

METHODES ET OUTILS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

I - LA CLASSIFICATION CODEE DES RESULTATS DE SEANCE
EN MEDECINE GENERALE (R.N. BRAUN) - Révision en cours

II - L'INDEX INTERNATIONAL DES PUBLICATIONS EN
MEDECINE GENERALE : F A M L I

I - CLASSIFICATION CODEE DES "RESULTATS DE SEANCE" EN MEDECINE GENERALE
selon R.N. BRAUN

- Rappelons qu'il s'agit de résultats à finalité décisionnelle pouvant correspondre à une des quatre positions diagnostiques possibles : le signe cardinal, le syndrome, le tableau d'une maladie, le diagnostic d'une maladie complet au sens scientifique du terme.
- La classification, telle qu'elle a été traduite, est actuellement utilisée par un grand nombre de chercheurs généralistes de la S.F.M.G. Bien entendu, s'agissant d'une première mouture en langue française, des précisions de dénomination apparaissent nécessaires, certaines concernant des germanismes, d'autres des erreurs de traduction, voire de dactylographie, qui se découvrent à l'usage. R.N. BRAUN lui-même, vient de nous en faire parvenir une première liste. Celle-ci sera complétée au fur et à mesure par les précisions que nous chercherons à apporter à toutes les demandes que vous voudrez bien nous faire parvenir sur tous les points qui vous paraissent obscurs.

Un comité permanent a été constitué par le bureau élargi qui se réunira une fois par mois à cet effet et travaillera en liaison avec R.N. BRAUN

(Drs J de BUTLER - J de COULIBOEUF - J GOEDERT - Ph JACOT - O. ROSOWSKY - G. VERY).

Nous publierons dans chaque livraison des "DOCUMENTS DE RECHERCHES en MEDECINE GENERALE" la liste des précisions et modifications que nous vous prions d'introduire au fur et à mesure dans la codification en votre possession (Documents n° 6).

La commission, en accord avec R.N. BRAUN, a achevé la révision de la classification pour les chapitres VII Maladies de l'appareil circulatoire p. 23 et le chapitre VIII Maladies de l'appareil respiratoire. Vous trouverez, ci-après, ces deux pages qui sont destinées à remplacer celles qui figurent dans la première version en votre possession (Documents de Recherches en Médecine Générale n° 6).

Ne pas oublier d'effectuer vous-même les changements nécessaires dans le tableau I de la première version qui range les résultats par ordre de fréquence.

Le chapitre XIII Maladies ostéo articulaires fait l'objet des travaux actuels de la commission. Nous publions aussi un échange de correspondances entre la commission et R.N. BRAUN, à titre d'exemple sur nos méthodes de travail.

TABLEAU II

Nomenclature des résultats d'examen en médecine générale.
 Code redistribué par chapitre de morbidité selon OMS (revu par l'INSERM) et par ordre alphabétique dans chaque chapitre (1)
 On conserve le code initial de 1955-59, chaque chiffre correspondant au rang de fréquence en 1955-59 sert de référence.
 Entre parenthèses est donné le rang en 1977-80.

Chapitre VII : Maladies de l'appareil circulatoire

	Code initial	rang en 1977-80
Arythmie complète (fibrillation auriculaire)	163	(155)
athérome	161	(137)
cardiopathies polymorphes	132	(88)
angor (avec ou sans signes électriques), et insuffisance coronarienne27 a)	27	(24)
- autres précordialgies (note 2)27 b)		
embolie des extrémités	261	(233)
épistaxis	69	(114)
hémorragie veineuse	156	(215)
hémorroïdes	134	(47)
hypertension	18	(2)
hypotension	394	(314)
infarctus du myocarde	180	(123)
insuffisance cardiaque aiguë	147	(193)
insuffisance cardiaque chronique	31	(10)
valvulopathie cardiaque	208	(329)
insuffisance circulatoire	247	(222)
artérite des membres inférieurs	308	(127)
sénilité, artériosclérose généralisée	101	(46)
myocardite	312	(300)
oedème des pieds	122	(135)
tachycardie	107	(116)
tableau de thrombophlébite	46	(28)
autres troubles du rythme cardiaque (extrasystoles, bradycardies, bigéminisme, etc...)	413	(317)

