

Plusieurs Médecins soignent un même malade
Une tentative d'examen des interactions

Dans ce texte on tente d'examiner ce qui se passe entre les médecins (deux ou plus) qui soignent un même patient, simultanément ou successivement. L'auteur est depuis fort longtemps généraliste en Normandie, mais aussi chef de service hospitalier temps partiel. L'optique retenue, les documents utilisés ici sont ceux du généraliste, mais l'expérience hospitalière en fait sans doute ressortir certains aspects.

Naguère encore la situation culturelle et démographique était plus simple, et la figure : un médecin - un malade était presque exclusive : l'intervention d'un 2^e médecin était rare et temporaire, les comportements médicaux étaient plus homogènes qu'aujourd'hui.

Cette situation s'est largement modifiée. Chacun, médecin et malade, tend encore à considérer la multiplicité des rencontres comme un avatar individuel. On cherche peu à soulever le couvercle de "la boîte noire". On lit peu de choses sur le sujet, hormis quelques conseils moralisateurs (Jack Cormak. Communication With Colleagues-in-"Teaching General Practice". Kluwer publishing) ou des plaintes mélancolique sur la difficulté du contact généraliste-correspondants spécialisés (Bensaïd-la lumière médicale. Seuil. 1981 p 267)*. Cependant à travers ce qui est vécu comme une activité personnelle, ou de groupe (type d'exercice et d'institution) se profilent peut-être des mécanismes généraux d'interaction qu'on cherche ici à déceler : y a-t-il dans le contexte métropolitain des formes générales de ces interactions, et lesquelles ?

Prendre comme point de départ le point de vue d'un médecin peut sembler partial : l'importance du rôle du patient et des autres intervenants non-médicaux (soignants, sociaux) est de toute évidence considérable. L'optique ici choisie a cependant pour objectif :

- . de fournir un matériel d'étude précis, quotidien, passionnel
- . de partir de situations dont le statut culturel et historique est bien établi (le diplôme de Docteur en Médecine - le conseil de l'ordre).

INTERACTIONS Désignons ici par interactions les influences transmises par des signaux qu'exercent l'un sur l'autre (les uns sur les autres) les médecins attachés aux examens et soins donnés à un même patient. Les contacts se répétant, les interactions s'enchainant tendant à conserver . .

* Des remarques très pertinentes (malheureusement anciennes et relativement spécifiques du système de santé anglais) existent dans l'article : Communications between general practitioners and consultants *British Medical Journal* 1974. 4. 456 - 459

un type donné, représentant peut-être une sorte de système homéostatique. Dans un tel système les attitudes de base sont la symétrie et la complémentarité :

" - Dans la symétrie chaque partie fonctionne sur un pied d'égalité : chacun peut mener l'action, critiquer l'autre, donner son avis... prétend comprendre et contrôler l'ensemble de la situation.

- La complémentarité existe si deux ou x partenaires sont sur un pied d'inégalité quant aux rôles : ils s'accordent et se complètent mutuellement, admettent que leurs interactions sont limitées à priori (sauf éventuellement à un bout de la chaîne); la relation d'autorité dominante n'est pas obligatoire".

Symétrie et complémentarité. Sluzki-Beavin. Sur l'interaction. (Seuil 1977).

Symétrie et complémentarité ici désignées sont des attitudes fondamentales, mais probablement pas les seules :

MOTIF DE BASE Ici en effet le niveau unitaire n'est pas la dyade (2 médecins) mais une forme triangulaire Malade + 2 médecins (ou plus). Le rôle du malade est en effet capital, actif, qu'il "joue le jeu", mime le jeu, "mène le jeu", soit "hors le jeu". Cette forme de base à 3 au moins introduit des possibilités de stratégies complexes.

LE PARADOXE Un des paradoxes plutôt est lié à ce double regard intérieur et extérieur :

- Pris deux à deux, les M S M M* tendent à se comprendre; un discours dialogique se produit le plus souvent, d'autant plus qu'il y a contact oral ou qu'on se connaît déjà. Dans le cas contraire on s'évite.

- Globalement cependant tout tend à fonctionner en sous-réseaux presque clos, dont on applique parfois inconsciemment les codes.

"Je suis parfois contraint d'appliquer un système que pourtant je récusé"

MATERIEL DE TRAVAIL Ont été utilisés comme éléments de réflexion trois sortes de documents personnels, tirés de l'activité professionnelle.

I/ Un relevé des interactions cherchant à élaborer un code, a été étudié sur une série de 300 actes médicaux successifs non sélectionnés

* M S M M Médecins soignant un même malade.

