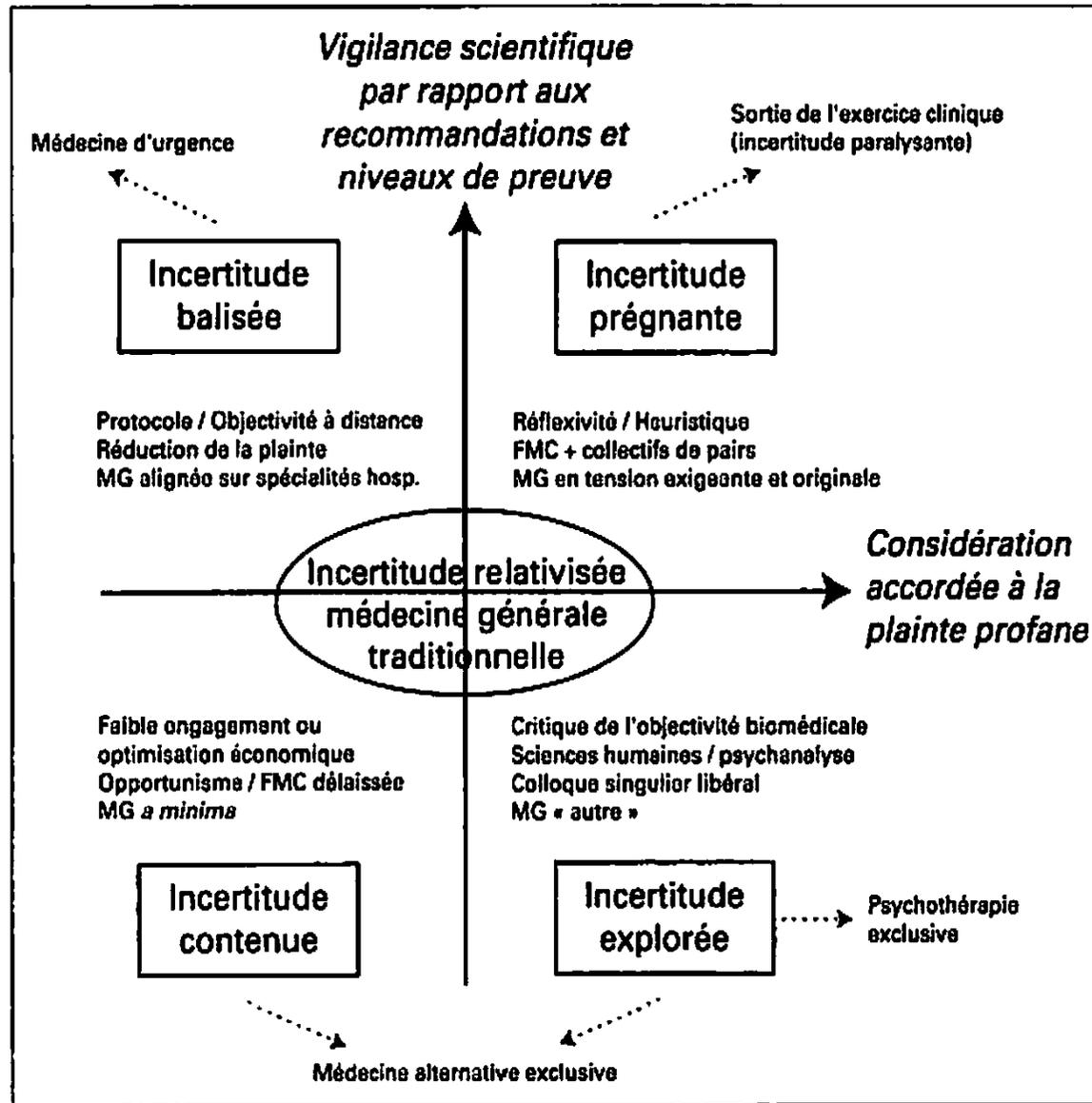


L'incertitude en médecine

- Le rapport au savoir médical : 3 niveaux d'incertitude :
 - Niveau 1 : « maîtrise 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.

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...



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.