(1) les chapitres apparaissent dans la liste selon l'ordre de fréquence où les pathologies correspondantes apparaissent en médecine générale

(2) Il s'agit d'algies sans substrat "actuellement" classifiable, à ne pas confondre avec les précordialgies d'origine pariétale, digestive, psychogène, etc.. qui sont à classer au chapitre correspondant.

	<u>Code initial</u>	<u>rang en 1977-80</u>
Syndromes de Raynaud, autres syndromes vasomoteurs des extrémités	389	(245)
ulcère de jambe	66	(66)
varices	73	(25)
vertiges	26	(12)
 <u>Chapitre VIII - Maladies de l'appareil respiratoire</u>		
angines, amygdalites	9	(33)
asthme	44	(30)
bronchopneumopathie chronique	99	(115)
bronchite aiguë	56	(140)
catarrhes des voies respiratoires combinés dans les différents secteurs	29	(16)
tableau de coqueluche	34	(320)
dyspnée	67	(188)
emphysème	138	(228)
epistaxis	69	(114)
hyperthrophie tonsillaire	226	(221)
laryngites	85	(68)
autres maux de gorge	78	(53)
nez-sec	377	(361)
phlegmons de l'amygdale	113	(228)
pharyngites	20	(23)
tableau de pneumopathie aiguë	38	(99)
rhinite	47	(35)
tableau d'une sinusite	59	(59)
toux	3	(6)
tuberculose pulmonaire	186	(328)

A PROPOS DU MODE DE TRAVAIL DE LA
COMMISSION, UN ECHANGE DE CORRESPONDANCES
avec R.N. BRAUN, à titre d'exemple.

société
française
médecine
générale

Paris, le 25 Juillet 1983

Monsieur le Docteur R.N. BRAUN
BRUNN AN DER WILD
A 3595 (Autriche)

Lieber Freund,

La Commission de la nomenclature s'est réunie le 19 juillet au soir et nous nous sommes efforcés de tenir compte de vos remarques, mais aussi de respecter au maximum la structure de votre nomenclature puisque l'une des tâches de notre groupe de recherches de Nantes est de vérifier, sur 4 ans, votre loi sur la répartition régulière des cas (la traduction de vos lettres est distribuée avant la séance).

Nous avons donc adopté les principes suivants qui s'efforcent de faire porter les mêmes constatations sous les mêmes numéros de code en France et chez vous.

- 1°/ Il s'agit toujours de diagnostics au sens "opératoire" du terme, c'est-à-dire celui qui fait décider du traitement quelle que soit la position A - B - C - D - dans l'échelle diagnostique qui va du signe à la maladie "scientifiquement" confirmée.
- 2°/ En conséquence, nous tenons compte de situations qui ont changé par le fait des traitements actuels, c'est le cas des crises d'angor qui se font rares parce que ces patients reçoivent un traitement permanent préventif des crises (beta bloqueurs, anticalciques, trinitrés de la nouvelle génération). C'est pourquoi nous avons finalement décidé d'intégrer dans la catégorie angor
 - a) ceux sans signes électriques mais cliniquement évocateurs
 - b) toutes les formes d'insuffisances coronariennes à tous les stades de leur diagnostic.
- 3°/ Lorsqu'un signe, tel la douleur précordiale, peut être classé dans une des autres rubriques de la nomenclature, nous demandons de le faire en note en bas de page (ou plus tard par un signe spécial si ces situations s'avèrent fréquentes.
- 4°/ Nous créons un sous-chapitre pour les signes impossibles à classer autrement sous la dénomination autre : ici autres précordialgies, dont l'avenir, encore inconnu, permettra peut-être une classification plus précise.

