

COURS SUR LA DECISION MEDICALE

(T2 4h Dr Philippe Grunberg, Dr Marie-Eve Vincens)

INTRODUCTION

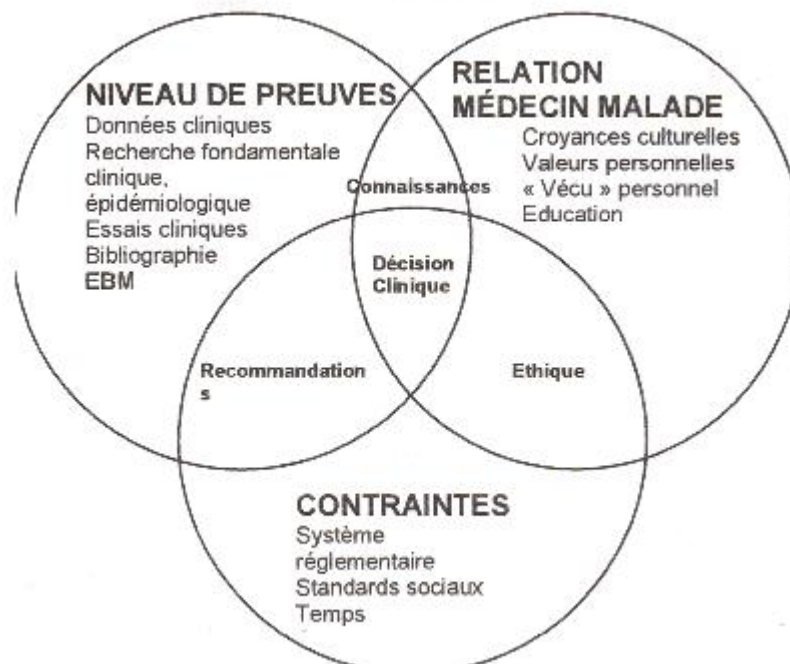
La consultation médicale est un espace de rencontre entre **2 expertises** :

- Celle du médecin : Il a un diplôme attestant qu'il a suivi des études, il a une expérience professionnelle, il a une certaine personnalité.
- Celle du malade : Il a une certaine connaissance de lui-même, il sait de qu'il ressent, il a son idée sur la maladie, il a sa propre idée des médecins, il a sa propre idée du médecin qui est en face de lui.

La décision que prendra le médecin à l'issue de la consultation est déterminée par la conjonction de 3 éléments :

- Les données issues de la compréhension et de l'analyse de la demande du patient
- Les données actuelles de la science
- Les réalités du système de soins.

Tous ces éléments sont illustrés par le diagramme suivant :



(D'après J.M. CHABOT)

La décision finale devra être expliquée, négociée et acceptée par le patient : **On parle de décision partagée.**




LES ELEMENTS DE LA DECISION

1) Les données actuelles de la science.

- Elles reposent sur la connaissance de la valeur diagnostique de ce que l'on observe: [valeur diagnostique d'un test.doc](#) (1).
- La connaissance des recommandations et de leur grade :

Niveaux de preuve et forces des Recommandations (2)

La quantification des **niveaux de preuve** repose sur des scores, permettant de hiérarchiser la qualité de l'information scientifique disponible. Cette hiérarchisation tient compte de la méthodologie utilisée dans les sources de l'information (1). Les niveaux de preuve concernent donc les articles originaux décrivant une étude.

Niveaux de preuve scientifique (d'après Sackett)	Notre formulation de ce niveau de preuve
1. Grands essais comparatifs randomisés avec résultats méthodologiquement indiscutables.	PROUVE 
2. Petits essais comparatifs randomisés et grands essais avec résultats incertains. 3. Essais comparatifs non randomisés avec groupe contrôle contemporain, suivis de cohortes. 4. Essais comparatifs non randomisés avec groupes contrôles historiques, études cas-témoin.	PROBABLE 
5. Pas de groupe contrôle, essais contrôlés sur des critères intermédiaires, séries de patients, consensus professionnels, opinions d'experts.	ACCEPTÉ 

Des **recommandations pour la pratique clinique** sont habituellement élaborées :

- soit à partir de résultats d'études,
- soit à partir d'opinions (consensus d'experts par exemple).

La force des recommandations est donc directement dérivée des niveaux de preuve des études ayant servi à leur élaboration. Elles sont alors présentées par une lettre A, B, C, correspondant à nos 3 niveaux : Prouvé, Probable, Accepté.

- La sélection des informations et de leur source :
[Apprendre à lire un article médical.doc](#) (3)

Qu'est ce qu l'EBM ?

Selon [une présentation de l'université de Liège](#) (4), l'EBM consiste à baser les décisions cliniques, non seulement sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience qui sont les principales composantes de la médecine traditionnelle, mais également sur des "preuves" scientifiques. Par "preuves", on entend les connaissances qui sont déduites de recherches cliniques systématiques, réalisées principalement dans le domaine du pronostic, du diagnostic et du traitement des maladies et qui se basent sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale courante. Les études cliniques considérées sont des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, mais aussi des études transversales ou de suivi bien construites lorsqu'il s'agit d'évaluer un test diagnostique ou de pronostiquer l'évolution d'une maladie. »

[glossaire EBM.pdf](#) (5)

2) Les données issues de la compréhension et de l'analyse de la demande du patient.

