

OMS

La Société Française de Médecine Générale tout comme le comité de classification de la WONCA situent dans la "Classification internationale des maladies" tels qu'elle est parrainée par l'Organisation Mondiale de la Santé, un des principaux obstacles au développement de la recherche scientifique en médecine générale .

A voir les considérables efforts déployés par les Sociétés Scientifiques de Médecine Générale les plus actives dans le monde depuis plus de vingt ans pour faire modifier ce qui devient un instrument de brouillage nuisant au développement normal des soins de première intention, la nécessité nous apparaît de faire connaître à la Communauté Scientifique et aux responsables de la santé publique, les arguments développés de part et d'autre afin que soient clairement localisées les zones d'inertie et les causes de la non progression de ce problème fondamental.

On trouvera ci-après l'état actuel de notre controverse , à savoir :

- une lettre de l'OMS en réponse à notre précédente publication d'information dans le numéro 17 des Documents de Recherche
- notre réponse et la reproduction d'un récent article de fond exposant l'ensemble des critiques que nous faisons à la Classification Internationale des maladies.



Téléphone Central/Exchange: 91 21 11
Direct: 91 2336

In reply please refer to: I3/374/10(10)
Priere de rappeler la référence:

Dr O. Rosowsky
Président Délégué
Reponsable du Département
Recherche scientifique
Société française de Médecine
générale
29, Avenue du Général Leclerc
75014 Paris
France

Genève, le 20 mai 1985

Monsieur,

C'est avec une certaine surprise que nous avons lu dans le numéro du 9 avril 1985 du Quotidien du Médecin le texte d'une lettre au Dr Kupka qui ne semble pas nous être parvenue.

Le point de vue que vous exposez dans ce numéro du Quotidien du Médecin nous paraît parfaitement erroné sur le plan international, et peut-être même sur le plan national qui vous est cher. Nous serons probablement amenés à utiliser notre droit de réponse pour le dire à la même audience puisque vous semblez préférer la discussion par media interposé.

Le Quotidien du Médecin s'est référé, tant le 20 décembre 1984 que le 9 avril 1985, à la nécessité d'un ajustement des rubriques de la Classification Internationale des Maladies (CIM) facilitant la bonne compréhension et la gestion des soins en médecine de premier échelon. Nous ne pouvons que souscrire à cet objectif, mais pensons que l'on sous-estime la difficulté d'atteindre un consensus eu égard à la grande diversité des conditions socio-économiques et des structures des systèmes de santé à travers le monde.

Si on analyse, par exemple, le projet de Classification Internationale des Soins Primaires ("International Classification of Primary Care"), on constate notamment :

- (i) que ce projet ne convient pas pour l'analyse du principal problème rencontré par la majorité des habitants du monde : l'absence d'accès au système de santé au moment opportun, ou même l'absence complète d'accès à des institutions appropriées;
- (ii) que la liste "diagnostics/maladies" est essentiellement basée sur les problèmes et concepts des pays très développés, mais ne donne guère de place aux conditions et maladies les plus critiques pour les pays en voie de développement, en termes de mortalité, morbidité, conséquences économiques, etc.;

./.

cc : Monsieur Jean-Pol Durand
Le Quotidien du Médecin
2, rue Ancelle
F - 92521 Neuilly-sur-Seine Cédex

Dr O. Rosowsky
Marie-Louise Gander

Page2.....
20 mai 1985

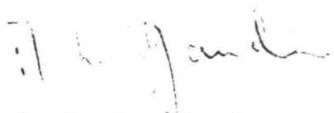
(iii) que ce projet ne permet guère de coder de façon pratique les facteurs de risque qui sont de plus en plus employés pour améliorer la gestion des soins en faveur des femmes enceintes, des nourrissons, des jeunes enfants et des personnes âgées;

(iv) que ce projet ne permet guère de déterminer les caractéristiques de l'exploitation du système de santé par les utilisateurs, à titre individuel ou collectif.