.../...

Dans ces conditions,

27 devient

27 a : angor (avec ou sans signes électriques), insuffisance coronarienne

27 b : autres précordialgies (voir note).

La même procédure a été proposée pour les maladies de l'appareil respiratoire.

Ainsi, nous distinguons :

44 : asthme (nous proposons cette même rubrique pour la crise paroxystique et l'intercriste muette, spontanément ou sous traitement permanent)
(même situation que pour angor, insuffisance coronarienne)

38 : Nous proposons pneumopathie aiguë
(qu'elle soit microbienne (franche lobaire aiguë ou non, ou virale, sans distinction quant à la nomenclature).

56 : bronchite aiguë (sous toutes ses formes asthmatiformes ou non = sans précision particulière, ne s'agissant pas d'une crise d'asthme paroxystique typique)

99 : Broncho pneumopathie chronique à nouveau sous toutes ses formes (asthme intriqué de surinfection ou sclérose, dilatation des bronches, états cicatriciels, dyspnées sous ses deux formes, toux expectoration variée, etc...)

Ici, c'est la fréquence des répétitions de bronchites auparavant classées bronchites aiguës qui fait la différence. Celle-ci se traduit dans le traitement = vaccinothérapie, antibiothérapies répétitives, etc...

pour 9, nous proposons : angines, amygdalites

pour 113, " : le terme français est phlegmon de l'amygdale
(même si dans la réalité il s'agit d'un état periamygdalien)

pour 78, " : autres maux de gorge

En effet, laryngite - pharyngite existent déjà pour tous les aspects inflammatoires. Les angoisses névrotiques ou phobiques existent aussi d'ailleurs. Autres maux de gorge correspond, nous semble-t-il, assez bien à ce que vous décrivez, et qui peut ou non passer dans une classification psy plus ou moins rapidement selon les cas et les notions, les savoirs, les goûts psychiatriques du médecin.

.../...

(Note) Il s'agit d'algies sans substrat actuellement classifiable, à ne pas confondre avec les précordialgies d'origine pariétale, digestive, psychogène, etc.. qui sont à classer au chapitre correspondant.

59 : vous portez tableau d'une sinusite frontale. Pourquoi pas tableau d'une sinusite (sans distinguer les frontales, maxillaires, ethmoïdes, qui existent et du moins pour ce qui est des maxillaires de diagnostic clinique fréquent (écoulement purulent, douleur spontanée et à la pression, parfois augmentée en faisant pencher la tête en avant).

Reste, pour finir notre débat sur la périarthrite de l'épaule en 12 b. par exemple, l'avis unanime de la commission (six généralistes chevronnés, fondateurs de la S.F.M.G., enseignants et/ou chercheurs) est que nous rencontrons fréquemment des états cliniques de douleur et limitation brutale des mouvements d'une épaule sans aucune image radialgique d'arthrose scapulo-humérale, avec parfois une image de calcifications dans l'espace acromio huméral, qui cède totalement à une ou deux infiltrations locales de cortisone retard et ne rechute que très rarement.

En cas de résistance à ce traitement, il faut suspecter un facteur traumatique avec parfois rupture de la coiffe capsulaire.

Nous ne discutons pas du tout la fréquence des arthropathies et périarthropathies du genou, mais hors les gonarthropathies avec épanchement qui vont dans le n° 88, il n'y a aucun ensemble clinique aussi typique spécifique et classique en France que celui intitulé : périarthrite de l'épaule pour laquelle nous aimerions beaucoup conserver, pour l'instant, le sous-chapitre 12 b. L'avenir nous donnera bien la fréquence réelle pour 3.000 résultats de consultation.

Voilà, Cher Ami, l'état actuel de nos travaux.

Je vous souhaite un bel été.

Bien amicalement.

