

# DÉMARCHE DÉCISIONNELLE DU MÉDECIN EN SOINS PRIMAIRES

François Raineri, Michel Arnould, Pascale Arnould

Les Groupes de Pairs reposent sur l'analyse réflexive de la pratique à partir de cas cliniques issus de l'exercice quotidien des participants. Ces cas sont choisis de façon aléatoire par tirage au sort. L'objet de la réflexion individuelle et collective est donc issu de la pratique réelle. Cette analyse se fait à distance de l'action, alors que le professionnel ne pourra plus revenir sur sa décision. Une fois son travail d'analyse et d'évaluation individuelle réalisé, le médecin sera prêt à justifier, expliciter et argumenter sa démarche décisionnelle en la confrontant aux pratiques de ses Pairs et aux données de la science.

A partir des plaintes de son patient, des données de l'anamnèse, des données biomédicales, des éléments contextuels, mais aussi de sa formation initiale, de son expérience et de ses propres craintes ou attentes, le médecin élabore une représentation du ou des problèmes présentés de façon explicite ou implicite par le patient. Il active consciemment et inconsciemment des connaissances et des expériences<sup>1</sup> organisées et élaborées pour ne finalement retenir « en premier » que le ou les tableaux sémiologiques les plus probables, gardant toujours à l'esprit les risques pouvant être évoqués.

## Description propre aux soins primaires des problèmes pris en charge

Pour débattre du cas, le médecin doit décrire à ses pairs de façon précise et discriminative le ou les problèmes pris en charge au cours de la consultation. L'utilisation du Résultat de Consultation<sup>2</sup> permet de mieux décrire le tableau sémiologique observé et de préciser le degré de certitude qui le caractérise: symptôme, syndrome, tableau de maladie, diagnostic certifié.

L'identification et la prise en compte des positions diagnostiques dites « ouvertes », qui ont un potentiel évolutif risque évolutif, que sont les symptômes et syndromes conduisent le médecin à maintenir une vigilance plus grande pour la gestion du risque. Elles lui évitent de recourir « par excès », du fait de sa formation initiale hospitalière, à une position de « tableau de maladie » (nosologiquement bien définie) ou de « diagnostic certifié » (agent causal bien identifié ou avec résultat anatomo-pathologique).

**Dictionnaire des résultats**

Choix par classe

**Résultats**

DOULEUR NON CARACTERISTIQUE  
DOULEUR PELVIENNE

Voir Aussi

DOULEUR PELVIENNE  
ALGODYSTROPHIE  
ANXIETE - ANGOISSE  
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE  
CEPHALEE  
CERVICALGIE  
COCCYDYNIE  
CONTUSION  
DORSALGIE  
DYSMENORRHEE

**DOULEUR NON CARACTERISTIQUE**  
R52.9

Ce RC permet de relever les phénomènes douloureux dont se plaint le malade, pour lesquels, malgré un examen clinique soigneux, il n'est pas possible de déterminer l'origine de la douleur. La douleur est alors le seul élément de certitude qu'a le médecin en fin de séance. (A noter que selon les relevés à notre disposition, ce RC sera révisé dans au moins un cas sur 10).

**MANIFESTATION DOULOUREUSE**

- 1 localisée (localisation à préciser en commentaire)
- 1 localisations multiples, diffuses (à préciser en commentaire)
- SANS SYMPTOME OU SIGNE CARACTERISTIQUE D'UN AUTRE RC

- + - gêne
- + - brûlure
- + - pesanteur
- + - élancement
- + - autre (à préciser en commentaire)
- + - spontanée
- + - à la palpation
- + - à la mobilisation
- + - à l'effort
- + - irradiation (à préciser en commentaire)
- + - évoluant par crises paroxystiques
- + - avec périodicité régulière
- + - nocturne
- + - diurne
- + - permanente
- + - calmée par les antalgiques de niveau 1
- + - localisation
- 1 membres supérieurs

**Position**

A : Il ne peut s'agir ici que d'un symptôme.