(octobre 83) (Annexes I et II). Ont été notées 74 interactions, soit environ 25% du nombre des actes. Mais la moitié environ d'entre elles sont très mineures, très banales (souvent de type A). On aboutit donc à un chiffre voisin de celui de Courteney dans le livre de M. Balint (Six Minutes for the Patient Tavistock Publications 1973-p.154) "un sur sept des cas étudiés impliquait un médecin autre que le praticien qui rapportait ce cas".

Soient deux exemples d'interaction.

- Patiente suivie pour rectocolite hémorragique. Lors d'une visite des éléments hallucinatoires sont évidents, structurés. La conjoncture personnelle et familiale paraît très fragile et l'hospitalisation est redoutée. Des neuroleptiques sont prescrits, et contact est pris avec l'équipe psychiatrique du secteur. Cette collaboration permettra une hospitalisation ultérieure, dans de bonnes conditions, qui se révélera fructueuse. Acte classé BI.

- Patient de 36 ans, risque de désocialisation. Appel d'urgence pour otite. Il s'agit d'une otite chronique, déjà examinée en milieu spécialisé. Très nombreuses hospitalisations et consultations d'orientations diverses (médecine, neurologie, alcoologie, secteur psychiatrique) avec abondant courrier toujours en retard sur le problème du jour. Contact superficiel avec un patient dont les traits hystériques sont évidents. Classé C6

Dans cette série les interactions (25 % des actes) ont lieu :

par l'intermédiaire du malade	10%
par lettre	13%
par téléphone	2%

L'interaction a paru	Plutôt complémentaire : 13%
	Plutôt symétrique : 12%

II/ L'étude des lettres échangées entre médecins a fait l'objet d'un travail de groupe avec 2 collègues praticiens; de ces vingt réunions vespérales passionnantes où plus de cent lettres ont été étudiées, on a tiré un court travail publié dans NPN Médecine N°35. Octobre 82 "Auto-évaluons nous - La Lettre Médicale" Dr Bertrand, Raoult, Mauri. Quelques constatations découlant de cette étude sont indiquées plus loin.

III/ Une dizaine de Biographies médicales ou parcours médicaux (sur des cas choisis) ont été schématisées en deux colonnes. D'un côté l'histoire de la maladie écrite à postériori, de l'autre les différentes lettres des intervenants, y compris le praticien, à leurs dates. A deux reprises seulement le parcours a été établi sur 3 colonnes : maladie racontée par le malade (proche de la maladie autogène de Balint) - maladie racontée par le généraliste (maladie iatrogène); les lettres en coincidence chronologique avec les autres colonnes. Cette triple lecture (trop peu expérimentée il est vrai) est passionnante elle aussi. (Annexe III).

Ces trois bases de travail sont, répétons le, tirées de l'activité généraliste. En milieu hospitalier l'analyse des interactions est probablement plus difficile et les moyens d'observations devraient être adaptés à cette situation. Il paraît cependant probable à qui observe ce milieu depuis longtemps que les problématiques de base seraient analogues.

LES VEHICULES Les contacts directs (deux ou plusieurs médecins se rencontrant et discutant du cas du malade, ou se parlant au téléphone) sont minoritaires en pratique de ville.

Les contacts indirects sont de beaucoup les plus courants :

a/ Intéraction par l'intermédiaire du malade.

Elles sont fréquentes, mais le plus souvent de type implicite. La tendance très générale est de considérer le malade comme un véhicule infidèle à éviter (la lettre fermée portée par le malade en est un exemple). Quelques soient les problèmes réels de communication, il y a là un fait frappant, témoignant d'une tendance générale chez les médecins à considérer la maladie réelle comme leur affaire propre.

Contrairement à ce comportement, à cette croyance, le malade s'avère un véhicule interactif puissant entre médecins, dont les documents écrits ne donnent qu'une version expurgée.

b/ Intéraction par les lettres médicales. Ce type de documents a un puissant intérêt, en lui-même et par comparaison au discours du patient et à l'évolution du cas. (Annexe N°IV)

On a surtout utilisé ici une typologie très simple, en identifiant (ou non) sur le document, le locuteur, le destinataire, la malade, la maladie.

