

## OBJECTIFS

Je présente l'état actuel de la question et la genèse d'un tournant apparu depuis quelques années dans la taxinomie destinée à la médecine générale.

Par là il s'agit de contribuer à la possibilité de développer de nouvelles connaissances structurées sur cette discipline.

## METHODES

En suivant l'ordre chronologique des faits historiques et des débats suscités chez les généralistes taxinomistes autour des classifications des maladies et en décrivant les différentes classifications existantes, j'expose et je présente une analyse de la situation actuelle des instruments épidémiologiques à l'intention de la médecine générale en France et dans le monde.

## R E S U M E :

Depuis sa création en 1893 et malgré ses révisions décennales, la Classification Internationale des Maladies dans sa structure actuelle reste un outil de travail épidémiologique difficilement exploitable. Les institutions émanant de la médecine générale vont effectuer des recherches pour obtenir une classification adéquate. On notera deux types de nouvelles classifications.

L'ICHPPC 2 (International Classification of Health Problems in Primary Care), issue de la WONCA (Organisation Internationale des Sociétés Académiques de Médecine Générale), proche de la classification internationale des maladies et la classification biaxiale de R.N. BRAUN qui représente le meilleur outil actuellement grâce à sa précision et son ouverture.

Au niveau français, la Société Française de Médecine Générale, institution scientifique, a pris conscience de l'importance de définir les termes des résultats de consultation en Médecine Générale. A partir de la classification biaxiale de R.N. BRAUN, elle a débuté la création d'un thésaurus trilingue des résultats de consultation en médecine générale, recherche financée en 1985 par le Ministère de la Santé.

## Mots clés

Classification Internationale des Maladies, International Classification of Health Problems in Primary Care, Classification biaxiale de R.N. BRAUN, Société Française de Médecine Générale, définition des dénominations des résultats de consultation en Médecine Générale, thésaurus trilingue des résultats de consultation en Médecine Générale.

S O M M A I R E

RESUME ET MOTS CLES	P. II
INTRODUCTION	P. 1
1 - La Classification Internationale des Maladies (C.I.M.)	
1-1 : Historique de la classification internationale des maladies.	P. 2
1-2 : Présentation de la classification internationale des maladies.	P. 5
1-3 : Mode d'utilisation de la CIM 9ème Révision.	P. 7
1-4 : Etude de la règle d'utilisation de la CIM 9.	P. 11
1-5 : Pratique critique de la CIM.	P. 15
2 - Les nouvelles classifications de médecine générale.	
2-1 : Le mouvement Anglo Saxon.	P. 18
2-1-1 Historique du mouvement Anglo Saxon.	P. 19
2-1-2 Le Royal College of General Practitioners, son influence et ses travaux.	P. 23
2-1-3 Internationalisation du problème : création de la WONCA, présentation de ses recherches.	P. 26
2-2 : L'Europe continentale : l'oeuvre magistrale du Professeur R.N. BRAUN.	P. 30
2-2-1 Définition de son projet.	P. 30
2-2-2 La classification biaxiale de R.N. BRAUN.	P. 36
3 - Etude comparative des trois types de classification : C.I.M., ICHPPC, R.N. BRAUN.	P. 50
4 - Incontournable nécessité de définir les dénominations des résultats de consultation en Médecine Générale.	
4-1 : Présentation du travail de R.N. BRAUN et de la WONCA.	P. 54
4-2 : Rôle de la France : la Société Française de Médecine Générale.	P. 55
4-3 : Démonstration de l'importance d'un lexique des termes de la classification. Thèse du Docteur SONNLEITNER.	P. 58
4-4 : Le lexique trilingue des résultats de consultation en médecine générale en voie d'élaboration à la SFMG depuis 1985.	P. 107
CONCLUSION	P. 115
BIBLIOGRAPHIE	P. 117

**UNIVERSITÉ DE PARIS - SUD**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**PARIS - SUD**

ANNÉE 1987

N°

# THÈSE

pour le

## DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et Soutenue publiquement le

5.3.1987

PAR

Monsieur Jérôme ANDRAL

Né le 26 mai 1958 à Suresnes

TITRE :

1983 : UNE NOUVELLE TAXINOMIE EN MEDECINE GENERALE  
(Apparition d'un instrument défini, pertinent et performant de  
recueil de données observables en médecine générale. Situation  
en France et dans le monde).

Directeur de Thèse : Docteur O. ROSOWSKI

Président de Thèse : Professeur J.C. HENRARD

## I N T R O D U C T I O N

La médecine connaît au cours du XXème siècle une forte croissance des connaissances et de sa pratique. La gestion du système médical a été faite dans le sens de l'équité pour la population des pays industrialisés et cela en échange d'efforts financiers plus ou moins consentis par tous.

Actuellement le coût médical représente, en France, 9 % du Produit Intérieur Brut. Les gestionnaires sont obligés, après cette euphorie médico-sociale, de faire une évaluation des systèmes de soins pour les organiser de façon optimale. Les bilans passent par la description des faits observables, leurs codages et leurs analyses.

Le premier système de recherche épidémiologique utilisé dans le monde est la classification internationale des maladies (C.I.M. 9). Cet instrument construit pour une analyse de la mortalité sera modifié en vue d'une étude de la morbidité. Malgré ce biais, il n'est pas en mesure de décrire l'état actuel de la santé dans nos pays.

Les institutions de médecine générale vont proposer des instruments performants avec principalement le Professeur R.N. BRAUN et sa classification biaxiale qui sert de base pour la construction d'un thésaurus trilingue par la Société Française de Médecine Générale.

## Chapitre 1 : LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

### 1-1 HISTORIQUE DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

L'apparition des premières classifications de maladies date du XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècle avec la formation de deux courants distincts d'idées.

Le premier s'intéressa au classement systématique des maladies avec François BOSSIER de LACROIX (1706 - 1777) et son NOSOLOGIA METHODICA, LINNE (1707 - 1778) et son GENERA MARBORUM et enfin William CULLEN (1710 - 1790) et son SYNOPSIS NOSOLOGIAE METHODICAE.

Le second s'orienta, lui, sur un classement des causes de décès avec les travaux de John GRAUNT consacrés aux tables mortuaires de Londres à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle et surtout avec les recherches de William FARR (1807 - 1883), premier statisticien de Register Office of England and Wales fondé en 1837. Par ses travaux, tendant à améliorer les classifications existantes (CULLEN), selon lui imparfaites pour la statistique, en usage dans les services publics, William FARR domina toute l'histoire des classifications médicales.

Ainsi, en 1853, le congrès international de statistique à Bruxelles, reconnut l'importance d'une classification uniforme, et chargea William FARR et Marc d'ESPINE (statisticien genevois) d'établir une nomenclature des causes de décès.

La classification de Marc d'ESPINE était basée sur la nature des maladies (goutteuse, herpétique, hématique etc...). Par contre William FARR proposa une classification selon cinq critères :

- Les maladies épidémiques.
- Les maladies constitutionnelles (générales).
- Les maladies locales, classées selon l'anatomie.
- Les maladies du développement.
- Les maladies d'origine traumatique.

Ce fut lors du congrès international de statistique, à Paris en 1855, que la nomenclature de William FARR fut retenue, et bien que celle-ci n'eut jamais reçu une approbation universelle, le principe de classement selon cette localisation anatomique, survécut aux différentes révisions de la nomenclature internationale des causes de décès, révisions s'échelonnant régulièrement de 1864 à 1886.

Ce n'est qu'en 1891 que Jacques BERTILLON (1851 - 1922) fut chargé par l'Institut International de Statistique de préparer une nouvelle classification des causes de décès. Il présenta un classement basé sur la nomenclature de la ville de Paris, nomenclature provenant elle-même d'une synthèse des classements anglais, allemands et suisses. La base de ce classement fut structurée selon le principe de Willian FARR :

- maladies générales,
- maladies localisées à un organe particulier ou une région anatomique précise.

