

LES 50 RESULTATS LES PLUS FREQUENTS DE CONSULTATION EN
PRATIQUE DE MEDECINE GENERALE

Par P. Landolt-Theus*,
Adliswil, Suisse

(Union Internationale de Recherche sur la Pratique Médicale Générale.
Directeur : Pr. R.N. Braun, Vienne)

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT 1986, 116, 446-449

Ed. Schwabe et Co, Bâle

(traduit de l'allemand)

Résumé. L'analyse des 50 résultats les plus fréquents des consultations dans le cadre d'un cabinet de médecine générale a montré qu'un diagnostic précis, scientifiquement posé et sans ambiguïté, ne peut être établi que dans 1 cas sur 10 environ. Dans 1/3 des cas, les troubles peuvent être attribués à des tableaux pathologiques supposés, sans que cette relation ait parfaitement la valeur d'un diagnostic. Dans plus de la moitié des cas, l'interrogatoire dirigé et un examen clinique soigneux ne permettent de parvenir ni à un diagnostic, ni à l'élaboration d'un tableau nosologique précis, et l'on s'en tient à une description de groupes de symptômes et de symptômes. Dans ces cas-là, il s'agit surtout d'éliminer tout d'abord toute évolution dangereuse et évitable et d'observer le malade. Ces constatations ne distinguent pas de manière fondamentale la médecine générale des autres spécialités de la médecine, mais il existe certainement des différences quantitatives.

"Avant le traitement, les dieux ont posé le diagnostic" - c'est ainsi qu'approximativement, O. NÄGELI a dû formuler son principe fondamental de la pratique médicale. Tout médecin praticien sait que ce principe de base correspond à un idéal auquel il tend, mais qu'il est rare d'atteindre. Les résultats des consultations au cabinet du généraliste n'aboutissent que dans un faible pourcentage de cas à des diagnostics à proprement parler. Plus fréquemment, il s'agit de tableaux nosologiques, du moins supposés, de groupes symptomatiques ou de symptômes isolés sur lesquels on fonde alors la thérapeutique mise en oeuvre ou non. Ces résultats ne peuvent pas être appelés des diagnostics mais correspondent, d'une manière plus générale, à des "conclusions de consultations" (BE) (1, 2).

Ce travail a pour but de préciser la fréquence de différents résultats de consultations à un cabinet de généraliste en Suisse, et d'en tirer des enseignements pour l'activité des médecins et peut-être également des arguments pour la formation et le perfectionnement des médecins praticiens.

Rares sont les statistiques concernant les résultats de consultation de praticiens généralistes en Suisse (3, 4). Certes, nombre de praticiens généralistes établissent pour eux-mêmes des statistiques, mais celles-ci ne sont pas publiées. Certaines statistiques ne comportent que des diagnostics et ne tiennent pas compte de "résultats de consultations" moins élaborés, ce qui, ainsi, inconsciemment, fausse le tableau général de l'activité du praticien : les nombreux troubles non caractéristiques, symptômes et groupes de symptômes, qui ne permettent pas de mettre une étiquette plus précise l'emportent, comme nous le verrons, en pratique générale, sur les diagnostics précis. C'est à R.N. Braun que revient le mérite d'avoir mis l'accent sur ces faits et sur ces relations, et d'avoir classé son activité en fonction des résultats des consultations. On peut donc établir une comparaison avec ses statistiques (5).

Conditions de l'exercice en cabinet, sélection des malades et méthodologie

Le cabinet étudié est situé dans la commune de l'agglomération d'une grande ville suisse comportant une clinique universitaire et deux grands hôpitaux municipaux. La commune, qui compte environ 16000 habitants, dispose d'un petit hôpital d'environ 60 lits. Au moment de l'enquête, outre 7 autres généralistes, un spécialiste FMH de pédiatrie et un de gynécologie-obstétrique étaient en activité. Ce cabinet est installé pour pratiquer des examens radiologiques et soigner des accidentés. Le titulaire de ce cabinet, spécialiste en médecine générale FMH, dispose d'une formation en chirurgie, gynécologie-obstétrique, en médecine interne et en rhumatologie, et d'une formation particulière en médecine de rééducation. Avant l'ouverture de son propre cabinet, il a été pendant 3 mois assistant dans un cabinet et a suivi les cours pour les futurs généralistes (R.N. Braun). Il a son propre cabinet depuis 1982.

Du 1er juillet 1983 au 30 juin 1984, on a établi, pour chaque malade soigné, une fiche supplémentaire, où l'on a noté, de manière continue et suivant un ordre chronologique, les résultats des consultations ; ces fiches ont été exploitées à la fin de l'année. Il s'agit de 1552 malades, 730 femmes (47 %) et 822 hommes (53 %), dont la répartition en fonction de l'âge est consignée dans le Tableau 1 en nombres et en pourcentages. La liste comporte au total 3604 résultats de consultations (= "cas"), c'est-à-dire 2,3 par patient.