Je pourrais étendre considérablement cette liste mais pense que les exemples mentionnés ci-dessus sont suffisants pour vous permettre de réaliser que le problème que vous avez évoqué à plusieurs reprises est lié non pas à l'acceptation d'un principe, mais à celui de sa réalisation pratique. Pour les raisons que nous venons de mentionner, le projet de classification précité est inutilisable sur le plan international comme outil de recherche sur les systèmes de santé; il ne permet par ailleurs pas de déterminer les causes de morbidité ou de mortalité; il ne constitue donc pas un élément valable pour faciliter l'ajustement des rubriques correspondantes de la CIM aux besoins ressentis par les praticiens de première ligne des systèmes de santé à travers le monde.

Ainsi que je vous l'avais écrit le 14 février 1985, nous avons besoin pour ces rubriques de propositions qui satisfassent des situations sanitaires aussi variées que celles qu'on observe dans les Pays Membres de l'OMS (taux de médecins par 50 000 habitants variant de 1 à 250, dépenses de santé par habitant et par an se situant entre 1 et 1000 dollars des Etats-Unis, etc.). Le Dr K. Kupka avait signalé à votre Association le 7 janvier 1985 qu'il y avait beaucoup à faire dans ce domaine et que cela prendrait beaucoup de temps. Rien dans les textes que vous avez publiés ne semble contribuer à une solution des problèmes auxquels l'Organisation se trouve confrontée dans ce domaine. Des suggestions précises et réalistes seraient donc les bienvenues.

En vous remerciant encore de votre intérêt, veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.


Marie-Louise Gander
Assistante technique
Développement des Services
d'Epidémiologie et de
Statistiques sanitaires

société
française
médecine
générale

Paris, le 18 juin 1985

Mme Marie-Louise GANDER
Assistante technique
Développement des Services
d'Epidémiologie et de Statistiques
Sanitaires
OMS
1211 GENEVE 27 - SUISSE

Chère Madame,

J'ai pris du retard à répondre à votre lettre du 20 mai et je vous prie de m'en excuser.

Tout d'abord, sachez que la lettre que nous avons adressée au Dr KUPKA venait en réponse à une lettre que lui-même nous adressait à la place du Dr HALFDAN MAHLER, auquel nous avons écrit pour soutenir la démarche de nos amis de la WONCA et en particulier la lettre que le Dr F. FROOM lui envoyait au nom de la Commission de Classification après la réunion de Hanovre-Tietlingen à laquelle nous avons participé au nom de la délégation française. Nous avons d'ailleurs publié toute cette correspondance dans le n°13 de notre publication : "les Documents de Recherches en Médecine Générale" considérant qu'il s'agit de problèmes mal connus de l'opinion médicale alors qu'ils sont extrêmement importants de par leurs conséquences sur de nombreux plans, si bien que nous en désirons une discussion publique.

Pour en venir à vos points I,II,III,IV, il est évident que les retards pris dans la mise en place des soins de première intention dans les pays sous développés ont des aspects politiques, économiques et socio-culturels. Chacun de ces champs d'activité doit évidemment construire ses propres outils de recueil de données s'il veut étudier les problèmes qui sont de son ressort.

Dans le domaine médical qui relève d'un champ particulier, nous trouvons que l'I.C.P.C est un instrument qui permet de recueillir bon nombre d'éléments et nous avons nous-mêmes constitué, en France, un instrument du même type, en sachant naturellement que tout instrument d'observation comporte les limites inhérentes à sa structure.

.../...

(CIM) Ceci dit, nos préoccupations concernent non l'I.C.P.C mais bel et bien la "Classification internationale des Maladies" et très précisément les problèmes que pose l'usage de la C.I.M en Médecine Générale. Je ne disconviens pas de l'intérêt, pour répondre à votre lettre du 14 février, des systèmes de recueil des données utilisables par des travailleurs sanitaires périphériques (infirmier, sage femme, volontaire analphabète), mais jusqu'à plus ample informé, le médecin généraliste reste un échelon d'un autre ordre dans la mesure où il doit être ouvert à toutes les possibilités même virtuelles de la médecine moderne.

J'ose même dire que la santé pour tous ne sera véritablement atteinte que lorsque toutes les populations des pays en voie de développement (et aussi celles des pays développés) auront accès à un médecin généraliste de bon niveau autochtone ou "importé".