Le type autrefois dominant $\overset{+}{L} \overset{+}{D} \overset{-}{Ma} \overset{+}{Mi}$ (dit l'archetype : je, tu, le corps de "il") tend à être remplacé par $\overset{-}{L} \overset{-}{D} \overset{-}{Ma} \overset{+}{Mi}$ (compte-rendu, discours universitaire ou $\overset{+}{L} \overset{-}{D} \overset{-}{Ma} \overset{+}{Mi}$ (discours du maître). L'analyse grammaticale des docu-

ments fournit d'ailleurs bien d'autres indications (l'usage du futur comme impératif par exemple).

Donnons quelques exemples de cette façon d'examiner les lettres.

= Type I - Prière d'hospitaliser Mr X = (ou formes voisines) "Non lettre"
 L D Ma Mi

- Courrier parvenu tardivement au destinataire, alors que des évènements importants sont survenus dans l'intervalle, qui bouleversent la situation : c'est aussi une "non lettre"

= Type I6

Cher ami,

J'ai revu par deux fois ta malade Madame C. Elle était déjà venue en 1974.

Son histoire, qu'elle a largement complétée, repose sur les avatars de son évolution oedipienne naturellement perturbée par le comportement effectivement incestueux du père...

Il en est résulté une inhibition sexuelle importante bien que non absolue, avec une angoisse qui s'exacerbe quand une femme de l'entourage se tient mal...

Il y aurait certes beaucoup à découvrir chez cette malade, mais, son angoisse étant apaisée, elle a manifesté le désir de continuer à se faire suivre par toi, quitte à me revoir éventuellement. Je ne pouvais qu'approuver.

Formule de politesse

On identifie facilement

Le locuteur : non seulement par des éléments triviaux (nom sur l'entête, usage de la 1^e personne) mais par son désir (il y aurait beaucoup à découvrir, quitte à me revoir) et surtout "je ne pouvais qu'approuver".

Le Destinataire : élément trivial : - Ta malade

éléments signifiants : continuer à se faire suivre par toi. Je ne pouvais qu'approuver

La Maladie : clairement dénommée : angoisse liée aux problèmes oedipiens

La malade : "qu'elle a largement complétée" "elle a manifesté le désir"

= Types 2 et IO Soit la lettre suivante :

" J'ai revu Melle T. qui présente des dilatations des bronches très importantes au niveau des 2 bases.

La période d'hiver nous impose la reprise d'un protocole de traitement un peu lourd mais efficace pour stabiliser l'insuffisance respiratoire.

Elle va refaire des injections de ribomunyl sous-cutanées tous les 15 jours pendant toute la mauvaise saison.

Elle poursuit par ailleurs ses exercices de gymnastique respiratoire en aidant la fluidification des sécrétions par des médications soufrées.

L'hypothèse d'une cure thermale reste en suspens.

+ formule de politesse.

On identifie facilement la maladie : "dilatations des bronches très importantes".

On n'identifie pas le destinataire comme sujet actif; une discrète allusion est faite à son rôle : "nous impose"

La malade n'apparaît que passivement : "elle va refaire" "elle poursuit" le locuteur apparaît, de façon un peu voilée il est vrai : "nous impose" "un peu lourd mais efficace" "elle va refaire (usage du futur)" "elle poursuit".

- On est donc proche du discours universitaire $\bar{L} \bar{D} \bar{Ma} \bar{Mi}$, type 2 : l'énonciation sur la maladie y est affirmation de vérité non signée, non adressée. Actuellement la forme la plus fréquente de ce type IO est le compte rendu précédé d'une formule de politesse.

- Sur quelques éléments cependant qui identifient le locuteur, on peut rapprocher cette lettre du type IO dite discours du maître $\bar{L} \bar{D} \bar{Ma} \bar{Mi}$: c'est une affirmation de vérité signée sur la maladie.

On ne peut multiplier ici les exemples, mais il faut souligner quelques points qui nous ont frappés :

I/ L'écrit tend à une expression qui s'autonomise, évolue vers des formes qui s'imposent parfois subrepticement au sujet qui écrit (évolution historique vers le type 2 par exemple). Bien plus en tout cas que l'échange oral, interactif, beaucoup plus lié au contexte, pouvant évoluer plus facilement vers un véritable dialogue référentiel où on définit à deux les énonciations. L'échange par lettre favorise donc une sorte de "discours dévot" où l'on respecte totalement les usages, voire les tics du groupe. L'évolution extrême serait une sorte de "langue de bois" que l'on rencontre parfois sur des problèmes difficiles (placement des éléments séniles, psychopathes asociaux, certains malades dits fonctionnels...)