Résultats

Les 50 résultats de consultations les plus fréquents rassemblés dans le Tableau 2 couvrent environ les 2/3 des cas (65 %). Les 100 résultats les plus fréquents couvrent 81 %, et les 200 résultats les plus fréquents 95 % du total des 324 résultats différents de consultations, et je me limiterai, dans ce travail, aux 50 résultats les plus fréquents.

La liste complète pourra être obtenue auprès de l'auteur.

Ces 50 résultats les plus fréquents de consultations comportent des diagnostics "précis" (10 %), des "tableaux nosologiques" (28 %) et la liste descriptive de symptômes et de groupes symptomatiques (au total 62 %).

1. Diagnostics

On ne trouve que peu de diagnostics précis, scientifiquement posés et convaincants des troubles et des constatations cliniques. Ces diagnostics concernent essentiellement :

- a) Des accidents où les antécédents et les constatations faites concordent et où les constatations faites sont susceptibles de recevoir un diagnostic précis (par exemple, blessure cutanée, fractures) ;
- b) Les constatations cliniques qui en elles-mêmes sont claires, ou qui ne peuvent pas s'expliquer par une autre interprétation (par exemple bouchons de cérumen) ;
- c) Les infections où, en raison d'une résistance au traitement ou d'une urgence dès le départ, on a procédé à un examen bactériologique et où un agent pathogène net a pu être isolé (par exemple pneumonie à *Klebsiella*, cystite à *collibacille*).

2. Tableaux pathologiques

Il s'agit alors de tableaux pathologiques et de symptômes plus ou moins typiques, qui laissent place à une incertitude diagnostique sans avoir épuisé les autres possibilités d'investigations :

- a) Les infections supposées, sans mise en évidence de l'agent pathogène ;
- b) Les accidents qui permettent plusieurs interprétations, mais qui montrent une bonne tendance à la guérison sans que d'autres investigations soient nécessaires ou sans que l'on ait eu le temps de les faire (troubles fonctionnels et signes cliniques correspondant à une entorse du pied sans que le malade n'ait eu conscience d'avoir eu un accident ; contusions indiquées par le malade mais en l'absence de constatations cliniques) ;
- c) Des tableaux pathologiques en eux-mêmes caractéristiques, qui doivent, après l'interrogatoire et l'examen, être admis comme ayant une origine incertaine (par exemple eczéma) ;
- d) Des maladies non parfaitement élucidées, soit que les signes cliniques et les troubles fonctionnels s'améliorent spontanément ou répondent rapidement à un traitement d'essai, soit qu'une exploration plus précise est sans conséquence sur le traitement ainsi que sur le pronostic, soit enfin que le malade ne revient plus après la première consultation ou refuse toute investigation supplémentaire (par exemple thrombo-phlébite, etc).

3. Groupes de symptômes

Dans ce groupe, il s'agit de troubles où le malade présente plusieurs symptômes, sans qu'ils puissent être rassemblés, après un examen clinique et un interrogatoire dirigé, sous le titre d'un diagnostic ou même d'un tableau pathologique supposé. On peut distinguer deux sous-groupes :

- a) Les troubles qui ont le plus souvent tendance à guérir d'eux-mêmes (par exemple une fièvre non caractéristique). On trouve dans ce groupe les vomissements et diarrhées. Dans la grande majorité des cas, on ne peut pas mettre microbiologiquement en évidence l'agent pathogène et on ne parvient pas à prouver l'inflammation par biopsie, de telle sorte que l'on serait à la limite plus autorisé à parler d'une "entérite" ou d'une "gastro-entérite".
- b) Les tableaux pathologiques peu typiques, par exemple les maux de gorge, les adénopathies rétro-maxillaires passagères sans anomalie pharyngée, les situations de crise psychique avec des traits dépressifs ou névrotiques, sans que l'ensemble du tableau ne suffise pour permettre de ranger ces troubles dans un cadre psychopathologique défini.

4. Symptômes

Il s'agit dans ce groupe de symptômes isolés qui, même après un interrogatoire et un examen clinique soigneux, ne peuvent pas aboutir à un diagnostic précis ou être rangés en toute certitude dans le cadre d'un tableau nosologique net :

- a) Les symptômes passagers, tels que les maux de gorge ou la toux ;
- b) Les symptômes douloureux de l'appareil locomoteur, qui disparaissent de manière spontanée sans que l'on ait pu les préciser, ou sous traitement analgésique (myalgies et arthralgies) ;

- c) Les symptômes dont l'élucidation n'a pas abouti à un résultat (douleurs thoraciques peu nettes, précordialgies, dysurie), ou dont l'exploration dut être interrompue pour une raison quelconque ;
- d) Les symptômes qui récidivent (pendant un temps plus ou moins prolongé) sans constituer de danger et sans s'aggraver, ménageant des intervalles libres prolongés, déjà bien connus (céphalées, vertiges, etc.) ;
- e) Les troubles non caractéristiques fréquents de l'abdomen (douleurs abdominales supérieures peu précises, coliques abdominales), ne s'accompagnant pas de signes alarmants ou disparaissant spontanément dans un bref délai.