On présenta cette nomenclature en 1893 à Chicago où elle reçut l'approbation générale. Ce fut la nomenclature internationale des causes de décès. On suggéra une révision décennale dont BERTILLON resta le promoteur. Il organisa donc les révisions de 1900 - 1910 et 1920.

A partir de 1910, la demande médicale devient de plus en plus lourde, il faut changer la prise en charge des malades. De plus, la technologie prend une importance réelle. La médecine doit se tourner vers la recherche.

En Amérique, la prise de conscience du problème est faite rapidement. Le rapport Flexner sera publié en 1910. Il est responsable de la spécialisation médicale, ainsi que de la généralisation d'une recherche fondamentale en médecine. Cette réorganisation des structures va totalement changer la vie des médecins ainsi que leur formation. Cette grande réforme américaine aura une grande influence en Europe et les éléments instaurés à partir de ce rapport sont encore reconnaissables en France de nos jours.

L'extension du rôle des universités médicales, les spécialisations, la scission avec la médecine générale seront les grandes lignes politiques médicales américaines en ce début de siècle, avant d'être sérieusement remis en cause au cours des années 1950.

Les statisticiens vont être conduits à étudier plus précisément la classification internationale des maladies pour satisfaire aux besoins scientifiques.



Parallèlement, l'organisation d'hygiène des Nations Unies s'était intéressée aux statistiques démographiques et avait nommé une commission d'experts statisticiens afin d'étudier le classement des causes de décès et les différents problèmes entrant dans la statistique médicale.

E. ROESLE, chef du service de statistique médicale de l'Office de Santé Publique d'Allemagne et membre de cette commission, prépara une monographie donnant la liste des adjonctions qu'il serait nécessaire de prévoir dans les rubriques de la nomenclature internationale des causes de décès, si l'on voulait que cette classification pût être utilisée pour la mise en tableaux des statistiques de morbidité. Cette étude fut publiée en 1928.

Pour la quatrième (1929) et la cinquième (1938) révision, on créa une commission mixte qui réunissait des représentants de l'Institut International de la Statistique et de l'organisation d'hygiène des Nations Unies, mais ce ne fut que lors des révisions suivantes (1946 et 1955) que fut mise au point une liste détaillée des maladies, traumatismes et causes de décès, ainsi qu'un vaste programme de collaboration internationale dans le domaine des statistiques démographiques et sanitaires. Une septième révision eut lieu en 1955 et une huitième en 1965.

L'élaboration de la neuvième et dernière conférence fut plus longue. Devant les progrès de la médecine dans les années 70, la C I M fut profondément remaniée, plusieurs chapitres ne correspondant plus aux conceptions cliniques modernes. On introduisit donc de nouveaux chapitres et l'on modifia le système de codage.

#### 1-2 PRESENTATION de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE des MALADIES

Ainsi cette dernière publication se présenta sous la forme de deux volumes, avec dans le volume I : une table analytique, les règles de classement et les recommandations, et dans le volume II : l'index alphabétique orientant le travail. La table analytique est elle-même composée de 17 chapitres censés réunir tous les problèmes de santé.

TABLE ANALYTIQUE ET SES 17 CHAPITRES :

- I . Maladies infectieuses et parasitaires.
- II . Tumeurs.
- III . Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires.
- IV . Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.
- V . Troubles mentaux.
- VI . Maladies du système nerveux et des organes des sens.
- VII . Maladies de l'appareil circulatoire.
- VIII . Maladies de l'appareil respiratoire.
- IX . Maladies de l'appareil digestif.
- X . Maladies des organes génito-urinaires.
- XI . Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.
- XII . Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
- XIII . Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.
- XIV . Anomalies congénitales.

XV . Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.

XVI . Symptômes, signes et états morbides mal définis.

XVII . Lésions traumatiques et empoisonnements.

1-3 MODE D'UTILISATION DE LA CLASSIFICATION (CIM 9e Révision)

Dans l'utilisation de cette classification internationale des maladies 9ème révision (C I M 9), on procède donc de la façon suivante : on recherche dans l'index alphabétique le diagnostic à classer. L'index nous donne un code de quatre chiffres que l'on retrouve ensuite dans la table analytique. On a donc pour un diagnostic précis, un code unique.

Ce code présente quatre chiffres. Les trois premiers donnent un ordre de classement selon le diagnostic spécifique. Dans le tome I on retrouve la liste des rubriques à trois chiffres. Ceci va de 001 à 999. Le quatrième chiffre représente une variable dans le diagnostic. Cette variable dépend souvent de l'anatomie, l'histologie, la sémiologie et la pathologie. Il s'agit de la formation de sous-groupes amenant une précision dans la classification.

Exemple :

461 . Sinusite aiguë.

Cette rubrique comprend :

abcès	}	aigu (e) d'un sinus de la face
empyème		
infection		
inflammation		
suppuration		

(473). A l'exclusion de : sinusite chronique sans précision

461.0 : Maxillaire.

461.1 : Frontale.

461.2 : Ethmoïdale.

- Sertoli - suite  
 - adénome - suite  
 - - siège  
 - - - non précisé  
 - - - - féminin 220  
 - - - - masculin 222.0  
 - - - précisé - voir Tumeur bénigne  
 - carcinome (M8640/3)  
 - - siège  
 - - - non précisé 186.9  
 - - - précisé - voir Tumeur maligne  
 - tumeur (M8640/0)  
 - - avec lipéidose (M8641/0)  
 - - - siège  
 - - - - non précisé  
 - - - - - féminin 220  
 - - - - - masculin 222.0  
 - - - - précisé - voir Tumeur bénigne  
 - - siège  
 - - - non précisé  
 - - - - féminin 220  
 - - - - masculin 222.0  
 - - - précisé - voir Tumeur bénigne  
 Sertoli-Leydig, cellules de  
 - tumeur (M8631/0)  
 - - siège  
 - - - non précisé  
 - - - - féminin 220  
 - - - - masculin 222.0  
 - - - précisé - voir Tumeur bénigne  
 Sésamoïde - voir aussi nom de l'état pathologique  
 - surnuméraire 755.8  
 Sésamoïdite 733.9  
 Sever, maladie ou ostéochondrose de 732.5  
 Sevestre et Jacquet, dermite papulo-érosive de 691.0  
 Sexualité pathologique 302.9  
 Sézary, maladie ou syndrome de (M9701/3) 202.2  
 Shaver, maladie de 503  
 Sheehan, maladie ou syndrome de 253.2  
 Shiga, dysenterie de 004.0  
 Shigellose 004.9  
 Shirodkar, opération de - voir Opération, Shirodkar  
 Shock - voir Choc  
 Shunt - voir aussi Pontage  
 - artérioveineux, pulmonaire (acquis) 417.0  
 - - congénital 747.3  
 - - traumatique (complication) 901.4  
 Shy-Drager, syndrome de 333.0  
 Sialectasie 527.8  
 Sialo-adénite (chronique) (suppurée) (toute glande) 527.2  
 Sialo-adénose 527.2  
 Sialodochite 527.2  
 Sialolithiase 527.5  
 Sialorrhée 527.7  
 - hystérique 300.1  
 Sialose 527.8  
 Sidéropénie 280  
 Sidérose (du poumon) 503  
 - de l'oeil (cornée) (cristallin) 360.2  
 Siemens, syndrome de 757.3  
 Sifflement respiratoire 786.0  
 Sigmoïdite - voir Entérite  
 Signe(s) (de)  
 - Argyll-Robertson (syphilitique) 094.8 † 379.4\*  
 - - atypique (non syphilitique) 379.4  
 - - non syphilitique 379.4  
 - Koplik 055.9  
 Silico-arthrite 714.8 † 517.0\*  
 Silicose (compliquée) (professionnelle) (simple) 502  
 Silicotuberculose 011.4  
 Sillon  
 - lingual, langue 529.5  
 - ongles (longitudinal) (transversal) 703.8  
 Silverman, syndrome de  
 - signifiant  
 - - enfant battu 995:5  
 - - thorax en carène 738.3  
 Simmonds, cachexie ou maladie de 253.2  
 Simons(-Barraquer), maladie de 272.6  
 Simulateur V65.2  
 Sinding-Larsen, maladie de 732.4  
 Sinusite (chronique) (hyperplasique) (non purulente) (paranasale) (purulente) 473.9  
 - aiguë 461.9  
 - - ethmoïdale 461.2  
 - - frontale 461.1  
 - - maxillaire 461.0  
 - - sphénoïdale 461.3  
 - allergique (voir aussi Rhinite, allergique) 477.9  
 - altitude 993.1  
 - aviateurs 993.1  
 - barotraumatique 993.1  
 - ethmoïdale 473.2  
 - - aiguë 461.2  
 - frontale 473.1  
 - - aiguë 461.1  
 - maxillaire 473.0  
 - - aiguë 461.0  
 - mycosique 117.9  
 - sphénoïdale 473.3  
 - syphilitique 095  
 - tuberculeuse 012.8  
 Sirénomèle 759.8