Ceci implique que notre discipline demeure enseignable et perfectible, ce qui signifie qu'elle dispose des outils conceptuels et instrumentaux de la recherche scientifique dans son champ propre.

Vous demandez des propositions concrètes. Nous sommes prêts à en faire une fois le problème en discussion mieux circonscrit.

Aussi, je me permets de vous adresser photocopie d'un article de fond par lequel nous montrons le rôle négatif que joue la C.I.M dans sa forme actuelle.

Si ces prémisses vous paraissent dignes de considération, nous pouvons avancer des propositions.

Vous remerciant à l'avance de votre attention, je vous prie de croire, Madame, à l'expression de nos sentiments les meilleurs et les plus distingués.

Dr O. ROSOWSKY
Président Délégué,
Responsable du Département
Recherche Scientifique.





Dr O. Rosowsky,
S.F.M.G., Département
Recherche scientifique,
71, avenue P.-V.-Couturier,
94240 L'Hay-les-Roses.

Une recherche en médecine générale, ça commence où ?

Toute science, on le sait, commence par le dénombrement et le regroupement des objets ou phénomènes observés dans son champ. Remplir cette condition n'est naturellement pas suffisant, mais, en revanche tout à fait nécessaire.

Ceci posé, de quels instruments disposons-nous aujourd'hui pour relever les résultats médicaux de nos consultations, visites et autres moyens de communication avec nos malades ?

En particulier, de quelles nomenclatures et classifications déjà existantes pouvons-nous faire usage pour saisir nos résultats diagnostiques ? Quel outil de travail permettra un inventaire qui rende compte des faits observés ?

Actuellement, des éléments de choix existent qui relèvent de travaux internationaux et français dans trois domaines :

- la classification internationale des maladies ;
- les classifications autonomes des problèmes de santé en médecine générale ;
- les acquis cognitifs sur la pratique généraliste.

La classification internationale des maladies

A leur apparition au XVII^e et XVIII^e siècle, les classifications médicales se sont faites selon deux axes d'intérêt différents :

- Un classement systématique des maladies : ainsi, "Nosologia-Methodica", par François Bossier Lacroix (1706-1777), "Genera-Morborum" par Linné (1707-1778), "Synopsis Nosologiae Methodicae" par William Cullen (1710-1790 à Edimbourg).
- Un classement des causes de décès avec une intention statistique délibérée dont l'origine semble remonter aux travaux de John Graunt consacrés aux tables mortuaires de Londres à la fin du XVII^e mais surtout aux travaux de William Farr (1807-1883), premier statis-

ticien médical du General Register Office for England and Wales, fondé en 1837. Estimant que les nomenclatures systématiques des maladies alors disponibles ne pouvaient pas servir de base à un classement statistique, W. Farr s'attacha à une nomenclature des causes de décès qui serait uniformément basée sur des principes clairement établis, et régulièrement révisée. Selon les principes de W. Farr, le dénombrement prend pour objet l'étiologie des décès, et le regroupement des termes se fait selon qu'il s'agit de maladies générales, maladies classables selon leur localisation anatomique, maladies du développement et celles qui sont la conséquence directe d'un traumatisme. Retenue au second congrès international de statistique, à Paris en 1855, la conservation des principes premiers choisis par W. Farr domina toute l'histoire des classifications médicales et les révisions successives qui en furent faites pour tenter de tenir compte de l'évolution des connaissances en médecine. Ce n'est cependant qu'en 1883 que Jacques Bertillon (1851-1922) put présenter la nomenclature uniforme qu'il avait été chargé d'établir par l'Institut international de statistique. Il avait réalisé une synthèse entre la nomenclature des causes de décès utilisée par la Ville de Paris et des classements anglais, allemand et suisses. Reste que cette nomenclature, dont la révision fut décidée tous les 10 ans et qui s'étendit au plan international, était toujours une nomenclature des causes de décès.