2/ Lire les lettres avec pertinence pose rapidement des problèmes complexes, où l'aide d'autres domaines scientifiques serait indispensable (sociologie, anthropologie, linguistique). Mais tout généraliste peut cependant avec un peu d'attention, en comparant ses propres lettres à celle qu'il reçoit, en en suivant l'évolution dans le temps, trouver des éléments significatifs qui élargissent son interprétation des données considérées souvent comme "purement médicales".

3/ Il paraît exister peu de littérature spécifique à ce sujet. Cependant des considérations, déjà un peu datées malheureusement, existent par exemple la Thèse de Mr Havas (Paris Bichat 1978), intitulée "Essai sur le discours médical". Pour l'auteur, influencé par M. Foucault et J. Lacan "le discours traverse le système médical, en double la pratique. Mais l'ubiquité du discours se paie de l'effacement du malade et du médecin comme sujets de leur énonciation". Thèse partielle, datée, mais très stimulante.

Limitées aux constatations d'un médecin généraliste, sans logistique autre que le papier et le stylo, les considérations ci-dessus exposées reposent néanmoins sur des documents (compte-rendus, fiches, lettres, interviews, discussions). Les considérations qui suivent ont par contre un caractère d'extrapolation, sont seulement des hypothèses de travail pour aborder un problème complexe.

LES NIVEAUX Un même phénomène : Intéraction entre M S M N, peut-être examiné à plusieurs niveaux.

I/ niveau de l'individu soignant. C'est le niveau souvent adopté par les généralistes (mais pas par eux seuls) prenant parfois l'allure d'un discours hystérique.

On peut distinguer trois aspects :

a/ La "croyance", les paradigmes sur lesquels le médecin fonctionne. Trois aspects types se dégagent d'un corps médical maintenant assez hétérogène :

- idéologie du corps : anatomie et biologie sont seuls explicatifs
- idéologie de la personne : la personne propre est l'essentiel
- idéologie sociale : le corps social se répercute sur l'individu

Le terme idéologie peut faire problème dans une activité qui paraît essentiellement technique comme l'acte médical. On peut cependant lui donner une acception minimale : c'est le cadre des finalités

qu'un médecin donné tend à privilégier.

D'ailleurs chez les anglo-saxons les 3 mots qui désignent la maladie ont ce type de connotation :

Disease : maladie répertoriée par les médecins

Illness : état de maladie ressenti par la personne

Sickness : état social de maladie

Ce point est souligné dans un livre récent des éditions du CNRS 1983 : "Une anthropologie médicale en France?" (articles Mitaini et Zemleni).

Une étude plus approfondie des paradigmes d'après lesquels un médecin de comporte soulèverait des problèmes difficiles, analogues à ceux qu'étudie Guy Rosalato : La psychanalyse idéaloducte (Nouvelle revue de Psychanalyse N°27).

b/ Une dimension en quelque sorte proxémique

La Proxémique (selon E.T. Hall. La Nouvelle communication Seuil 1981 p 191) étudie la perception et l'usage de l'espace par l'homme, voisinant le concept de territorialité des éthologistes. Cela a à faire avec le degré d'adhésion au malade, de prise de possession ou de distance, de propension plus ou moins large à partager. Cette dimension est largement indépendante du degré de conscience, et notablement influencée par la culture.

c/ Une fonction émetteur-récepteur : comment on reçoit et retransmet les signaux, avec quelle force et quelles modifications.

II/ au niveau des groupes soignants se dessinent des pratiques évoquant les "hypothèses de base" de Bion (Recherches sur les petits groupes - PUF 1965). Pour persister malgré les désirs individuels, un groupe tend à adopter certaines attitudes répétitives, liées à une sorte de décision collective implicite. Ces hypothèses de base sont en petit nombre : attaque - fuite - dépendance sont les principales. Les groupes thérapeutiques, formels ou informels (cycles de correspondants) tendent à fonctionner en sous-réseaux.

3/ au niveau de l'institution sociale soignants un petit nombre de modèles dominants se structurent par agglutination, établissant un langage commun de plus en plus différencié, accumulant les moyens d'action, tendant à occuper chacun pour les compte l'"espace soignant".

LES TENDANCES

Les trois niveaux du contact entre MSMM décrivent des faits assez différents. Les réactions des individus, des groupes de travail, de l'institution soignante sont le plus souvent perçues comme disjointes, relevant d'analyses, de méthodes séparées : on a beaucoup insisté sur la différence de comportement d'un individu et d'une foule (Serge Moscovici - l'âge des foules. Fayard 1981).