## INDEX ANALYTIQUE ALPHABETIQUE

(EXEMPLE)

## VIII. MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Utiliser, au besoin, une rubrique supplémentaire, pour identifier l'agent infectieux

### AFFECTIONS AIGÜES DES VOIES RESPIRATOIRES (460-466)

A l'exclusion de : pneumonie et grippe (480-487)

#### 460 Rhino-pharyngite aiguë [rhume banal]

Coryza (aigu)	Rhino-pharyngite :
Rhinite :	SAI
aiguë	aiguë
infectieuse	infectieuse SAI

A l'exclusion de :

- pharyngite :
  - aiguë ou sans précision (462)
  - chronique (472.1)
- rhinite :
  - allergique (477)
  - chronique ou sans précision (472.0)
  - rhino-pharyngite chronique (472.2)

#### 461 Sinusite aiguë

Cette rubrique comprend :

abcès	} aigu(ë) d'un sinus de la face
empyème	
infection	
inflammation	
suppuration	

A l'exclusion de : sinusite chronique ou sans précision (473)

461.0 *Maxillaire*

461.1 *Frontale*

461.2 *Ethmoïdale*

461.3 *Sphénoïdale*

461.8 *Autres*

Pansinusite aiguë

461.9 *Sans précision*

Sinusite aiguë SAI

461.3 : Sphénoïdale.

461.8 : Autres : Parasinusite aigüe.

461.9 : Sans précision : Sinusite aigüe SAI

(SAI : sans autre indication).

Nous remarquerons que dans ce chapitre, on trouve les exclus (termes n'appartenant pas au code 461) avec leur code.

Devant les évolutions d'utilisations de la huitième révision, d'autres innovations de codages et chapitres supplémentaires ont été apportées lors de la neuvième révision.

- Un cinquième chiffre facultatif a été prévu en certains endroits, par exemple, pour le mode de diagnostic de la tuberculose, pour le mode d'accouchement au chapitre XI, pour la localisation anatomique dans les troubles ostéo-musculaires et pour le lieu de l'accident dans le nouveau chapitre E.

- Un système de codage indépendant à quatre chiffres est offert pour classer les formes histologiques des néoplasmes, précédés de la lettre M (pour morphologie) et suivis par un cinquième chiffre indiquant le comportement de la tumeur. Ce code est à usage facultatif en plus du code normal indiquant la topographie.

Afin de surmonter les difficultés particulières rencontrées lorsque la terminologie internationale n'est pas uniforme, on a inclus dans les rubriques du chapitre des troubles mentaux une description de leur contenu.

Tous ces remaniements montrent bien la complexité du codage et l'apparition d'une première réflexion sur l'intérêt de définir les termes de la classification.

Pour être complet au sujet des innovations, je citerai deux chapitres supplémentaires :

- l'un concernant les causes de traumatismes et empoisonnements avec la lettre E précédant alors le code.

Exemple

E. 974 = traumatisme résultant d'une intervention de la Force Publique avec usage d'instruments tranchants ou perforants.

E. 975 = traumatisme résultant d'une intervention de la Force Publique avec usage d'autres moyens précisés.

- l'autre concernant les motifs de consultation en dehors des "maladies, traumatismes". Le code est alors précédé de la let-

tre V.

1-4 ETUDE de la REGLE d'UTILISATION DE LA C I M 9e

Il est important d'étudier la règle d'utilisation. De la page 704 à 744 du tome I, toutes les règles de classement sont établies par rapport au certificat médical de décès. Ceci nous rappelle que la C I M a été élaborée en tout premier lieu pour une classification des causes de mortalité.

Je cite : "A partir d'une recherche des causes de décès, provenant des dossiers cliniques, on établit un certificat en deux parties :

1ère partie : Cause directe I (a)  
Cause intermédiaire I (b)  
Cause initiale I (c).

2ème partie : Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui a provoqué le décès".

Fuis ils édictent les règles pour le choix de la cause initiale :

"Règle générale : choisir l'affection mentionnée seule à la dernière ligne employée dans la partie 1°) du certificat, à moins qu'il ne soit improbable que cette infection ait pu donner naissance à toutes les autres affections mentionnées aux lignes précédentes.

Règle 1 : Lorsqu'il est indiqué un enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir la cause initiale de cet enchaînement. Si plusieurs enchaînements sont indiqués, choisir la cause initiale du premier enchaînement mentionné en premier lieu.

Règle 2 : Lorsqu'il n'est indiqué aucun enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir cette première affection comme cause initiale.

Règle 3 : Lorsque l'affection choisie par application de la règle générale ou des règles 1 et 2 peut être considérée comme la séquelle directe d'une autre affection mentionnée dans la première ou deuxième partie du certificat, choisir cette affection primitive comme cause initiale. Si plusieurs affections primitives sont indiquées, retenir celle qui est mentionnée en premier lieu."

La cause initiale choisie est alors codée mais là encore il apparaît des notes pour le codage . Il s'agit d'exceptions pour lesquelles le code ne doit pas être celui de la table analytique.

DANS LE CODAGE DES CAUSES DE MORTALITE, LA REGLE RAMENE A UN SEUL CODE, UNE SEULE ETIOLOGIE. CE PRINCIPE VA ETRE CONSERVE POUR L'ANALYSE DE LA MORBIDITE. La morbidité n'apparaît qu'avec la neuvième révision de la C I M. On explique la démarche retenue page 744 du tome I :



"Les statistiques de mortalité trouvent leur source dans les certificats médicaux des causes de décès qui résument les maladies, traumatismes et circonstances conduisant à l'issue fatale et lorsque ces causes sont multiples, elles sont disposées, dans le certificat, de telle façon qu'une "cause initiale" puisse être retenue pour l'analyse habituelle par cause unique.

De même, les statistiques de morbidité, se rapportant à des périodes de soins, sont normalement tirées de résumés des dossiers médicaux. En plus des données personnelles, et d'autres à usage administratif, ces résumés statistiques rapportent les maladies, traumatismes et autres problèmes de santé, rencontrés au cours de l'épisode en question, ainsi que, parfois, des renseignements sur leur traitement"....

...."Auparavant lorsque plusieurs maladies, traumatismes ou problèmes de santé, étaient mentionnés dans le dossier, il n'existait aucun procédé type recommandé en vue de choisir une seule entité pour l'analyse statistique habituelle par cause unique. En conséquence, la conférence de la 9ème révision a émis les recommandations suivantes :

"La maladie à choisir pour l'analyse statistique de cause unique, à partir du dossier médical d'un épisode de soins dans un autre hôpital ou autre établissement, doit être l'affection principale traitée ou étudiée pendant l'épisode en question, si aucun diagnostic n'a été fait, on retiendra le symptôme ou le problème de santé principal."