Le problème du classement systématique des maladies restait posé. Poussées par les besoins issus des progrès des sciences médicales et de l'extension des institutions médico-sociales, des organisations, dont une commission d'hygiène de la Société des Nations, et d'autres statisticiens renouèrent avec le classement des maladies proprement dites et d'autres problèmes de statistique médicale. Il s'agit d'efforts relativement récents puisque ce n'est qu'en 1920 que E. Roesle, de l'Office de santé publique d'Allemagne, présenta une monographie donnant la liste des adjonctions qu'il serait nécessaire de prévoir dans les rubriques de la nomenclature internationale des décès si l'on voulait utiliser cette classification pour des statistiques portant

Avant la recherche elle-même, définir un vocabulaire commun.

UNE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE, ÇA COMMENCE OÙ ?

sur la morbidité générale. En 1923, à la suite d'une résolution de Michel Huber, successeur de Bertillon, l'Institut international de statistique reconnut l'intérêt de ce type de révision, et c'est en 1928 que l'étude d'E. Roesle fut publiée par l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations.

Ebauchées lors des révisions de 1929 et 1938, ce n'est que lors de la 6^e révision convoquée à Paris en 1948 que furent prises des dispositions pour l'établissement de listes internationales de causes de maladie. Une 7^e révision eut lieu en 1955 et une 8^e en 1965. Cependant, la structure fondamentale de la classification et le principe général du classement des maladies selon leur étiologie plutôt qu'en fonction d'une manifestation particulière restaient inchangés. Ce n'est qu'en 1975 qu'une 9^e révision, issue d'une conférence internationale tenue à Genève, vit se réaliser un remaniement considérable de la CIM. En effet, si les révisions antérieures avaient pu respecter à la fois les critères étiologiques pour le dénombrement des maladies et des regroupements calqués sur un modèle d'organisation des spécialités médicales qui avait lui-même suivi les principes de regroupement de W. Farr, cette fois le développement des sciences médicales et la nécessité de connaissances statistiques sur les soins médicaux en général obligeaient à sérieusement écorner ces principes. Ainsi, on avait vu apparaître des principes de dénombrement concernant des processus physiologiques (grossesse et accouchement), des processus thérapeutiques (chirurgie), voire des stades évolutifs de maladies (oncologie) et des modes diagnostiques (radiologie, laboratoire) (1). Diverses sociétés savantes avaient d'ailleurs préparé des listes de nomenclatures nouvelles nécessaires à une meilleure saisie des informations dans les disciplines concernées.

- Définition de l'arthrite rhumatoïde par l'American Rheumatism Association - Nomenclature des maladies coronaires par l'OMS - Nomenclature biaxiale des résultats de consultation en médecine générale par le Niederösterreichische Institut für Allgemein Medizin de R.N. Braun, régulièrement utilisée et révisée de 1955 à ce jour - Publication par le Royal College of General Practitioners et la WONCA d'une "International classification of the health problems of primary care". Pratiquement, on eut recours à des codages tels que le SAI : sans autre information à l'adjonction d'un chiffre, d'un glossaire (chap. V), voire de classifications supplémentaires comme celle des "facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé", celle concernant la morphologie des tumeurs.

- Du point de vue de la classification des problèmes de santé en médecine générale, on notera d'emblée que dans la CIM 9, aucune rubrique, ni aucune classification spéciale n'est proposée pour la médecine générale extra-hospitalière. Celle-ci se trouve incluse dans les domaines non définis qualifiés de "autres" (cf. introduction de la CIM 9 p. XVI). Par ailleurs, une recommandation est formellement maintenue : celle qui veut que dans le cadre d'une prise en charge simultanée d'affections multiples, le choix d'une affection principale soit fait, laquelle reste désignée pour la mise en tableaux statistiques. Dans le même temps est reconnue l'utilité d'un codage et de l'analyse des déterminants multiples pour l'étude statistique des demandes de prise en charge en médecine générale mais aussi par les enquêtes de santé. Ces deux commentaires sont un premier facteur de brouillage, mais la CIM 9

recèle bien d'autres incompatibilités plus sérieuses pour son utilisation en médecine générale.

Rappelons qu'une classification résulte d'un dénombrement et d'un regroupement d'objets ou phénomènes observables selon des règles précises.

Ainsi, le dénombrement doit être :

- exhaustif : tout objet ou phénomène observable dans le champ donné doit y trouver sa place ;
- dénominatif : tout objet ou phénomène doit correspondre à une définition précise des caractères possédés ;
- sélectif : tout objet ou phénomène non observable dans le champ donné doit être exclu.