Docteur O. ROSOWSKY

LETTRE DE R.N. BRAUN du 3.8.83
(traduction de sa réponse à n/lettre
du 25.7.83)

COMMISSION NOMENCLATURE : RENDEZ-VOUS
REPORTÉ du 13 au 20 SEPTEMBRE à 20h30
chez ERGUY (pour cause de réunion de
bureau le 13.9.)

Cher Ami,

Je me suis tout spécialement réjoui de votre lettre du 25 juillet. Donc, la "révolution tranquille" se poursuit chez vous avec une grande intensité. Je ne crois pas que les grands magiciens de la médecine furent, en leur temps, impressionnés par les activités de Vesale et de ses compagnons. Reste que les premiers travaux scientifiques d'anatomie ont développé et changé le cours de la médecine comme personne d'autre ne l'avait fait auparavant. Cependant, ce qu'il en est résulté, la seule étude des maladies, s'est révélé insuffisant pour le développement du savoir thérapeutique dans sa pratique.

Maintenant, vous avez à Nantes de véritables "anatomistes" de la médecine générale. Eux aussi, comme moi-même, ne recevront pas beaucoup d'attention de la part des grands magiciens de notre temps, cependant si nous faisons bien notre tâche, sera posée la première pierre de fondation vers un important enrichissement de la médecine. Je suis immensément heureux que ce début et ce sérieux existent en France. J'espère que vous et vos amis garderez le plaisir de travailler à ce champ fascinant de la recherche.

Cela dit, une remarque préliminaire : je compte chaque année un départ de malades d'environ 2 %. Cela ferait 8 % en 4 ans. En d'autres termes, chaque collaborateur du groupe de Nantes devrait, s'il veut collationner 100 cas statistiquement, se constituer une réserve de 10 cas donc au total 110 cas ; en cas de perte d'un patient après une année, la statistique serait poursuivie les 3 années suivantes en incluant le premier malade de la réserve disponible. Me suis-je exprimé clairement ?

.../...

(N.B. OR. : il faudra étudier ce problème avec Lemort à Nantes, du point de vue de la vérification de la loi de répartition régulière des résultats de consultation en médecine générale" qui reste un des objectifs principaux de la recherche. En effet, si le groupe de malades observé ne tient pas compte des malades qui disparaissent et sont remplacés par des malades neufs dans nos clientèles, il est possible que la loi de la répartition régulière des cas ne puisse plus être vérifiée, les échantillons observés par chaque chercheur devenant numériquement différents entre eux et différents de l'échantillon de 100 patients incluant les cas neufs qui remplacent les patients qui nous ont quitté dans la réalité des cas vus en consultation).

Passons maintenant à votre lettre : je ne considère pas du tout A.B.C.D comme une "échelle" (O.R. : terme employé par moi dans ma lettre du 25.7.83 : "échelle diagnostique").

Le progrès est justement que ces quatre résultats de consultation sont à poser côte à côte avec la même valeur. Le diagnostic (O.R. médical scientifiquement fondé et complet) n'est rien. Mieux ce n'est pas un objectif mais une de quatre possibilités. Ce changement de mode de pensée est indispensable car justement le fait de constituer une échelle de valeurs par rapport au diagnostic complet (O.R. comme sommet des modalités diagnostiques) a beaucoup contribué à l'abaissement de la médecine générale. Sans compter avec le fait, connu de nous tous, que dans la médecine spécialisée, l'état des choses n'est pas tellement brillant du point de vue du diagnostic complet.

Votre point 2 : je n'ai rien à redire contre votre conception de la rubrique angor. Dans ma pratique antérieure, je réunissais vos sous-groupes et b. plus souvent que maintenant. Actuellement, j'en étais à penser un jour ou l'autre à créer une rubrique particulière pour votre "insuffisances coronariennes", mais si nous laissons les deux situations réunies en créant deux sous-groupes, je l'accepte volontiers.