Données venant du sujet patient

La personnalité

L'origine et la culture

La demande explicite

La demande implicite

Données venant du sujet médecin

Idem + la formation

La place de la subjectivité en médecine générale

La régression

Le transfert

Le holding

Données de la relation médecin-patient :

Les 3 espaces de la relation thérapeutique (L. Velluet) :

- L'espace primaire,
- L'espace transitionnel,
- L'espace d'autonomie ou d'intégration

Les 3 registres d'intervention du médecin généraliste (J.F. Renault) : s'appuie sur les 3 mots pour définir la maladie en anglais : Disease, Sickness, Illness

- Bio thérapeutique (disease), quoi ?
- Socio thérapeutique (Sickness), comment ?
- Psycho thérapeutique (Illness) pourquoi ?

3) Les réalités du système de soins = les contraintes

Il s'agit des contraintes administratives, des contraintes liées à l'accès aux soins, médico-légales, de temps et de rentabilité.

Le plateau technique et sa disponibilité

La disponibilité des correspondants

Le temps : celui du patient et celui du médecin

Les contraintes économiques (du patient et du médecin)

Les données réglementaires : Sécurité Sociale, Civiles, Pénales, Ordinales

LE PARTAGE DE LA DECISION

[LA DÉCISION MÉDICALE PARTAGÉE \(A Froment\).doc\(6\)](#)

BIBLIOGRAPHIE

1. Valeur diagnostique d'un test. F Delahaie, G. Durand de Gevigny (cours de cardiologie de l'université de Lyon 1)
2. Durieux P. Les recommandations pour la pratique clinique in "L'évaluation médicale: du concept à la pratique", sous la direction de Yves Matillon et Pierre Durieux, Flammarion Médecine-Sciences, 1994, 161p.
3. Apprendre à lire un article. A Froment, M Gouton, F. Gueyffier (cours de cardiologie de l'université de Lyon 1)
4. Introduction à l'Evidence Based Médecine (Université de Liège)
5. Glossaire des termes utilisés en Evidence Based Medicine M.van Driel (édition. MINERVA)
6. La décision médicale partagée A. Froment (Prescrire dec 1999).
7. Pédagogie de la relation thérapeutique (Conférence permanente de la médecine générale)
8. Le médecin, un psy qui s'ignore. L ; Velluet (
9. « Communiquer EBM » pour mieux partager la décision Bibliomed 354 du 9 septembre 2004
10. EBM : « p » et intervalle de confiance. Que nous apportent-ils ? Bibliomed 371 du 27 janvier 2005
11. La prescription des généralistes et ses déterminants. Bibliomed 408 du 5 janvier 2006.
12. La pratique médicale façon EBM. EBM journal (édition. française) 2000 ; 24 ; 01
13. Peut-on analyser la décision médicale ? Eric Galam. La revue du praticien MG ; tome 15 du 11 juin 2001; 542 ; 1323
14. La décision partagée ; revue Prescrire ; décembre 2002 ;tome 22 ;234
15. Glossaire des termes utilisés en Evidence Bases Médecine : M. van Driel ; édition MINERVA
16. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie (Payot)
17. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore (Lharmattan).
18. Conférence permanente de la médecine générale : Pédagogie de la relation thérapeutique (editoo.com).
19. Freud S. Abrégé de psychanalyse (puf)
20. Freud A. Le Moi et les mécanismes de défense (édition Lharmattan).

QUESTIONS

1. Quels sont les 3 déterminants de la décision médicale ?

Les données de la science

Les données issues de la compréhension et de l'analyse de la demande du patient

Les contraintes : la réalité du système de soins

2. Quels sont les éléments permettant de décrypter une demande implicite ?

L'écoute, l'observation, le temps consacré à la consultation ou sa répétition

La discordance entre le discours et la réalité clinique

La prédominance de plaintes fonctionnelles : fatigues, douleurs, malaises, faux vertiges

La communication non verbale du patient : agressivité, pleurs, silence, gestuelle, lapsus, ton de la voix, dénégation

3. Quels éléments propres au médecin interviennent dans sa décision ?

La disponibilité

La capacité d'écoute

La capacité de distance

La formation

Le propre vécu

La conscience de ses limites

La capacité d'adaptation aux désirs du patient

La capacité de négociation

Le plaisir (?)

4. Quelles sont les contraintes pouvant intervenir sur la décision médicale ?

Le plateau technique et sa disponibilité

La disponibilité des correspondants

Le temps

Les contraintes économiques (du patient et du médecin)

Les données réglementaires : Sécurité Sociale, Civiles, Pénales, Ordinales

5. Quels sont les 3 espaces de la relation thérapeutique (L VELLUET) ?

L'espace primaire : Le patient est totalement dépendant du médecin

Ex : Comment va votre diabète ? –Ben c'est vous qui allez me le dire, c'est vous le docteur !

L'espace transitionnel : Le patient peut penser sa maladie, se l'imaginer et s'approprier progressivement les modalités de sa prise en charge.

Ex : Comment va votre diabète ? Je commence à ressentir les effets de votre traitement, je suis moins fatigué, et d'ailleurs mon hémoglobine glyquée a bien baissé ; regardez docteur.

L'espace d'autonomie : Le patient se situe en tant qu'adulte interlocuteur dans son dialogue avec le médecin

Ex : Comment va votre diabète ? Sûrement mieux car j'ai modifié mon alimentation et j'ai déjà perdu 5 kg. De plus je souhaite arrêter de fumer. Que pensez vous des substituts nicotiques et des nouveaux traitements ?

6. En quoi consiste un groupe Balint ?

Réunions régulières d'une dizaine de médecins, un médiateur psychanalyste, analyse non pas de l'acte médical lui-même mais des éléments conscients ou inconscients du médecin qui les ont conduits.