Mais qui cherche à distinguer les opinions des comportements, qui a pu percevoir des espaces intermédiaires entre l'individu, le petit groupe et la foule (les modes en médecine en sont un exemple : annexe V) se trouve cependant fondé à proposer une autre hypothèse : qu'on se trouve devant un phénomène globalement unique examiné à trois échelles différentes, posant des problèmes de renormalisation comme en physique (Weisbuch - quelques approches physiques de l'organisation - Colloque Cerisy Seuil 1983).

On pourrait ainsi distinguer, dans l'auto-organisation du système de relation entre MSMM trois fonctions, agrégative, explosive, stabilisante. Constater l'existence de ces fonctions tendancielle ne conduit pas forcément à sous estimer les buts conscients des individus soignants, des groupes ou des pouvoirs publics. C'est simplement admettre que certains modes de fonctionnement dérivent d'autres potentiels.

I/ Fonction agrégative

Non pas tant au niveau des opinions : on sait, depuis Arrow, la difficulté de la logique des choix collectifs (Arrow-Choix Collectifs et préférences individuelles. Calman Levy 1974. Plus récent dans Science : la logique du choix collectif N°72)

Il s'agit plutôt de l'évolution des comportements, de l'individuel au collectif, d'une sorte d'attraction unificatrice, de vague qui généralise un phénomène. On peut évoquer ici le phénomène physique de la percolation qui fait image : une conductivité macroscopique d'un ensemble de particules élémentaires est obtenue (un ordre s'est établi) si la probabilité de passage de l'action d'une particule à l'autre dépasse un seuil rigoureux. (La Percolation - un concept unificateur. La Recherche 1976 p 919).

Dans le cas qui nous occupe le contact est souvent réalisé et perçu, entre médecins, par l'écrit (la lettre) et l'on comprend ainsi qu'un langage dominant devient, à partir d'un certain seuil, nécessaire pour que l'information et les comportements qu'elle induit, circulent dans l'ensemble du système. Les sous réseaux restent isolés.

Ce réseau interactif constitué par les médecins soignant un même

malade, donc ayant un point de passage commun est difficile à modéliser. Outre l'image de la percolation (qui permettrait peut-être de comprendre des changements brusques) l'usage des réseaux d'automates pourrait conduire à décrire des tendances évolutives, par exemple les automates bouléens décrits par Françoise Fogelman Soulie. Colloque Cerisy sur l'auto-organisation - Seuil 83

Fonction explosive : Il s'agit d'un système pare excitations du genre expulsion du perturbateur, parfois sur le modèle du bouc émissaire si bien mis en évidence par Girard (Des choses cachées depuis la fondation du monde - Granet 1978).

Au niveau individuel : Sensation d'être agressé par des données inhabituelles, par un mode de pensée qui paraît étranger. Cette étrangeté paraît facilement hostile quant bien même ni sa forme ni son fond ne le seraient réellement.

La crainte déclenche fréquemment autocensure et rejet, rejet de l'étrange : malade, partie du malade, façon de concevoir la maladie.

L'ambivalence dans les situations thérapeutiques interindividuelles difficiles est magistralement exposée par Winnicott (la Haine dans le contre transfert. 1947 De la Pédiatrie à la Psychanalyse Payot p 52). Le rêve de la disparition de la partie droite du corps du médecin qui soigne un psychotique est particulièrement démonstratif me semble-t-il de cette fonction explosive au niveau individuel. Le contexte est certes assez différent de ce que nous examinons ici, (il s'agit du rapport psychanalyste patient et non médecin-médecin) : le principe d'expulsion du perturbateur est cependant similaire, et la littérature analytique fournit un matériel d'étude que le milieu médical tend à garder secret.

Au niveau des usages médicaux de groupe : on peut voir cette fonction explosive, expulsive à l'oeuvre dans les lettres que nous rattachées aux types : Discours du maître : Discours universitaire. Le destinataire dans le 1^{er} cas, le locuteur et le destinataire dans le second (et le malade dans les deux) sont expulsés.

Au cours de la petite enquête d'opinion préalable au travail sur la "lettre médicale" nous avons été frappés par la réponse de certains médecins hospitaliers, plus encore d'assistants et internes. Ce qu'ils souhaitaient de la lettre du praticien : des informations brutes (symptômes initiaux, contexte socio familial) et non des hypothèses diagnostiques qui leur semblaient leur être réservées : procédure évidente d'expulsion d'une fonction considérée comme leur attribut.

Dans l'institution soignante la constitution de chapelles, avec leurs anathèmes est courante.