Donc la conférence veut un classement de cause unique et elle précise les règles p. 746 - 747 - 748 et 749 du tome I :

"Dans le cadre d'une prise en charge simultanée d'affections multiples, on doit faire le choix d'une affection principale, laquelle reste désignée pour la mise en tableaux statistiques".

Toutes les situations possibles à partir d'un dossier médical sont imaginées et décrites avec leurs règles de classement :

"Règle MB 1 :

Affection mineure, mentionnée comme affection principale, affection traitée, plus importante, indiquée comme "autre" affection.

Exemple 1 :

Affection principale : sinusite aiguë.

Autres affections : carcinome de l'endocol  
Hypertension.

Malade hospitalisé pendant trois semaines.

Opération exécutée hystérectomie totale.

Spécialité Gynécologie.

Classer à Carcinome de l'endocol (180 - 0).

Règle MB 2

Affections multiples énumérées sous "affections principales"

Exemple 2 :

Affection principale : Bronchite chronique obstructive.

Hypertrophie de la prostate.

Psoriasis.

Malade soigné par un dermatologiste.

Douze visites en six mois.

Classer à Psoriasis (696 - 1).

Règle MB 3 :

L'affection mentionnée comme affection principale est manifestement le symptôme d'alarme d'une maladie diagnostiquée et traitée. On classe affection diagnostiquée.

Règle MB 4 :

Diagnostic plus précis.

On classe la maladie qui donne des renseignements plus précis sur la localisation ou la nature de l'état pathologique.

Nous avons reproduit cette énumération fastidieuse des règles d'utilisation de la C I M pour bien faire comprendre comment le praticien ne peut utiliser ce système dès lors qu'il s'agit pour lui de classer, non pas plusieurs morbidités traitées en même séance (ce qui peut faire l'objet d'une convention particulière), mais lorsqu'il doit classer des données qui correspondent non à des causes de mortalités, mais à des situations morbides qui représentent les diverses séquences de son activité professionnelle.

Pour bien cerner ce problème, reprenons l'article du Docteur O. ROSOWSKY, responsable du département "Recherche Scientifique" de la Société Française de Médecine Générale, paru dans "QUINTESSANCE", numéro 88, qui rappelle la définition d'une classification et explique la difficulté pour le médecin généraliste d'utiliser cette classification.

1-5 PRATIQUE CRITIQUE DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

"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.
- Dénommatif : 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.

Prenez l'exemple du terme laryngite aiguë, la C I M 9 mentionne :

- 464. 0 Laryngite aiguë à :
  - S.A.I.
  - H. Influenzae.
  - Oedémateuse.
  - Pneumocoques.
  - Suppurée.
  - 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 respecté.

En règle générale, la solution conventionnelle SAI, telle qu'elle est appliquée tout au long des chapitres de la CIM 9e, 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 :

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 à posteriori déterminés en chirurgie, soit hors du champ généraliste proprement dit. Ainsi toute la série des soins et des problèmes de médecine ambulatoire qui précède la conclusion des examens complémentaires visant au diagnostic étiologique 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 C I M 9e du point de vue de la pratique généraliste."

Je rajouterai pour être complet que différents phénomènes observables en médecine générale ne sont pas introduits dans cette classification. Certains existent dans un chapitre intitulé "Symptômes, signes et états morbides mal définis".

Exemple :

Toux 786 - 2

Mal de gorge 784 - 1

Pyrexie d'origine inconnue 780 - 3

En l'absence de définition plus précises de ces dénominations, ainsi que des synonymes et des exclusions, ce chapitre dans sa forme actuelle, accroît encore la possibilité de choix multiples ayant un même tableau et donc l'impossibilité de statistiques finement ciselées lorsque le médecin généraliste entame sa démarche de classement.

## Chapitre 2 : LES NOUVELLES CLASSIFICATIONS DE MEDECINE GENERALE

### 2.1 LE MOUVEMENT ANGLO SAXON

#### 2-1-1 Historique du Mouvement Anglo Saxon

Pour mieux comprendre l'importance des efforts mondiaux faits actuellement pour la création d'une classification en médecine générale, nous devons parler aussi du développement de la médecine sociale. Ce système des sécurités sociales apparaît progressivement en Europe au XIXe siècle, début du XXe siècle.

Le mouvement naît en Allemagne en 1850 avec BISMARCK qui oblige les employeurs à assurer des prestations de maladie à certains employés. En 1854, la participation des travailleurs aux Caisses de Prévoyance des Mines et Fonderies est obligatoire. En 1883, on a l'apparition de l'assurance maladie, en 1884, de l'assurance accident et en 1889, de l'assurance invalidité vieillesse.

Par contre, en Angleterre, il faut attendre la révolution industrielle du début de notre siècle, avec l'apparition des forces politiques nouvelles et avec elles, les préoccupations sociales.

En 1906, LLOYD GEORGE remporte une importante victoire électorale sur un programme social. Posant le principe de la responsabilité de la société, il instaura d'abord un service médical gratuit dans les écoles, puis une petite pension aux vieillards de plus de 70 ans.

En 1911, LLOYD GEORGE fit passer la "loi d'assurance sociale". Cette loi posait trois principes nouveaux à l'époque :

a) L'aide de l'Etat n'est plus une charité, le bénéficiaire participant aux frais sous forme de cotisation hebdomadaire, prélevée sur le salaire. L'employeur et l'Etat, de leur côté, ajoutent leurs contributions à l'assurance.

b) Les assurés, tous les travailleurs manuels et non manuels aux bas salaires, de 16 à 70 ans recevront des paiements en cas de maladie, accident et maternité, ainsi que des traitements médicaux gratuits.

c) L'Etat reconnaît sa responsabilité, en cas de chômage par l'institution, d'une indemnité, ce du moins dans certaines industries spécifiques (deux millions et quart de travailleurs furent couverts par cette disposition).

A partir des lois de LLOYD GEORGE, le système fut étendu à plus de 18 millions de travailleurs. En 1941, le gouvernement de coalition, dirigé par Mr. CHURCHILL, charge Sir William BEVERIDGE de présider au comité d'étude d'une nouvelle assurance sociale. Ce rapport fut présenté dès 1942 et adopté dans ses principes et la plupart de ses dispositions, par le gouvernement travailliste. Son rapport était basé sur l'universalité et l'unité "le principe d'universalité implique la réalisation d'une protection complète au regard de l'ensemble des éventualités qui risquent d'affecter la capacité des individus de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille par le travail. Il comporte aussi l'extension et la protection à toute la population. Le principe d'unité comprend d'une part, l'unité structurelle des systèmes de protection (fusion des assurances sociales et des assistances) et d'autre part, l'unité des avantages accordés (soins gratuits et prestations en espèces uniformes)".

Ce rapport amène la création des services nationaux de santé (N.H.S. : National Health Service). Dans ces services, les soins sont gratuits ainsi que les examens et médicaments. Le praticien peut s'y inscrire ou ne pas s'y inscrire. Les services dépendent du Ministère de la Santé par l'intermédiaire de conseils locaux, exécutifs et de comités régionaux, des hopitaux. Le syndicat des médecins : British Medical Association devient alors le syndicat le plus représentatif.



Devant cette réforme, les médecins généralistes se sentent défavorisés, tant au point de vue des honoraires que du statut, et ils sont nombreux à expliquer leur défaite par l'absence d'un organisme académique pour les défendre.

En effet, les spécialistes par leurs collègues (Royal Collège of Surgeons, Royal Collège of Physicians, Royal Collège of Obstetricians and Gyneacologists), représentent une force politique, tandis que les généralistes n'ont que la British Medical Association pour les défendre, association qui représente en même temps toute la profession et qui, par son rôle de "Syndicat", est méprisée par les collègues Royaux. Cet organisme n'a aucun statut académique et de plus est le négociateur des salaires et conditions de travail pour toutes les catégories médicales.