TABLEAU 1. Classification en fonction de l'âge des malades du cabinet de médecine générale étudié.

Groupes d'âge (années)	Fréquence
0-1	3 (0,2%)
-6	51 (3,3%)
-14	93 (6,0%)
-20	150 (9,7%)
-30	334 (21,5%)
-40	266 (17,1%)
-50	200 (12,9%)
-60	184 (11,9%)
-70	102 (6,6%)
-80	116 (7,5%)
>80	53 (3,4%)
Total	1552 (100,1%)

TABLEAU 2. Les 50 résultats les plus fréquents d'une consultation au cours d'une année.

Rang	Résultat de la consultation	Nombre	Rang chez Braun (5)
1	Myalgies	209 (58,0 ‰)	3
2	Fièvre sans caractéristiques	157 (43,6 ‰)	1
3	Arthropathie/Périarthropathie	130 (36,1 ‰)	4
4	Contusions	105 (29,1 ‰)	18
5	Vomissements et/ou diarrhée	93 (25,8 ‰)	11
6	Plaies cutanées isolées	88 (24,4 ‰)	13
7	Lombo-sacralgies	87 (24,1 ‰)	7
8	Hypertension artérielle	82 (22,7 ‰)	2
9	Vertiges	72 (20,0 ‰)	12
10	Altération de l'état général sans fièvre	67 (18,6 ‰)	10
11	Toux	62 (17,2 ‰)	6
12	Bouchons de cérumen	58 (16,1 ‰)	31
13	Arthroses	47 (13,0 ‰)	48
14	Infection des voies urinaires	46 (12,8 ‰)	76
15	Névralgies	45 (12,5 ‰)	5
16	Douleurs précordiales	44 (12,2 ‰)	24
17	Rhume	43 (11,9 ‰)	35
18	Otite moyenne	41 (11,4 ‰)	20
19	Douleurs abdominales non caractéristiques	41 (11,4 ‰)	21
20	Céphalées	40 (11,1 ‰)	16
21	Amygdalite aiguë	40 (11,1 ‰)	33
22	Blessures légères associées	40 (11,1 ‰)	36
23	Autres foulures	37 (10,3 ‰)	63
24	Eczéma	36 (10,0 ‰)	8
25	Douleurs abdominales supérieures non caractéristiques	36 (10,0 ‰)	58
26	Entorse de la cheville	34 (9,4 ‰)	37
27	Varices	34 (9,4 ‰)	25
28	Coliques abdominales	33 (9,2 ‰)	50
29	Fractures*, même multiples	31 (8,6 ‰)	38
30	Nervosité	30 (8,3 ‰)	22
31	Insomnie	30 (8,3 ‰)	28

TABLEAU 2 (fin)

32	Dysurie	29 (8,1 %)	215
33	Catarrhe des voies aériennes intéressant différents niveaux	28 (7,8 %)	17
34	Diabète sucré	27 (7,5 %)	15
35	Faiblesse générale	23 (6,4 %)	120
36	Obésité, augmentation de poids	23 (6,4 %)	45
37	Pharyngite	23 (6,4 %)	23
38	Hématomes	22 (6,1 %)	105
39	Maux de gorge	21 (5,8 %)	53
40	Insuffisance cardiaque, chronique	21 (5,8 %)	9
41	Verrues	20 (5,5 %)	41
42	Abcès quelle que soit la localisation	19 (5,3 %)	43
43	Asthme bronchique	19 (5,3 %)	29
44	Dépressions	19 (5,3 %)	49
45	Otite externe, eczéma du conduit auditif	19 (5,3 %)	151
46	Conjonctivite non spécifique	18 (5,0 %)	19
47	Artériosclérose généralisée, carence	18 (5,0 %)	46
48	Thrombo-phlébite	18 (5,0 %)	30
49	Catarrhe tubaire	18 (5,0 %)	200
50	Hémorroïdes	17 (4,7 %)	47

* En dehors des fractures isolées des doigts et des orteils, fracture commune du radius, fracture claviculaire et fracture de côtes, qui sont citées individuellement dans la liste complète des fréquences.