Le regroupement consiste à rassembler ces objets ou phénomènes selon un ordre adapté à la recherche dans le champ scientifique donné. Si l'on observe ce qu'il en est du dénombrement, on constate, à l'examen de la volumineuse classification internationale des maladies, que celles des positions diagnostiques fréquentes en médecine générale y figurant, sont noyées dans une masse d'informations sortant totalement du champ de la médecine générale, tandis que de nombreuses positions diagnostiques et de nombreux résultats de séances de médecine générale n'y figurent pas du tout, ou sous forme détournée seulement.

Prenons l'exemple du terme laryngite aiguë, la CIM 9 mentionne :

- 464.0 Laryngite aiguë à :
 - SAI
 - H. influenzae
 - œdémateuse
 - pneumocoques
 - supprimée
 - ulcéreuse.
- 034.0 à streptocoques
- 487.1 grippale.

En dehors de 464.0, SAI (sans autre indication) ou exceptionnellement 034.0 (au cours d'une scarlatine où on aurait mis le streptocoque en évidence), aucune des autres dénominations ne convient du fait que la fonction médicale du généraliste ne comporte qu'exceptionnellement la détermination des germes et jamais celle des aspects morphologiques dans les laryngites aiguës. Le principe de la sélectivité dans le choix des dénominations n'est plus respecté dans ce type de choix multiples. De plus la convention SAI comporte dans la hiérarchie des idées médicales actuelles une connotation péjorative implicite ce qui a pour résultat que des praticiens sont tentés de coder 487.1 : laryngite grippale (alors qu'ils ne recherchent pas la signature du virus dans l'exercice normal de leur profession) ou bien encore on trouvera 465.0 : laryngo-pharyngite aiguë. Dans ce cas c'est le principe dénominatif selon lequel tout objet observé doit correspondre à une définition précise des caractères possédés qui n'est plus appliqué.

En règle générale, la solution conventionnelle SAI, telle qu'elle est appliquée tout au long des chapitres de la CIM 9, a ainsi des effets pervers par le fait qu'elle s'insère dans des propositions de codages qui sont plus "attractives" au plan des fictions médicales actuelles.

Quant aux propositions diagnostiques et aux résultats de médecine générale qui ne figurent pas du tout ou sous une forme détournée seulement, il suffira de mentionner :

CIM 9 : tout se passe comme si un diagnostic précis et exact pouvait toujours correspondre à un symptôme d'appel.

UNE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE, ÇA COMMENCE OÙ ?

- 540 Appendicite aiguë (avec toutes ses variantes)
 - 540.0 : avec péritonite généralisée
 - 540.1 : avec abcès péritonéal
- 541 Appendicite sans précision
- 542 Autres formes d'appendicite.

Or, en médecine générale, il ne peut s'agir toujours que de tableaux d'appendicite, c'est-à-dire d'une décision de transfert au chirurgien. Tous les codes proposés ne représentent du point de vue de la médecine générale que des diagnostics après laparotomie et donc a posteriori déterminés en chirurgie, soit hors du champ généraliste proprement dit. Plus typique encore est le cas "ictère SAI". Ce terme n'est pas codé. Ainsi toute la série des soins et des problèmes de médecine ambulatoire qui précède la conclusion des examens complémentaires visant au diagnostic étiologique de l'ictère ne possède pas de saisie possible. On voit là deux exemples clairs démontrant que le principe d'exhaustivité, selon lequel tout objet ou phénomène observable dans le champ donné doit trouver sa place dans le dénombrement, n'est pas respecté par la CIM 9 du point de vue de la pratique généraliste.

Quant au principe du regroupement on verra plus loin en quoi les principes actuellement choisis dans la CIM 9 nous paraissent inadéquats.

Les classifications autonomes des problèmes de santé en médecine générale

La classification du Dr Braun

Depuis de longues années, des efforts ont déjà été accomplis à l'étranger pour créer une classification des résultats de consultation en médecine générale. Une des premières de ces classifications spécifiques émane du Dr Braun, ce généraliste autrichien que nous considérons comme l'un des grands pionniers actuels de la recherche généraliste dans le monde.