**Suivi**

N  
 P  
 R

Sortir

## Référence aux données probantes de la science

La première étape de la médecine factuelle est *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves (littératures scientifiques, recommandations...)* actuelles dans la prise en charge personnalisée du patient. Cette recommandation figure également dans le code de déontologie: « *Le médecin s'engage à assurer au patient des soins fondés sur les dernières données acquises de la science.* »

La démarche décisionnelle impose, une fois le tableau sémiologique précisé, la recherche des références scientifiques. Celles-ci sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins issues de la médecine générale, plus ou moins en rapport avec l'organisation du système de soin national, plus ou moins en rapport avec la typologie des patients concernés. Le médecin tiendra compte de ces éléments pour évaluer son écart à « une pratique recommandée » et expliciter, justifier et argumenter la hiérarchisation, la personnalisation et la contextualisation des éléments de sa décision.

## Déterminants liés au patient

La décision médicale est indissociable du patient avec lequel, « à l'évidence en soins primaires », elle se construit, que celui-ci s'implique de façon active ou pas dans l'alliance thérapeutique. L'histoire familiale, les éléments biographiques, la culture, les conditions de vie et de travail, les représentations, craintes et attentes de chaque individu construisent une relation particulière au médecin et différente pour chaque intervenant. Les éléments de l'anamnèse et donc de la décision médicale sont influencés par ces déterminants qui méritent donc d'être objectivés par le médecin (grille de recueil des cas) et discutés par le groupe.

## Déterminants liés au système de soins

La décision médicale est également indissociable de la diversité des offres de soins loco- régionales et de leur qualité: disponibilité des ressources de soins primaires (infirmiers, aide soignants, kinésithérapeutes, structure d'aide à domicile), disponibilité des médecins consultants, accessibilité aux centres d'imagerie plus ou moins équipés, proximité de centres hospitaliers.

## Déterminants liés au soutien social

Dans la décision médicale intervient également et notamment pour les personnes âgées ou les patients en soins palliatifs, la notion de soutien social: y a-t-il une famille présente? est-elle aidante? y a-t-il un voisinage? est-il disponible et coopératif?

## Déterminants liés au médecin

Le médecin est lui-même porteur de représentations de craintes et d'attentes. Ses valeurs, son histoire, ses réticences et ses préférences, gagnent à être identifiées de façon explicite, tant pour lui-même que pour le groupe, si chacun veut en comprendre le poids dans sa démarche décisionnelle.

## Déterminants liés à la gestion de la consultation

Les conditions du travail du généraliste en France se traduisent par des contraintes fortes en terme d'organisation du cabinet et de gestion de l'activité professionnelle. « Burn out » ou pas, le généraliste doit optimiser son temps de travail et cette question de la gestion du temps disponible, du stress ressenti, de la fatigue encourue, doit être reconnue par les professionnels eux-mêmes comme un élément non négligeable de leur décision.

Cette liste des déterminants de la décision figurant dans la grille d'exposition des cas n'est pas exhaustive. Des travaux de recherche ultérieurs devraient permettre d'objectiver d'autres éléments décisionnels qui seraient susceptibles de figurer dans la grille.