Je peux confirmer votre impression que les crises angineuses sont contrôlables (peuvent être contrôlées, prévenues). Du point de vue statistique je ne peux rien en dire de plus. Je pense, toutefois, que ces cas, dans leur majorité, n'étaient pas des patients à traitement continu et ne le sont pas aujourd'hui. En moyenne, la situation de la douleur cardiaque est rapidement ramenée à un état d'équilibre végétatif par le diagnostic somatique et la psychothérapie et ne revient chez le médecin, s'il y revient, ou occasionnellement, pour renouveler le traitement efficace.

Pour vos points 3 et 4, je ne vois rien à en dire. Vous verrez à l'usage. Je prévois des difficultés pour la séparation en sous-chapitre a et b. mais on verra bien comment cela se passera sur le terrain.

Je m'aperçois à l'instant que j'ai confondu vos a) et b) de la page 1 avec vos a) et b) de la page 2. J'aime mieux la présentation et la séparation que vous faites en page 2 : a + b de la page 1 et b) : autres. Nous verrons comment cela se répartira.

44 - Asthme - nous ne connaissons ici pas du tout l'"intercrise muette". Je pourrais imaginer que certains cas que j'ai classés comme "dyspnée" pendant un certain temps, peuvent être conçus "rétroactivement" comme intercrises muettes lorsque, enfin, une crise de bronchospasme typique survient. Est-ce cela que vous voulez dire ?

(note O.R. : non, dans l'esprit du groupe, il s'agit comme dans l'insuffisance coronarienne sous-traitement permanent, de ces asthmes sous traitement permanent (modulal, théophyllines modernes) qui deviennent infra-cliniques et réapparaissent occasionnellement, en particulier si le traitement devient irrégulier).

.../...

38 - Pneumopathie aiguë : d'accord. Je suppose que cette dénomination désigne avec assez de clarté l'image d'inflammations pulmonaires lobulaires ou lobaires non spécifiques.

56 - bronchite aiguë - ici, j'aurais volontiers constitué une sous-rubrique b/ pour Les bronchites asthmatiformes car l'étudiant doit savoir le rapport existant entre bronchites asthmatiformes et non asthmatiformes. Pour nous, cela est moins important, nous "connaissons" ces situations par expérience.

99 - Comme je le vois, vous séparez toutes les bronchites aiguës (n° 56) de toutes les formes de bronchites chroniques. Ma classification séparerait les cas de toux aigus et chroniques avec constatation de bruits bronchiques à l'auscultation sans caractère asthmatique des bronchites aiguës et chroniques avec dyspnée expiratoire. Mes rubriques sont plus faciles à définir parce que la respiration bronchospastique est un critère facile à constater alors que chez vous le problème "aigu et chronique" vient sur le tapis. Je me permets de rappeler les premières publications de LOGAN sur les statistiques de 8 praticiens britanniques : ils avaient le choix (sans entente ou enseignement préalable) entre bronchites 1-aiguës 2-chroniques 3-indifférenciées 4-toux. De toute évidence, les mêmes cas ont été classifiés de façon différente par chaque médecin. Avec cet exemple prémonitoire sous les yeux, je dois vous demander de définir aussi rapidement et précisément que possible l'aigu et le chronique afin que nous restions dans la même langue qui se constitue (Note O.R. : il me semble que l'argument d'une utilisation non préparée par une discussion - enseignement préalable par des praticiens tout venant, de la classification de BRAUN n'est pas réaliste, la concertation et la compréhension du système avant l'utilisation me semblent incontournables. D'ailleurs, s'agissant généralement d'activités de recherche, la concertation préalable est tout à fait simple à réaliser. De plus, pour ma part, s'agissant de positions diagnostiques "opératoires", c'est la notion de traitement occasionnel ou prévisionnellement répétitif, voire permanent, qui pourrait être proposée comme critère de chronicité).