R.N. Braun part du concept que toute position diagnostique qui, en fin de consultation ou de visite, permet une réponse médicale raisonnée, représente un "résultat" de séance généraliste qui doit être dénombré. Il va de soi qu'une seule séance de généraliste peut aboutir à plusieurs résultats différents comportant chacun une prescription particulière. L'importance de la nomenclature de R.N. Braun repose selon nous sur quatre facteurs :

- La mise à jour du fait que la problématique généraliste résulte de quatre types de positions diagnostiques qui sont : le signe cardinal, le groupe de symptômes ou syndrome, le tableau de maladie, le diagnostic médical complet au sens de la présence de tous les éléments qui peuvent scientifiquement en établir la preuve.
- La constatation qu'en médecine générale ces quatre positions ont une égale valeur pour peu que le médecin connaisse avec précision et à chaque fois les limites que chacune de ces positions comporte.
- Un travail d'enregistrement épidémiologique des résultats de sa pratique selon sa nomenclature mené régulièrement depuis 1955 à ce jour et publié par tranches de trois ans, selon leur fréquence pour mille résultats (jusqu'à la fréquence 0,125), ainsi que leur répartition par sexe, tranche d'âge et cas neufs. Le choix du critère fréquence aboutit à une classification de 400 termes environ.

- Un effort continu de précision dans la définition de chaque dénomination retenue, en relation avec des épidémiologistes allemands, anglo-saxons, suisses et ceux de la Société française de médecine générale. Cet effort vient d'aboutir à une première version allemande d'un glossaire définissant 300 des termes proposés (Dr L. Buchstaller, Institut für medizinische Kybernetik der Universität, Wien).

Une seconde classification spécifique intéressante émane de la WONCA*

Elle a été intitulée "An international classification of the health problems of primary care (ICHPPC)". Il s'agit d'une classification obtenue selon un principe général : celui de serrer au plus près la philosophie et la forme de la classification internationale des maladies. Il s'agissait de filtrer 500 termes environ parmi lesquels seraient ajoutés les diagnostics symptomatiques et ceux d'ordre médico-social déjà repérés par des travaux généralistes faits entre 1959 et 1972 en Grande-Bretagne, Canada, Australie, Allemagne, Norvège, Israël. On se trouvait dans la phase de préparation de la 9^e révision de la CIM qui fut achevée en 1975 et qui s'efforça manifestement de son côté de tenir compte des apports du ICHPPC édité par la WONCA. Malgré cet effort, une étude médicale de morbidité en médecine générale, menée en Grande-Bretagne en 1981, révèle la persistance de difficultés dans l'usage de l'ICHPPC, et une commission fut chargée en Grande-Bretagne d'effectuer ce travail (Dr D. Crombie). L'objectif fixé à cette commission fut de préparer des modifications et de les tester par un système informatisé multicentrique développé à Manchester. La solution retenue après ce travail fut d'une part l'augmentation du nombre des dénominations spécifiques codables, d'autre part leur regroupement par synonymes tout en se rapprochant encore des codes et principes qui ont présidé à la confection de la CIM 9**.

Etant donné ce que nous avons déjà dit de l'inadéquation pour la médecine générale des principes de classification de la classification internationale des maladies, le choix fait par nos confrères anglais nous paraît a priori peu convaincant. Nous attendrons la sortie prochaine de leur nouvelle édition de l'ICHPPC pour nous faire une opinion plus précise.

Les travaux effectués en France

Fondée en 1973, la Société française de médecine générale a concentré ses efforts sur l'étude des fonctions médicales spécifiques à la médecine générale. Au départ nous avons recensé les travaux de théorisation déjà disponibles. C'est ainsi que nous avons traduit l'œuvre princeps de R.N. Braun et accepté son hypothèse de travail.

Comme lui, nous considérons que la fonction généraliste diffère en "nature" de la fonction médicale hospitalière et spécialisée.

*Organisation mondiale des sociétés savantes, collèges et académies nationales de médecins généralistes et de famille.