## Espace de liberté

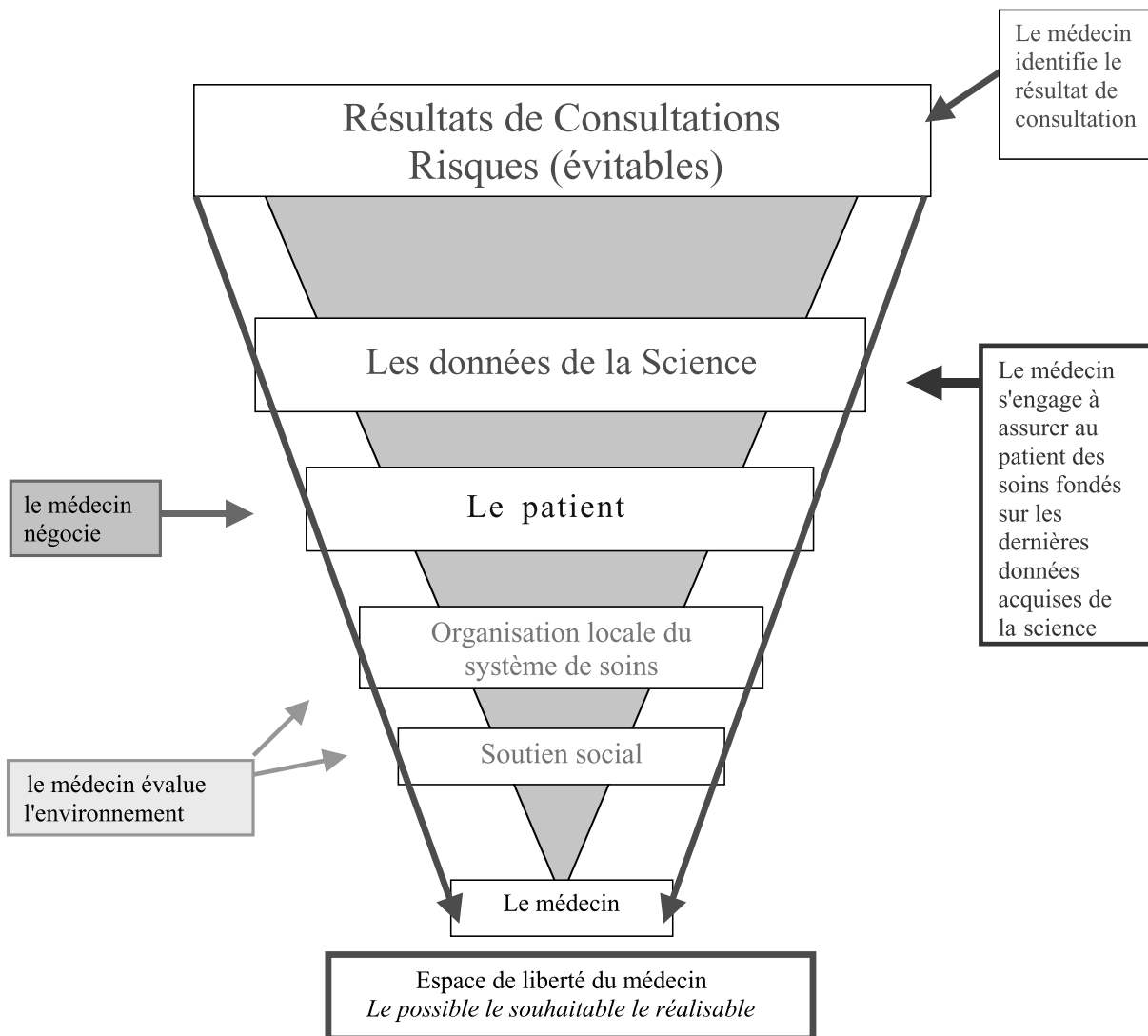
Une fois les Résultats de Consultation posés et les Risques envisagés graves, et après avoir consulté les données de la science issues des soins primaires (lorsqu'elles existent), pris en compte les éléments se rapportant au patient et à son contexte, pris en considération l'offre de soin locale, le médecin dispose d'un espace de liberté décisionnelle. Cet espace est plus ou moins réduit ou plus ou moins large en fonction des Résultats de Consultation posés et des autres déterminants.

## Discussion sur la nécessité d'une grille

L'utilisation de la grille de présentation des cas proposée par la SFMG est ressentie par certains pairs comme une contrainte soit du fait de sa complexité soit du fait de la formalisation de la présentation.

Si cette grille est évolutive et n'a pas connu sa dernière version, la formalisation du travail des pairs est cependant inévitable si ceux-ci souhaitent s'engager dans une démarche « observable » de recherche, d'évaluation et d'amélioration de leur pratique. La question de « l'objectivation » se pose à tous les groupes professionnels ayant pour objet l'analyse des pratiques. La SFMG propose pour sa part, dans la première partie de la méthodologie des groupes de pairs, un outil d'analyse et de réflexion qui vise à mettre en évidence au sein

## Le chemin décisionnel



d'un groupe de professionnels de même exercice les déterminants majeurs repérables des décisions que ceux ci sont amenés à prendre. En remplissant sa grille de recueil, tranquillement, chez lui, à distance de l'action, le médecin analyse rétrospectivement sa pratique en « prenant en conscience » nombre d'éléments du cheminement de la décision et dont il fera in fine le récit aux autres. Il est alors capable de mieux justifier et argumenter ses choix, en particulier s'ils ne correspondent pas aux pratiques recommandées.

La structuration de la consultation, résultat de l'utilisation de la grille, évite par ailleurs le dérapage de la discussion sur les seules préférences des uns

ou des autres par exemple et facilite la rédaction du compte rendu de séance, autre élément essentiel de l'EPP institutionnelle.

En définitive, l'utilisation de cet outil permet une meilleure efficacité du premier temps des groupes de Pairs.

<sup>1</sup> Décision médicale ou la quête de l'explicite Alain F. Junod M. & H p. 20

<sup>2</sup> DRMG dictionnaire des résultats de consultation N° 55/56/57