78 : là, je ne comprends pas. De mon point de vue, il s'agit de patients "qui ont pris froid" ou "se sont contaminés (dans leur famille)". Tous deux n'ont que "mal à la gorge", chez l'un on voit une pharyngite (20) chez l'autre non (78). Il s'agit là des mêmes différences que dans l'état fébrile non caractéristique où de même les plaintes subjectives correspondent à des états d'inflammation pharyngée (pharyngite) ou non. A l'inverse, il y a aussi des pharyngites notables sans douleur. Je dis toujours à mes étudiants que l'inflammation de la gorge est un symptôme peu significatif parce qu'il n'y a trop souvent pas de corrélation avec les plaintes. J'enregistre la laryngite + pharyngite sous 29 (catarrhes des voies respiratoires combinés dans les différents secteurs) et la laryngite (dysphonie) séparément sous le n° 85. Naturellement, si la douleur persiste longtemps, elle peut dans des cas isolés venir se placer dans ma colonne 11 de ma systématisation bidimensionnelle (p. 216 du BRAUN : autres troubles et atteintes sur le plan neuropsychique : il s'agit de la répartition des 400 résultats de consultation en 12 chapitres proposés par BRAUN à laquelle nous avons préféré une répartition selon les chapitres de l'OMS pour conserver un niveau de comparaison avec les nomenclatures employées par les autres épidémiologistes) Mais, là aussi, cela reste un cas A (symptôme cardinal). Mais le plus grand nombre des maux de gorge sont passagers et ne se passent pas autrement que les cas de pharyngite, c'est-à-dire ceux où le médecin peut voir des modifications notables).

D'accord pour la note en page 2.

.../...

59 : ^J'étais déjà sur cette voie et n'ai pas d'opposition à compter toutes Tes sinusites sous une même rubrique. Cela fait disparaître 270 (sinusite maxillaire). Je considère cette réunion en une dénomination comme un progrès. D'ailleurs, j'avais une telle rubrique au début avec des sous-groupes; depuis un deuxième livre : "Structure fine d'une pratique généraliste 1961" je menais les deux séparément.

Pas d'opposition au sous-chapitre 12 b. (périarthrite de l'épaule). On verra bien si cela vaut la peine. Depuis le début, j'ai essayé divers sous-chapitres et m'y suis tenu ou non, c'est là une liberté que nous avons.

Samedi prochain, le Dr BUCHSTALLER vient chez moi et nous allons achever les 30 prochaines "définitions". Vous les aurez, je l'espère encore en août.

Saluez très chaleureusement de ma part les vaillants "Anatomistes"

Je vous souhaite aussi un bel été.

Bien amicalement.

R.N. BRAUN

P.S. S'il vous plaît, n'oubliez pas que chaque année je comptabilise tous Tes cas nouveaux mais aussi tous les cas anciens que je traite. Le groupe de Nantes devrait faire de même (compter chaque année à nouveau, année par année, les diabètes, hypertensions, etc.) (O.R. : Voir avec LEMORT)

ADDENDUM

Traduction partielle d'une réponse rapide de R.N BRAUN, en date du 24.8.1983 à ma question concernant son relevé des résultats de consultation du point de vue de leur fréquence pour mille. Relevait-il

1°/ tous les résultats de consultation ?

Plusieurs résultats apparaissant souvent à l'issue d'une séance de généraliste ?

2°/ Comment établissait-il son tableau des fréquences dans le cas d'affections chroniques apparaissant à toutes les consultations d'un même malade ?

VOICI SA REPOSE :

Ma statistique avait de tout temps pour objectif de saisir toutes les prestations demandées au médecin généraliste. Naturellement, le collègue de Nantes qui exerce depuis 10 ou 5 ans connaît ses patients. Il sait : celui-ci a un diabète, celui-là une épilepsie ou une névrose. Lorsque ces gens se présentent seulement pour leur diabète, leur épilepsie, leur névrose, alors j'enregistre une fois par an ce résultat de consultation.