Plusieurs évènements simultanés conduisent à la création du collège des médecins généralistes. En 1948, sort le premier rapport sur "l'éducation du médecin", rédigé par une commission présidée par sir Henry COHEN, à la demande de la British Medical Association. En 1950, une autre commission également présidée par Sir Henry COHEN, sur une demande de la B.M.A. publie "La médecine générale et l'éducation du médecin généraliste". Ce dernier rapport traite du 3ème cycle de la médecine générale : celle-ci y est considérée comme une branche spéciale demandant une préparation spéciale.

La même année, en 1950, sir Henry COHEN proclame que la médecine générale doit être enseignée comme une spécialité. De plus, une enquête faite par le Docteur COLLINGS (Australie) auprès de 55 médecins généralistes, montre que les conditions de travail sont lamentables : même le bon médecin devient mauvais par découragement, sa fonction est mal définie, les standards selon lesquels il doit travailler ne sont pas établis etc...

Pendant cette même période, les praticiens prennent conscience qu'ils sont sous-rémunérés. Ce n'est qu'en 1952 qu'ils reçoivent alors 40 millions de livres pour un réajustement des salaires.

Un autre phénomène prend naissance au même moment et favorise certainement la prise de conscience de la spécificité de la médecine générale. Il s'agit des séminaires de BALINT Mickael, président de la Société de Psychanalyse de Grande Bretagne. BALINT, lui-même psychanalyste, est le premier à affirmer que la médecine générale, par le lieu et l'objet de son travail, doit prendre en considération les aspects psychologiques dans son diagnostic. Les séminaires débutent en 1950.

Toute cette chaîne d'évènements fait donc que l'appel de FRASER ROSE et de John HUNT (deux médecins généralistes) en 1951, réclamant la création d'une institution académique pour les médecins généralistes, trouve un écho assez important pour que le collège soit établi un an plus tard, malgré des oppositions farouches de la part des autres catégories médicales. Il fut donc créé le Royal College of General Practitioners (R.C.G.P.).

2-1-2 : Le Royal College of General Practitioners, son influence et ses travaux

Dès la formation du collège, son action s'est développée en deux directions dont la plus spectaculaire a été la création d'un enseignement spécifique de la médecine générale qui a fini par s'instaurer dans la plupart des Universités de Grande-Bretagne sous la forme de départements ou d'unités d'enseignement placés sous l'entière responsabilité du "Royal College of General Practitioners".

Il faut savoir que ce modèle nouveau d'enseignement de la médecine générale a été repris ensuite dans toute la sphère d'influence anglo-saxonne, c'est-à-dire les anciens dominions et, de là, en Asie, en Amérique du Nord, dans les pays scandinaves et le Benelux.

Depuis lors, le mouvement s'étend et se poursuit dans tous ces pays avec une grande vigueur, même aux U.S.A. où, sous l'influence du Board of Family Practice, la discipline a été admise comme la 20ème spécialité reconnue comme telle aux Etats-Unis.

Ce qui a été moins bien remarqué, mais qui explique l'admission de ces enseignements à l'Université, est le considérable effort de recherche en médecine générale sur laquelle se fonde le corpus enseignable progressivement produit.

Et, de fait, la naissance et la chronique de la recherche généraliste en Grande-Bretagne montrent, dans un intéressant raccourci, comment les disciplines médicales nouvelles accèdent à un statut universitaire.

Ainsi, dès le 31 Janvier 1953, des annonces sont faites dans le British Medical Journal et le LANCET pour recruter des praticiens intéressés par la recherche. Fin 1954 on note 380 praticiens adhérents.

La même année paraît la "Research Newsletter" destinée à publier les résultats des travaux. Peu à peu se structurent les antennes locales nommées "faculties". On en dénombre 27 en 1954. Puis vient la création de véritables centres de Recherche. En 1957, un médecin du nom de Robin PINSENT crée un service de conseil en Recherche à Birmingham pour aider les praticiens à établir leurs protocoles et à obtenir une bourse de recherche du Nuffield Provincial Hospital Trust.

C'est ensuite le ministère de la santé britannique qui reprit ce financement, ce qui permit la formation du centre de recherche de Birmingham dont la première tâche sera une grande enquête sur la morbidité.

Suit la création d'autres centres :

- 1964 le centre de Manchester.
- 1971 le centre Ecossais.
- 1975 le centre de Swansea.
- 1978 le centre de la clinique Leigh

ce dernier est directement rattaché au Royal Collège of General Practitioners. Depuis lors, le processus s'est poursuivi et diversifié.

Qui dit recherche dit observation et recueil des données donc codage et classification.

Ainsi, dès 1958 il apparût que pour plus de la moitié des problèmes présentés aux médecins de famille, on ne pouvait attribuer un terme compatible avec les rubriques diagnostiques de la classification internationale des maladies, tout au moins durant les rencontres initiales avec le patient.

Dès 1959, le collège énonce les deux principes préalables sur lesquels il compte établir une classification utilisable pour ses recherches en médecine générale. (note).

1/ la classification doit être compatible avec la classification Internationale des maladies afin de rester dans le courant évolutif de la pensée médicale.

2/ la classification doit être basée sur ce que les généralistes "font", sur la morbidité qu'ils rencontrent.

On verra combien la satisfaction simultanée de ces deux exigences pose des problèmes qui ne sont pas seulement pratiques, mais aussi théoriques, si bien que leur solution demande une profonde évolution des esprits et des connaissances nouvelles et mieux conceptualisées sur les fonctions médicales et leurs différences selon les disciplines. On verra quelles solutions aujourd'hui émergent sous l'effet de travaux, mais bien au delà de la sphère d'influence anglo-saxonne, en particulier en Autriche et en France. Mais n'anticipons pas et poursuivons, en une brève chronique, la description des faits tels qu'ils ont évolué dans les pays anglophones.

Ainsi, en 1959, le Royal Collège établit sa première liste à usage de classification à partir de relevés faits dans onze pratiques de "general practitioner". Cette liste fut remaniée à plusieurs reprises. Dans le même temps des adaptations de cette liste apparurent aux U.S.A. (Metcalf 1970 qui ajouta des clauses nouvelles concernant les problèmes psychosociaux et les prescriptions) au Canada (Westbury et Tarrank : the Canuck Book 1968) en Australie (1972), Allemagne (1973 : the Verdener liste), Israël (1972), Suède et Norvège (B.G. BENTSEN list). Il s'agit de listes de termes à usage généraliste, toutes basées sur les relevés personnels établis sur des durées relativement brèves et confrontées entre elles.

note : "Bulletin of the Royal College of General Practitioners. Décembre 1976 = Working Party Report".

Dans le même temps naissait une organisation mondiale des Sociétés Académiques de Médecine Générale : la WONCA.

2-1-3 : Internationalisation du problème et création de la WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physician) et présentation de ses recherches.

La WONCA est née en 1964 à Melbourne où la première conférence mondiale de médecine générale créa la première commission d'étude pour la formation de la WONCA. Cette commission poursuivit son travail pendant six années. Elle présenta ses travaux en 1966 à la deuxième conférence de médecine générale à Salzbourg, 1968 la troisième conférence à New Delhi, 1970 la quatrième conférence à Chicago. C'est au cours de cette conférence que l'on approuva la décision de création de la WONCA et l'on créa un conseil intérimaire. En 1972, à la cinquième conférence, à Melbourne, est fondée la WONCA avec une adhésion de 28 membres et un membre associé. En 1974, 1976, 1978 ont lieu la sixième, septième et huitième conférence de la WONCA. A noter l'adhésion de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) à cette organisation en 1978. Puis on notera en 1980, 1983, 1986, la neuvième, dixième et onzième conférence.