3/ Fonction stabilisante

Pour prendre une comparaison astronomique, c'est l'établissement d'orbites planétaires stables.

Régie par l'usage, c'est la répartition de territoires.

Ces partages, dont la nécessité est souvent absolument évidente (un acte que le médecin ne sait ou ne peut faire) relèvent parfois cependant d'un équilibre instable, voire illogique ou discutable. (ceci est cardiologique, ceci non) il est plus stable si chacun des participants y trouve son bénéfice économique et libidinal, si l'usage s'en est établi depuis longtemps. Mais il risque alors d'être rigide et d'engendrer des circuits pervers. Les procédures "d'élimination par les examens physiques appropriés où responsabilité et décisions risquent de se diluer, où le malade se perd, pourraient en fournir des exemples.

Le mode préférentiel du véhicule d'interaction de ce mode de répartition est la lettre.

En forme de conclusion

Les interactions entre médecins soignant un même malade nous sont apparues comme un phénomène complexe, où individus, groupes et société exercent leur influence, où décisions conscientes et déterminismes diversement inconscients agissent de façon souvent intriquée, surdéterminée.

D'un point de vue très global la mise en évidence de forces centripètes (agrégation) centrifuges (explosion), la formation d'équilibres stables (de type orbital) ou instables (de type stabilité faible des thermodynamiciens. Voir Prigogine. La Nouvelle Alliance p.166 par exemple) apparenterait nos comportements à des phénomènes physiques.

Bien que choquant la notion que chaque individu a de lui-même, cela contribue cependant sans doute à certaines formes générales que prennent des phénomènes observés.

Plus près de la pratique cependant, et en particulier de la pratique généralistes quelques conséquences peuvent apparaître :

I) utilité d'examiner sa correspondance avec plus de vigilance. Garder les doubles de ses propres lettres, noter les jeux de questions-réponses, les comparer aux événements successifs de la vie du malade, de la démarche diagnostique et thérapeutique.

2) Avantages et désavantages de la transmission écrite, sa magie et ses dangers. Utilité de se voir, de se téléphoner. L'audiovisuel interactif, les banques de données interactives pourraient dans l'avenir jouer un rôle positif en ce sens.

3) Une mise en question des habitudes interactives de chacun serait utile. Les modèles suivant lesquels nous fonctionnons habituellement pour nous répartir les tâches comportent souvent des désavantages : symétrie stricte conduisant à l'isolement parfois hargneux ou à un cycle très limité de correspondants. Complémentarité stricte risquant d'aboutir à des prises en charges limitées, robotisées.

Tenant compte de la personne et les capacités des intervenants et du patient, d'autres modes pourraient offrir des perspectives meilleures. Les facteurs déterminants seraient alors l'autonomie de chaque médecin dans la limite d'accord conclus avec les autres (par exemple la distinction consultation - referral des anglosaxons), le respect tant que faire se peut du point de vue, du désir même, du patient participant à la communication. Le généraliste, qui a pour lui la durée, pourrait rester certes indépendant mais ouvert, quels que soient les autres médecins en action dans le cas actuel.

Les bons textes, comme des bons vins, vieillissent bien et gardent de la saveur : citons donc en conclusion quelques lignes de Courtenay dans le livre de Balint déjà cité (Six minutes for the Patient Tavistock p157 1973)

"Ce qui ressort clairement cependant, c'est que le généraliste à un rôle, quels que puissent être les autres médecins impliqués dans l'affaire, et c'est là ce que l'on a trouvé de plus significatif dans les cas où les résultats furent favorables" (Traduction personnelle).

Jacques BERTRAND.
Pavilly 76570

FICHE INTÉRACTIONS MÉDICALES. TYPE PRATIQUE GÉNÉRALISTE

N°	DATE	Age	Sexe	c/v

ACTUEL
 CONTACT ANCIEN ENCORE ACTIF
 SANS INTÉRACTION MÉDICALE

YÉHICULE Contact direct entre médecins
 Par le Malade
 Téléphone
 Lettre

PARTENAIRES 3 (Malade + 2 méd)

MG	Spec	Hop	Autre	S.N.M.