**New classification of diseases and problems, *Journal of the RCGP*, mars 1984, 125-127.

"Le principe selon lequel il faut, avant d'agir, toujours établir des diagnostics exacts et, dans la mesure du possible, étiologiques, n'est pas valable pour la médecine générale. Fermer les yeux et, en dépit de la réalité, faire comme s'il était toujours possible de reconnaître une maladie, n'est pas digne d'une profession qui se veut fondée sur des bases scientifiques. La médecine générale n'a pas besoin, pour satisfaire à des dogmes insoutenables, de se leurrer elle-même.

Dr R. N. Braun

Nous acceptons l'idée que ces dernières visent à aboutir à un système de clôture sur un diagnostic relevant d'un corpus de savoirs médicaux. En médecine générale, nous pensons qu'il ne s'agit plus d'identifier, au décours de toutes les techniques diagnostiques les plus avancées, un événement morbide mais de médiatiser, d'une façon raisonnée, les données du savoir médical avec les problèmes multifactoriels, d'ordre existentiel propres à l'individu demandeur de soins. Le tout doit se faire sous le signe de la plus grande économie de moyens compatible avec la situation.

Il s'agit d'un système qui reste "ouvert" sur la perception d'éventuels événements graves évitables ou la survenue de phénomènes existentiels* ou encore la disparition des troubles. Ce sont des facteurs émanant des antécédents vécus avec le malade, ainsi que les résultats qui sont escomptés après le traitement d'épreuve qui contribuent à la décision de s'arrêter sur telle ou telle position diagnostique.

Classifier deux systèmes de nature aussi différente dans une même classification nous paraît un facteur de brouillage dans le progrès de connaissance de l'appareil conceptuel de la médecine générale. Brouillage particulièrement grave si l'on se souvient que toute science commence par le dénombrement et le regroupement des objets qui entrent dans son champ de recherche.

Dans le même temps, nous avons pris en compte les travaux des époux Balint et des 14 généralistes de leur groupe de recherche qui ont, entre 1950 et 1956, mis en évidence l'importance en médecine générale, aux plans diagnostique et thérapeutique, du type particulier de relations interpersonnelles qui lient le généraliste, son patient et leur entourage dans le temps et l'espace social.

C'est ce que nous avons voulu dire en signalant qu'en médecine générale, les résultats de consultation tiennent compte d'une ouverture sur les événements biographiques propres au malade. Ces événements interviennent dans le choix des résultats retenus par le généraliste pour son action raisonnée en fin de consultation. Ceci dit, nous ne confondons pas les moyens de formation et de perception des problèmes relationnels proposés par Michael Balint avec cette déviation issue d'ambitions universitaires chez certains psychiatres psychanalystes qui consiste à vouloir transformer des médecins généralistes en psychothérapeutes sur un modèle qui n'est pas le leur.

Ultérieurement, ont été intégrés des travaux de sociologues. Ainsi ceux d'Alain Letourmy démontrant le rôle et la prise en compte du savoir dit "profane" du malade lui-même dans le cadre particulier de la médecine générale. Ceux aussi de sociologues anglais qui confirment le rôle actif des patients : Gerry Stimson

et Barbara Webb (Routledge and Keban Paul) "Going to see the doctor. The consultation process in general practice".

D'autres études ont mis à jour le rôle que jouent les lois de socio-linguistique (selon William Labov) dans la reprise par les généralistes du discours médical d'origine hospitalière et les méthodes qu'il nous faut employer pour permettre la mise à jour du langage vernaculaire et des concepts propres au groupe généraliste, processus et méthodes que vient éclairer un travail récemment publié par nous, intitulé : "Recherches sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale. Une recherche coordonnée pluridisciplinaire : inventaire des éléments pris en compte dans la démarche diagnostique du généraliste".

A contrario, les résultats d'efforts de recherche statistique, pourtant importants, entrepris dans le champ de la médecine générale avec les concepts médicaux traditionnels et en se fondant sur CIM 9 nous apparaissent décevants sur le plan des progrès cognitifs, que ce soient ceux effectués en Grande-Bretagne ou ceux élaborés en France par l'INSERM ("Les malades en médecine libérale. Qui sont-ils? De quoi souffrent-ils?", Enquête nationale de morbidité, 1975).