Actuellement, les pays membres sont : Australia, Belgium, Canada, Danemark, Finlande, France, Indonésie, Irlande, Israël, Japon, Corée, Malaisie, Hollande, Nouvelle Zélande, Nigeria, Norvège, Pakistan, Philippines, Portugal, Singapour, Afrique du Sud, Srilanka, Suède, Thaïlande, Royaume Uni, USA, Zimbabwe.

Il est très important de souligner ici que l'acte de naissance de la WONCA, à Melbourne, coïncida fin Octobre 1972 avec la décision de nommer une commission internationale de classification chargée de créer une première classification internationale des problèmes de santé en médecine de première instance (note 1) organisée sur un mode très strict.

(Note 1) : Primary Care est un terme qui permet de caractériser la prise en charge du premier recours quelque soit le niveau socio économique du pays concerné. Il en résulte que le Primary Care inclut aux Etats-Unis des structures comportant des pédiatres, gynécologues, gériatres et internistes d'une part et des structures où fonctionnent des Family Practitioners d'autre part ; en Grande-Bretagne il s'agit de médecins généralistes seulement ; quant aux pays en voie de développement, il est admis qu'il peut s'agir éventuellement de soignant non médecins, mais ayant une formation "ad hoc".

Cette commission eut une tâche double. Tout d'abord, elle était chargée de confronter entre elles et avec la classification internationale des maladies (I.C.D.), les principales listes de termes en présence.

Pour mieux montrer l'état des choses, je reprendrai certains endroits de l'article introductif de D. BENT GUTTORN BENTSEN (Professeur de médecine sociale à l'Université de TRONDHEIM Norvège) à l'édition première de l'ICHPPC réalisée par le Royal College of General Practitioners en Décembre 1976.

"En pratique médicale, un diagnostic est une étiquette que nous mettons à chaque malade. Cette étiquette est utilisée pour un traitement et si possible pour un pronostic. Si les termes du diagnostic sont rattachés si besoin à une recherche, ils acquièrent une nouvelle dimension..... Uniformiser les diagnostics est souvent une démarche en pratique clinique pour améliorer la qualité de la communication entre les médecins généralistes et spécialistes. En recherche, la standardisation des différents diagnostics est nécessaire. Nous devons aller vers l'universel pour donner un outil de travail valable et faire des comparaisons entre les éléments nationaux et internationaux. Depuis 1945, on utilise une classification, l'I.C.D., qui vient d'être publiée en une 9ème Edition. L'édition nationale de l'I.C.D. est très utilisée. A part quelques petites modifications, cette édition est en rapport avec l'I.C.D. de l'Organisation mondiale de la Santé. On regrette que cette classification ne soit pas adaptée pour la recherche en médecine générale, sans modification. Nous sommes face au choix d'une nomenclature, d'une classification ou d'une table standard regroupant les termes".

Mr. GUTTORN BENTSEN continue son article en parlant du diagnostic et de ses caractéristiques :

- Sa nature étiologie, pathologie, anatomie.
- Son degré de Spécificité ou de sévérité.
- Son degré de probabilité.
- Son degré de difficulté.

"Dans la pratique médicale du généraliste, le diagnostic sera de temps en temps symptomatique avec un faible degré de certitude et de spécificité. La grande précision du diagnostic est souvent inutile et irrationnelle ; inutile car le traitement n'en dépend pas, irrationnelle car c'est le résultat d'une consultation limitée dans le temps, sans bénéfice pour le patient. Si le diagnostic clinique demande une thérapeutique spécifique, il faut faire un diagnostic précis.

Les études anglaises montrent que seulement 55,5 % des diagnostics fait à la première visite sont "permanents et précis" et que 30 % resteront comme une "tentative". Il n'a pas été étudié combien de diagnostics sont devenus précis après les autres consultations.

Il y a beaucoup d'autres problèmes dans une nomenclature : la limite entre le normal et la maladie ; la phase infraclinique de la maladie, l'incongruité habituelle entre le symptôme subjectif et le fait objectif ; la réaction significative du patient et le désordre mental. Un fait est important. En médecine, nous avons aussi des lieux inexplorés. Beaucoup de termes sophistiqués cachent en réalité notre ignorance des causes de certaines maladies. Beaucoup de jolis termes sont de simples étiquettes pour un symptôme ou un syndrome".

Il finit son article en comparant six classifications : Canuck book (Canada) ; I C D (OMS) ; College of General Practitioners ; Sweden ; Verdener Diagnosen List (Allemagne) ; BGB (sa propre classification). L'étude a été faite par lui et elle fait ressortir l'importance d'une classification universelle, utilisable par tous les médecins généralistes. Selon lui, la meilleure classification est le Canuck Book. Elle contient la plupart des termes importants en Médecine Générale avec pourtant un chapitre sur la prévention trop court.

A partir de cette idée, il donne sur le tableau, le nombre de termes définis, le nombre de termes identiques à ceux du Canuck Book, le % de termes identiques à ceux du Canuck Book.



	Canuck Book	ICD	College of General Practitioners	Sweden	Verdener	B.G.B.
Nombre de codes	389	1,000 +	446	338	225	1,000 (600)
Nombre de codes identiques avec "Canuck Book"	-	199	130	160	108	ca 380
% de termes identiques avec "Canuck Book"	100 %	51 %	33 %	47 %	28 %	98,7 %
Nombre de chiffres utilisés dans le code	4	4-5	3	3	4	5
Diagnostiques spécifiques manquant pour la pratique généraliste	ca 35	ca 100	ca 50	ca 140	ca 180	ca 20

C'est ainsi que naquit "L'International Classification of Health Problems in Primary Care", qui est l'oeuvre de B.G. BENTSEN et de quatre membres de son comité.

La seconde tâche du comité de classification fut de tester cette classification avec l'aide de neuf pays membres sur les 22 qui avaient offert leur participation au départ. C'est ainsi que le test fut effectué par 300 praticiens réunissant ainsi plus de 100.000 contacts médecin-malade, ce qui peut paraître beaucoup, mais ne représente finalement qu'une expérience brève sur 300 rencontres par médecin.

Cependant cela permet de publier la première version à l'occasion de la sixième conférence internationale de la WONCA, en décidant qu'il ne s'agirait pas d'un travail statique, mais qu'il serait soumis à un travail permanent et quinquennal de révisions critiques. Pour finir, on se trouvait devant une classification basée essentiellement sur deux notions :

- La fréquence en pratique généraliste.

- La compatibilité systématiquement recherchée avec la classification internationale des maladies éditée par l'OMS et qui venait d'achever elle-même la publication de la 9ème révision datant de 1975. Il s'agit en résultat de 337 termes, chacun comportant ses inclusions et exclusions, reportés selon les mêmes chapitres que ceux de la C.I.M. 9ème révision auquel vient s'ajouter une "classification supplémentaire des facteurs influent sur l'état de santé et des motifs de Recours aux Services de Santé", dite code V. Cette classification supplémentaire apparaît aussi dans la C.I.M. 9ème révision où elle comporte 82 termes. Dans tous les cas, la terminologie se rapporte exactement aux termes de la C.I.M. On verra dans ce qui va suivre combien ce choix, qui paraissait logique, a soulevé des problèmes, suscité des études et des théories nouvelles au point d'arriver actuellement à une position de quasi rupture entre les tenants officiels de la C.I.M., d'une part, de la WONCA et des autres courants de la pensée généraliste, d'autre part, dont nous allons parler maintenant, alors que dans le même temps on assiste à un rapprochement "de facto" entre deux courants jusqu'alors divergents, de la pensée généraliste dans le monde.

## 2-2 : L'EUROPE CONTINENTALE : L'OEUVRE MAGISTRALE DU PROFESSEUR R.N. BRAUN

Tout ici part de l'oeuvre d'un médecin généraliste du nom de R.N. BRAUN.