N 73

TYPES A = aller simple (ébauche)

B = plutôt complémentaire

C = plutôt symétrique

B1

B2

B3

C1

C2

C3

C4

C5

C6

ANNEXE N° I

TYPES D'INTERACTIONS MEDICALES
(PLUSIEURS MEDECINS POUR UN MEME MALADE)

A	Aller simple: envoi d'un patient à un confrère, à une institution: ce n'est pas encore une relation (ébauche)	
B	BI Chacun fait son boulot : la hiérarchie coordinatrice fonctionne sans confusion B2 Chacun fait son boulot : Indépendemment mais on ne se gêne pas B3 Fonctionnement séparé, frustrant, superficiel : mais sans opposition ouverte: le patient ne semble pas entrer dans le conflit latent	Plutôt de type "complémentaire"
C	C1 Personnalités médicales différentes se coordinant mal: le patient est ballotté C2 Idéologies médicales différentes : se coordinant mal : le patient est ballotté C3 CLANS Opposés (N>3) C4 On s'entrechoque les uns les autres, sans direction générale C5 Tous sont manipulés par le malade qui mène le jeu C6 Inadéquation du système de soins	Plutôt de type "symétrique"

En fait si les modes C4C5 sont sûrement symétriques, C1C2C3C6 fonctionnent plutôt comme hypothèses sur le rôle des acteurs.

ANNEXE II

BIOGRAPHIE MEDICALE D'UN PATIENT

Cas Xo... Rabah

MALADE	GENERALISTE	AUTRES MEDECINS
Souffre de don ulcère gastrique ancien. Demande le renouvellement du traitement	.Ce malade fait un peu peur .Traitement d'ulcère .Inquiet pour la femme qui se dit brutalisée et envisage séparation.	Ⓛ Gastro-entéro:hospitalisa- tion : ulcère prépylorique récidivant résistant .Transfert en chi- rurgie
Séparation du couple : ne peut vivre sans sa femme.	Envoi au Gastro-entéro Ⓛ après discussion car réservé	Ⓛ Chirurgie : Dragstedt+pyloro- plastie Histologie bénigne
Demande chirurgie devant aggravation des douleurs		Ⓛ Convalescence : Bon état mais hypo- glycémies
Continue de plaindre Ne peut vivre sans ses enfants.	Envoi en consultation Ⓛ Tentative de discussion approfondie.	Ⓛ Chirurgien : tout va bien Pas besoin de le revoir en consultation
Tentative de suicide (absorption anti-cholinergique.		Ⓛ Service Médecine : . Décrit le parcours . Propose consultation psychiatrique

Refus du contact
psychiatrique
Souffre toujours
tend à se désocialiser

Reprend le travail

Se plaint au
médecin du travail

Se plaint au MT
Demande endoscopie

Ne peut amorcer un
contact réel : on
reste sur la plainte
physique

Renouvelle le traitement

Ⓛ Lettre explicative au
médecin du travail

Accepte après discussion
l'endoscopie que demande
le patient

Non revu (3 mois)
Pas très satisfait du
mode de prise en charge
qu'il a offert au patient!

Ⓛ Médecin du travail
décrit des troubles
divers
suggère endoscopie de
contrôle.

ANNEXE N° III

Document schématique, qui tente d'examiner
la relation chronologique: évolution du cas -
courrier reçu et envoyé

Ⓛ indique une lettre examinée.

ANNEXE IV

STRUCTURE DE LA LETTRE MEDICALE
(adressée nommément, de médecin à médecin,
à propos d'un malade).

LOCUTEUR	DESTINATAIRE	MALADE	MALADIE	CODE	N° / NOM				
- Absent	-	-	-	-	- - - -	1 "Non Lettre"			
			+	+	- - - +	2 "Compte-rendu = Discours d'universitaire"			
		+	-	-	-	- - + -	3		
				+	+	- - ++	4		
		+	+	-	-	-	- + - -	5	
					+	+	- + - +	6	
				+	+	-	-	- + + -	7
						+	+	- + ++	8
+ Présent	-	-	-	-	- - - -	9			
			+	+	+ - - +	10 "Discours du Maître"			
		+	-	-	-	+ - + -	11		
				+	+	+ - ++	12		
		+	+	-	-	-	+ + - -	13 "La Séduc- tion"	
					+	+	+ + - +	14 "L'archétype"	
				+	+	-	-	+ + + -	15
						+	+	+ + ++	16 "TYPE complet"

NB : L'identification de l'item exige plus que l'indication du nom ou l'usage d'une formule de circonstance.