Discussion

L'analyse des 50 résultats les plus fréquents des consultations, qui comptent pour les 2/3 de l'ensemble environ, montre l'appréciation fort différente qui peut être portée sur les résultats des consultations d'un praticien généraliste. Comme on pouvait s'y attendre, dans la période de temps étudiée, je n'ai pu porter un diagnostic certain que dans une minorité de cas, dans 1 cas sur 10. Chez Braun également, un tel diagnostic n'a pu être porté que chez 10 % des malades (2). Dans 28 % de l'ensemble des "cas", je suis parvenu à m'approcher du diagnostic sans pouvoir le spécifier et le garantir ("tableau nosologique", par exemple infection des voies urinaires sans identification du germe responsable). La rapide tendance à la guérison spontanée de quelques troubles, la réponse rapide à une thérapeutique mise en oeuvre, le fait que le malade ait expressément renoncé à toute investigation complémentaire, ou des facteurs économiques, ont empêché, dans ces cas-là, d'obtenir la confirmation définitive ou une spécification plus précise. Dans plus de la moitié des cas (parmi les 50 résultats les plus fréquents, il s'agit de 62 % et, chez Braun (2), de 50 % environ), mon activité médicale n'a pas permis de dépasser la classification en symptômes et en syndromes. Dans la plupart des cas, il s'agit de troubles témoignant d'une tendance marquée à la guérison spontanée, ou de cas ne montrant aucune évolutivité ou dans lesquels les malades révélaient de longs antécédents comportant des intervalles libres prolongés.

Ces faits permettent d'admettre qu'il est judicieux, dans le cadre de l'analyse de l'activité d'un praticien généraliste, de ne pas faire la liste des diagnostics précis relativement peu fréquents, mais de reproduire les résultats des consultations (2, 6).

Le praticien généraliste, dans son mode de pensée et d'action, doit tenir compte du fait qu'il ne peut poser qu'un aussi petit nombre de diagnostics précis. Braun (1, 2, 7) en a tiré la conclusion que le devoir essentiel du généraliste est d'éliminer une évolution dangereuse et évitable à la lumière d'un interrogatoire orienté et d'un examen médical soigneux. Dans de nombreux cas, la question est moins celle d'un diagnostic clair que celle des autres possibilités à côté desquelles il ne faut en aucun cas passer. Cette attitude amène à ce que le malade et l'évolution, qu'une thérapeutique soit ou non mise en oeuvre, ne doivent pas être perdus de vue pour dépister le plus précocément possible de nouveaux symptômes ou l'aggravation des symptômes existants. Les cas relativement nombreux où le médecin n'est pas en mesure de poser un diagnostic précis et où il est néanmoins parfois obligé de mettre en oeuvre une thérapeutique, induisent dans l'activité médicale un flou inévitable et pèsent sur le généraliste conscient de ses responsabilités. Se pose bien évidemment la question de savoir si, et dans quelle mesure, les résultats de la statistique ont une valeur générale, et dans quelle mesure ils ne sont que les conséquences de ma façon de travailler et de mes capacités personnelles. Il est difficile de répondre à cette question, étant donné la rareté de telles analyses portant sur l'activité médicale. Néanmoins, la comparaison avec la statistique des résultats de consultations de Braun (5) aboutit aux constatations suivantes. Tout d'abord, la statistique d'un praticien généraliste confirmé, comme nous l'avons déjà dit, ne comporte que 10 % de diagnostics évidents. Cette analogie des deux statistiques est également soulignée par le fait que les 41 résultats de consultations parmi les 50 les plus fréquents dans ma statistique, se retrouvent également parmi les 50 résultats les plus fréquents de Braun, alors que les 9 restants figurent parmi les résultats observés de manière régulière. Ainsi se confirme en même temps le fait que, à distance, les conditions de vie étant comparables, des troubles analogues de la santé se manifestent et, ainsi, la statistique établie par le médecin praticien est parfaitement comparable (1, 2, 7).

Si cette analyse confirme des études antérieures (1, 2, 5, 8) et montre la fréquence avec laquelle le praticien généraliste doit évaluer et traiter des symptômes, des syndromes et des tableaux nosologiques uniquement suspectés, et combien il est rare qu'il puisse établir un diagnostic évident sur une base solide, alors, se pose la question de savoir si on ne devrait pas prendre davantage en compte ces constatations dans le cadre de la formation et du perfectionnement des médecins. A la place de la structure dogmatique et souvent peu réaliste de la pratique médicale basée sur un diagnostic rigide, il s'agirait, pour la formation, de répondre à des questions beaucoup plus difficiles : que fait le médecin lorsque des symptômes et des troubles peu caractéristiques ne l'autorisent pas à poser un diagnostic précis ? Comment parvient-il à éliminer les éventualités possibles d'évolution dangereuse et évitable ? Comment le praticien généraliste se rend-il maître de cette insécurité permanente, sans qu'il n'en résulte un inconvénient pour son malade ?

*) Dr. P. LANDOLT-THEUS, Arzt für Allgemeine Medizin FMBH, Kilchbergstrasse 34, CH-8134 Adliswil.