Aussi avons-nous commencé d'établir un appareil de conceptualisation épistémologique et épidémiologique des résultats de séance en médecine générale. Cet appareil peut se décrire comme un réseau de production à deux pôles.

L'un de ces pôles est constitué par un groupe de quinze médecins généralistes membres de la SFMG et basé à Nantes. Depuis janvier 1983, avec le concours du Pr Lemort, titulaire de la chaire de statistique et d'informatique médicale, et l'aide de la DRASS régionale, s'effectue une mise en mémoire de 23 items sur 100 malades représentatifs dans chacune des 15 clientèles. Le recueil est prévu pendant quatre ans. L'un de ces items est constitué par la classification des résultats de consultation de R.N. Braun.

Le second pôle se situe à Paris où six généralistes de la SFMG engagés de longue date dans la recherche et l'enseignement de la médecine générale, se réunissent périodiquement pour examiner les termes de notre traduction de la classification de R.N. Braun lorsque des difficultés ont surgi. Le groupe propose précisions et modifications qui font ensuite l'objet d'une correspondance régulière avec R.N. Braun. Toute fixation d'un terme nouveau se fait sur un consensus apparu entre l'équipe française et l'auteur de la classification. Le groupe a l'intention d'utiliser et de traduire en français le dictionnaire définissant les termes de sa classification qui vient d'être achevé en Autriche. Une possibilité d'extension à une version anglaise existe par le biais d'enseignants australiens de médecine générale avec lesquels des liens ont été noués à ce sujet.

Trois hypothèses de travail

Nous concluons sur la série d'hypothèses complémentaires entre elles qui fondent notre projet.

- Du point de vue des connaissances disponibles sur la médecine, nous constatons l'existence d'une grande quantité d'informations précises et pertinentes émanant des sciences biologiques, physiques, chimiques,

En médecine générale, il n'y a pas seulement une maladie, mais un malade dans un environnement interactif.

*Il s'agit d'événements biographiquement propres à chaque malade, qui modifient l'évolution morbide observée.

qui contribuent à l'évolution des pratiques médicales. Au contraire, les informations et les connaissances sur les pratiques médicales et leurs fonctions nous apparaissent comporter des zones de flou très étendues dont l'éclairage et la réduction ne progressent guère. Nous ne voyons pas poindre de progrès décisifs d'ordre cognitif sur ces pratiques malgré le développement d'un considérable travail statistique. Pour expliquer cette stagnation, nous posons l'idée d'un "effet de brouillage" provenant d'hypothèses erronées sur la fonction même des pratiques médicales. Nous expliquons l'effet universel de blocage que nous constatons en situant le brouillage dans un outil d'usage universel dans le recueil des données résultant des pratiques médicales : la CIM 9.

- Nous choisissons comme objet révélateur des hypothèses productives de brouillage, le retard et les difficultés qui résultent des efforts d'adaptation de la CIM aux résultats de séances en médecine générale. Plus précisément, nous acceptons l'hypothèse de R.N. Braun selon laquelle il n'est pas compatible de classer ensemble des signaux émanant de systèmes de clôture sur des problèmes scientifiquement définis et des signaux émanant de systèmes ouverts sur une médiation permanente entre des facteurs dont certains relèvent de séquences scientifiquement définies et d'autres d'importance non moindre, de séquences émanant d'une réalité empirique qui ne doit en aucune façon être occultée.

- Nous pensons qu'il importe aujourd'hui d'institutionnaliser un instrument de recueil des données en termes "vernaculaires" propres à la médecine générale selon des règles d'autonomie dans la construction de l'instrument et dans son utilisation qui découlent des lois de psycholinguistique énoncées par William Labov et qui s'appliquent à la société médicale hiérarchiquement stratifiée. Par là, nous pensons être en mesure de prendre en compte les avancées cognitives apparues ces trente dernières années en médecine générale mais qui restent occultées parce qu'elles portent atteinte aux sacro-saintes fictions du diagnostic médical complet avant toute action médicale raisonnée, à la primauté du geste technique, à l'interchangeabilité de la personne du médecin, au rôle "soumis" réservé au "patient", objet plus que sujet de soins médicaux.



(1) Braun R.N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. *Payot*, 1979. 77-95.