### 2-2-1 : Définition de son projet

R.N. BRAUN, médecin généraliste autrichien, Professeur hors cadre à l'Université de Vienne, est un des pionniers, le plus grand peut-être, de la recherche généraliste dans le monde. Son livre, "Pratique, critique et enseignement de la médecine générale" (note), présente l'achèvement d'une vie entière de ses recherches épidémiologiques en vue d'établir, entre autre, un système de classification pertinent en médecine générale. L'ouvrage de R.N. BRAUN se présente comme un manuel de médecine générale. Comme nous l'explique le Docteur ROSOWSKI dans sa préface, BRAUN définit son projet comme suit :

(note) : "Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale". Ouvrage publié sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale - Edition Payot.

"On a coutume de considérer que la tâche du médecin généraliste est clairement définie. Elle consisterait à appliquer ce que les professeurs d'université enseignent. Mais ceci est une erreur. En faire la découverte est l'objet principal de ce livre". L'originalité de l'ouvrage tient au matériel rassemblé qui est puisé presque intégralement dans la pratique de médecine générale de type classique de R.N. BRAUN et qui est observée méthodiquement en permanence, depuis vingt cinq ans. BRAUN appuie chacun de ses propos sur des dizaines, des centaines, voire des milliers de cas relevés pendant des périodes d'activités bien définies qui vont de quelques jours, le plus souvent de plusieurs mois, à cinq années consécutives."

La démarche de R.N. BRAUN est de montrer la fonction réelle du médecin généraliste.

La première partie du livre correspond à la description de la médecine générale. Il s'agit de sa propre expérience et des réflexions sociologiques en découlant. Il décrit les facteurs constitutifs de la médecine généraliste, la nature de cette médecine et ses résultats de consultation, le patient et le début du traitement, les choses urgentes et non urgentes, caractéristiques et non caractéristiques, la thérapie, la prophylaxie et le pronostic. La deuxième partie est une étude de la pratique médicale et la présentation de sa classification.

La théorie du système de classification vient de l'analyse des résultats de consultation et des effets de la spécialisation. Page 71, R.N. BRAUN aborde ainsi le problème de diagnostic pour le praticien d'aujourd'hui : "A la suite de son examen rapide, le médecin praticien se croit tenu actuellement d'établir un diagnostic. Il se fonde, ce faisant, sur son expérience. C'est sur la proportion de diagnostics exacts et inexacts, dans les cas de transfert aux spécialistes ou à l'hôpital, qu'on a coutume de juger les praticiens sur "leur capacité". Ce jugement passe cependant à côté de l'essentiel dans l'activité praticienne, il ne se fonde pas sur la manière d'agir judicieuse ou non du praticien, mais sur quelque chose d'accessoire, l'étiquetage individuel des résultats de consultation.

Ces diagnostics praticiens sont en principe des estampillages. Ils répondent ainsi à ce qu'on attend du rôle de médecin praticien.

Et comme un étiquetage différent paraîtrait révolutionnaire et incompréhensible, le praticien est obligé de se servir des termes désignant des maladies. Mais procédant ainsi, il tombe de Charybde en Scylla, puisque l'infériorité de son activité mesurée au nombre des "erreurs de diagnostic" est, dès lors, apparemment mise en évidence.

Le malentendu de ce mépris durera aussi longtemps que le travail du praticien généraliste sera jugé selon le faux critère qu'est la faculté de reconnaître la maladie".

En poursuivant l'analyse de ce livre, on voit R.N. BRAUN nous parler de la nature des branches spécialisées de la médecine. Il prend vingt cas de pratiques non sélectionnés pour examiner le rapport entre les démarches diagnostiques du médecin de première consultation et le travail dans le domaine des branches de la médecine spécialisée traditionnelle. A chaque cas, il transcrit les possibilités de choix potentiels existant dans la médecine spécialisée, je cite les cas :

- Un fermier de 62 ans se présente avec un gonflement de la langue. Il a eu "la même chose" il y a un an. La "Récidive" dure, au dire du patient, depuis un mois. L'année précédente, il n'y a pas eu de traitement médical. Il s'agit d'un nodule violacé et dur de la grandeur d'une noisette. Pas de ganglions importants. Ici, on a le choix entre un cas de chirurgie générale, de stomatologie, de dermatologie, de carcinologie ou de radiologie.

- Une jeune mère désire des instillations nasales pour son nourrisson. L'enfant a quatre mois. Est-ce un cas de pédiatrie, de rhinologie ou de vénérologie ?

- Une patiente de 92 ans souffre depuis des décennies de proctalgies. Elle désire des injections, éventuellement une hospitalisation. L'examen local est négatif.

Est-ce un cas chirurgical, interne ou dermatologique ?  
Est-ce un cas relevant du spécialiste de médecine psychosomatique, du proctologue ou du gérontologue ?

A partir de ces exemples, l'analyse de R.N. BRAUN l'amène à conclure "Aucun de ces cas n'a pu être attribué de façon univoque à une spécialité. D'une part, parce que la situation diagnostique finale n'était pas encore suffisamment claire. D'autre part, il apparaît que les spécialités ne se trouvent pas suffisamment nettement délimitées les unes par rapport aux autres".

Il est possible que ces problèmes permettent d'utiliser la C.I.M. pour classer des maladies au sein d'une même spécialité dès lors qu'elle fait usage du seul chapitre qui la concerne. Par contre on ne peut comparer les spécialités entre elles et encore moins utiliser la C.I.M. en médecine générale du fait des dénominations multiples correspondant à une même situation rencontrée en médecine générale selon qu'on se sert d'un terme pris dans une spécialité ou dans une autre. Ainsi parlant de la C.I.M., R.N. BRAUN écrit :

"Mais la classification statistique internationale des maladies, troubles de santé et cause de décès, se trouve considérablement gênée par le fait que ses groupes principaux ne soient pas clairement définis quant à leur contenu. Ceci, de même que le désir de conserver toutes les désignations diagnostiques d'usage courant a pour effet de faire classer une même maladie, selon son étiquette diagnostique dans des groupes différents. Citons un exemple : la classification internationale offre la possibilité de faire figurer l'infiltration tuberculeuse précoce qui, sous cette dénomination exacte doit être enregistrée sous le chiffre 004, également comme "Affection pulmonaire" sous 002, comme "Tuberculose sans désignation précise" sous 008 et comme "maladie pulmonaire" sous le chiffre 527.2.

Ce qui paraît essentiel dans une systématisation aussi "large" c'est avant tout le fait que les différentes classifications mentionnées à propos de notre exemple soient toutes exactes.

Mais dans un classement systématique fonctionnel des maladies, les mêmes résultats de consultation de même nature devraient toujours être comptés dans la même catégorie et la même rubrique".

BRAUN montre par ce raisonnement qu'il est impossible d'utiliser la C.I.M. pour classer clairement un résultat de consultation. Il poursuit en parlant de la médecine praticienne, qui est une spécialité en ce sens qu'elle prend en compte un type de résultats de consultation où l'on ne peut reconnaître clairement des maladies et que pourtant, il faut prendre en charge de façon pertinente et rigoureuse.

"On ne saurait mettre à l'écart de la médecine la grande masse de tous les résultats de consultation sous le prétexte qu'ils ne correspondent pas à un diagnostic exact. En tant que résultat de démarches ayant, dans leur principe, la même valeur, ils doivent nous intéresser au même titre que les constatations de maladies exactes".

Il conclut son chapitre en écrivant: "La médecine ne peut se définir à partir des problèmes des seules disciplines cliniques. La plupart des consultations, en effet, n'ont pas pour finalité le diagnostic, mais une action différente et non moins nécessaire.

En juxtaposant états diagnostiqués et non diagnostiqués, sans établir de hiérarchie, tels qu'ils se côtoient dans la réalité, nous trouvons une image changée de la médecine. La reconnaissance des maladies perd considérablement de son importance. Et, à sa place, nous voyons à l'avant plan paraître une immensité inexplorée qui, pour la pratique, la recherche et la doctrine, est dévolue avant tout à la discipline de la médecine praticienne".