C'est aussi ce qui se passe si un patient consulte pour une toux mais demande aussi des médicaments pour son épilepsie, son diabète, sa névrose, les états sont donc saisis statistiquement une fois par an. Par contre, si ce patient vient trois fois dans l'année pour une bronchite récidivante, alors s'il a été en bonne santé dans l'intervalle - j'enregistre trois fois les bronchites. Elles sont en effet chaque fois un problème nouveau alors que l'épilepsie, le diabète, la névrose, ne sont pas des processus mais des états qui persistent toute l'année.

C'est à quoi je me tiens pour une année chaque fois. Dans ces conditions, en trois ans de relevés, les fréquences des épilepsies, diabètes, névroses sont majorées par rapport à des processus comme état fébrile sans localisation dominante. Je le sais. Je pourrais aussi ne comptabiliser que les cas neufs que je connote d'ailleurs dans ma statistique la plus récente, ce qui permet d'en extraire les cas nouveaux annuels.

Pourquoi est-ce que je compte annuellement tous les cas ? je le fais pour fournir au généraliste débutant dans sa pratique des chiffres réalistes. Chaque débutant voit en effet au départ un mélange de cas. Pour lui, ils sont tous d'abord des cas neufs. L'année suivante, il n'en est plus ainsi. Il se trouve alors devant le problème : s'agit-il "d'états" ou de "processus" Je le répète, je comptabilise tous mes cas anciens et nouveaux dans ma statistique pour des raisons didactiques parce que c'est le seul moyen d'avoir des chiffres avec lesquels le généraliste débutant est confronté. C'est aussi pourquoi j'ai détaillé ma dernière statistique pour qu'il puisse voir ce qu'il en sera au cours de sa deuxième année d'exercice et par la suite.

Cela dit, je ne comptabilise pas tous les problèmes qui sont notés dans le dossier du malade mais exclusivement les problèmes pour lesquels il consulte et sera (éventuellement) traité. La fréquence des cas nouveaux est un tout autre problème. Et lorsqu'il arrive qu'un malade revienne de l'hôpital avec une longue liste de diagnostics, alors je n'enregistre, en règle générale, que le motif d'hospitalisation car les autres diagnostics

.../...

sont ou bien sans intérêt ou bien déjà connus de longue date. Le fait qu'il n'est pas possible de distinguer entre diagnostics principaux et accessoires a déjà été publié par moi il y a 25 ans (v. tiré à part joint).

Je le répète, dans le cours d'une année, je ne compte pas 25 fois un diabète pour un malade qui consulte 25 fois, je ne le compte qu'une seule fois. Je ne compte donc pas toutes les demandes mais les problèmes pour lesquels le malade vient chaque année.

COMMENTAIRE O. ROSOSOWSKY

En fait, il y a une différence importante entre l'objectif du travail de Nantes qui est épistémologique (quelles sont les données prises en compte et les données produites au cours de chaque séance de généraliste) et le travail de BRAUN qui reste épidémiologique. Cela dit, compte tenu des précautions prises par le groupe en particulier son code des motifs de consultation, il sera tout à fait possible en programmant correctement l'extraction des données, d'avoir un échantillon et donc des fréquences tout à fait comparables aux éléments relevés par R.N. BRAUN et donc de vérifier ou d'infirmer, par exemple son hypothèse sur la loi de répartition régulière des cas en médecine générale.

P.S. Je rappelle que le code des demandes du groupe de NANTES comporte le code suivant :

- 1 - symptôme morbide nouveau
- 2 - surveillance d'un état morbide connu
- 3 - examen ou traitement d'une fonction ou d'un appareil présumé sain
- 4 - actes divers, techniques, administratifs
- 5 - renseignements, informations, conseils, commentaires

les codes 1 et 2 permettront d'extraire les données qui constitueront l'échantillon à comparer à celui nomenclaturé et comptabilisé par le système de R.N. BRAUN.