LA MODE SELON LITTRÉ

C'EST UN COMPORTEMENT DE GROUPE

USAGE

PASSAGER

SON CARACTÈRE TEMPORAIRE EST ESSENTIEL

QUI DÉPEND

DUGOUT

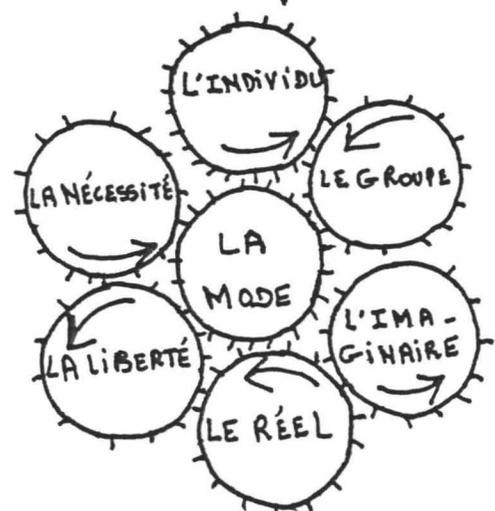
ET

DU CAPRICE

LIÉ AUN IMAGINAIRE LIBERTÉ AU MOINS APPARENTE

FORTEMENT MARQUÉ PAR L'IRRATIONALNEL MALGRÉ SUR DÉTERMINATION A PLUSIEURS NIVEAUX

L'ENGRENAGE DE LA MODE



MODES EN MÉDECINE

EXEMPLES :

- CEINTURE ANTIPOSIQUE
- pour partie Traitement anticoagulant.....
- Spasmophilie.....

Travail de L'AMA, groupe de généralistes de l'Austreberthe.

Indications Bibliographiques

Le sujet ci-dessus examiné est abordé de façon artisanale. Sur les problèmes généraux qu'il soulève une bibliographie immense existe, probablement, hors de portée. Mais quelques ouvrages généraux antérieurement lus sont cependant cités d'abord car ils représentent sans doute des bases de départ, et on déclanché la curiosité.

- de l'ordre de la sociologie l'ouvrage de M. Crozier et E. Friedberg : l'acteur et le système. Seuil 1977. Y sont décrits en particulier les effets-systèmes, contre-inductifs, pervers, que déclanchent les pouvoirs individuels des acteurs dans une organisation.

- de l'ordre de la linguistique : l'ordre Médical - J. Clavreul - Seuil 1978
Dialogiques - Recherches logiques sur le dialogue - Francis Jacques PUF 1979

- de l'ordre des mathématiques, des problèmes de décision dans l'incertain, de négociation, par exemple de J.P. Ponsard. Logique de la négociation et théorie des jeux: les éditions d'organisation 1977.

—————

Reprise par ordre alphabétique des auteurs cités dans ce texte :

- 1) Arrow: Choix collectifs et préférences individuelles : Calman Levy 1974
- 2) Balint : Six Minutes for the Patient Tavistock Publications 1974
- 3) Bensaïd : la lumière médicale - Seuil 1981.
- 4) Bertrand-Raoult-Mauri : NPN Médecine : La Lettre Médicale N°36-1982
- 5) Bion : Recherche sur les petits groupes - PUF 1965
- 6) Blair et Pollak - La logique du choix collectif. Pour la science N°72
- 7) CNRS : Une anthropologie médicale en France ? Editions du CNRS 1983
- 8) Cormack : Communication With colleagues-in-"Teaching General Practice" Kluwer publishing).
- 9) Courtenay (Six minutes for the Patient (Tavistok 1973)
- 10) Fogelman Soulie : Colloque Cerisy sur l'auto-organisation - (Seuil 83).
- 11) Girard : Des choses cachées depuis la fondation du monde-Grasset 1978).
- 12) Hall In : La nouvelle communication Seuil 1981 p.191).
- 13) Havas : "Essai sur le discours médical" 1978. Thèse Bichat
- 14) Long-Atkins: Communication between general Practitioners and Consultants - British Medical Journal 1974 - 456 - 459.
- 15) Moscovici : L'âge des foules 1981. Fayard
- 16) Prigogine : La Nouvelle Alliance p.166 Gallimard 1979
- 17) Rosalato : La Psychanalyse idéaloducte (N.R. de Psychanalyse N°27).
- 18) Sluzki-Beavin : Sur l'interaction (Seuil 1977).

- 19) Weisbuch : Quelques approches physiques de l'organisation (Colloque Cerisy 1983)
- 20) Winnicot : La Haine dans le contre transfert 1947. (De la Pédiatrie à la psychanalyse Payot).
-

Pour impertinent que cela puisse paraître c'est la lecture de l'article de G.Rittersporn : "Qui lit la Pravda - comment et pourquoi"?.Le débat N°2-1980. qui a déclenché le désir de comprendre les écrits médicaux sur un mode qui pourra paraître peu conventionnel à certains.