Pour aborder le chapitre décrivant son système de classification, il explique que le diagnostic qui désigne, pour la plupart des définitions usuelles, l'action de constater les maladies, est en réalité un concept ambigu, car il existe les diagnostics provisoires, diagnostics probables, situationnels etc...

Pour des fins théorico-professionnelle, il redéfinit ce terme : "Le diagnostic est l'obligation scientifique de classer un résultat de consultation dans la catégorie d'un concept nosologique".

Cette définition élimine les termes comme : diagnostic initial, d'attente, précipité, régional, trompeur, approximatif etc...

On admet qu'un résultat de consultation peut ne pas être une constatation précise de maladies. A partir de cette idée, la classification va devoir intégrer tous les types de résultats de consultation. Par ce biais, le médecin praticien précisera ses positions. Sans une classification précise, le praticien n'aura qu'une création verbale individuelle répondant au besoin du moment. BRAUN parle des erreurs d'appréciation clinique inévitable et ce caractère se trouve utilement mis en relief par les classifications. Je cite "Une classification en effet de façon générale signifiera : Attention !".

2-3-2 : La classification biaxiale de R.N. BRAUN

Or, examinant ce qui se passe dans la pratique généraliste, R.N. BRAUN est amené à dégager quatre positions d'après lesquelles il classe les comportements des médecins face au diagnostic :

- la classe des "Diagnostics médicaux complets" (Ex. : une pneumonie caractérisée par ses signes cliniques, radiologiques et la présence du pneumocoque dans l'expectoration) ;

- la classe des "Tableaux d'une maladie" (Ex. : une rougeole caractérisée par certains éléments dominants : l'éruption, la fièvre, la toux, la rougeur des conjonctives, mais à qui manque la confirmation virologique) ;

- la classe des "Groupes de symptômes ou syndromes" (Ex. : une fièvre avec toux et rhinite sans autres éléments notables) ;

- la classe des "signes cardinaux" (Ex. : un état fébrile sans autre constatation).

Observant ensuite ce qui se passe, à travers sa propre clientèle, dans la médecine hospitalière et spécialisée, il y découvre les mêmes quatre positions par rapport au diagnostic médical complet. Mais cette étude, menée sur cent malades que R.N. BRAUN transfère en milieu spécialisé au cours de huit mois d'exercice, offre d'autres résultats surprenants.

Ainsi l'auteur montre que, pour trois sur quatre de ces malades, il n'y a pas de différence significative entre sa propre appréciation avant l'hospitalisation et celle de ses collègues hospitaliers après celle-ci. Pour la moitié des vingt quatre cas restants, où une telle différence existe, celle-ci est l'effet d'un désaccord persistant de l'auteur sur le diagnostic à la sortie. Sur les douze derniers cas, pour huit d'entre eux, la différence résulte de l'apport diagnostique spécialisé, pour les quatre derniers malades persistent des problèmes variés de part et d'autre.



Par ailleurs, quant à la plus grande fréquence des "diagnostics complets" qui se vérifient en milieu hospitalier (1), celle-ci doit être corrigée en tenant compte à la fois des moyens en temps et en matériel dont on dispose dans ce milieu et de la présélection des malades dont seuls 5% du total sont confiés à l'hôpital.

BRAUN démontre ensuite que le diagnostic selon la C.I.M., la classification praticienne par dominance, la classification par syndrome, la classification par symptômes directeurs doivent dans l'optique théorico-professionnelle être placés côte à côte dans une stricte équivalence.

Pour bien comprendre ce système, reprenons l'exemple des cinq cas de toux :

"21 : un enfant de trois mois tousse, à ce qu'on me dit, depuis quatre jours de façon ininterrompue. Depuis 48 heures, il a de la fièvre. A l'examen praticien, je ne découvre rien d'anormal. Les choses rentrent dans l'ordre en l'espace de quelques jours.

22 : un garçon de trois ans tousse depuis une semaine. Il n'a pas de trouble du sommeil la nuit. Actuellement il existe un "Tableau de pneumonie". Absence de signes clairs à l'examen physique. Traitement avec la Pénicilline. Rétablissement rapide.

23 : un sujet de 85 ans présentant des accès de toux tous les quarts d'heure, moins fréquemment la nuit. Début de la maladie il y a une semaine. Pas de fièvre. A l'auscultation, le patient présente des bruits asthmatiformes et bronchitiques. Rétablissement lent.

(1) Dans la série précédemment évoquée de 100 malades transférés par R.N. BRAUN

24 : Garçonnet de 4 ans qui présente des accès de toux se répétant 4 fois en 24 heures environ. Ces accès sont décrits comme des accès de coqueluche. Cet état existe depuis quelques jours. On note une élévation de la température. Rétablissement au bout d'une semaine, après traitement symptomatique.

25 : Fillette de 4 ans toussant depuis deux jours, 10 à 20 fois par heure. Le sommeil est considérablement perturbé. Il y a également de la fièvre. Réduction rapide des troubles par une thérapie symptomatique.

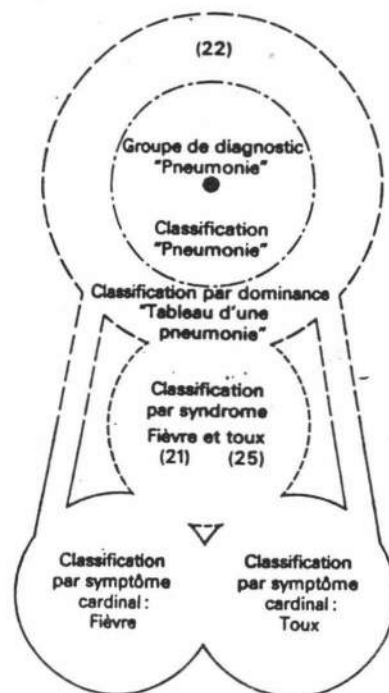


FIG. 15. — Représentation schématique des relations entre les résultats de consultation pour trois cas non-sélectionnés présentant le symptôme « Toux ».

Pour le cas 21 : comme en dehors de la fièvre et de la toux, je n'avais rien constaté de particulier, et que ces deux signes de maladie se présentent dans d'innombrables cas de troubles de santé, la classification d'un tableau de maladie ne paraît raisonnablement pas possible, sauf dans le cas d'une épidémie déjà définie. Il ne peut également être question d'une classification par symptômes cardinaux, puisqu'au premier plan la toux et la fièvre occupaient le même rang. Il en résulte pour ce cas une classification par groupe de symptômes ou syndromes. La situation diagnostique du cas 25 est identique. Naturellement, il existe deux possibilités de classifications différentes pour les transitions ou des cas limites :

1. Des cas dans lesquels les symptômes et la fièvre n'apparaissent pas avec une netteté équivalente et ne justifient pas la classification par syndromes, c'est-à-dire :

- Le symptôme cardinal "fièvre" se trouve légèrement à l'avant plan par rapport au symptôme "Toux".

- Des cas où le symptôme cardinal "Toux" en revanche "dominera" la température.

2. Des cas où, à l'inverse, on passe à des éléments qui permettent de dépasser la classification "syndromes".

Ainsi, dans le deuxième cas de la série (cas 22), la situation donnée est toute différente : j'avais l'impression d'être en présence d'une pneumonie. En effet, à côté de la fièvre et du catarrhe des voies respiratoires, il existait une notable anorexie, un battement des ailes du nez et un retentissement circulatoire important. D'autre part, il me manquait à l'examen physique, les signes déterminants qui sont la matité à la percussion et le souffle tubaire.

L'impression était donc fortement en faveur d'une pneumonie. Toutes les données de l'examen ne venaient pas à l'appui de cette appréciation, mais elles ne l'infirmait pas davantage. Et comme l'existence de maladies concurrentes pouvaient, dans la mesure habituelle, être exclue, le traitement du "Tableau pneumonie" se trouvait justifié selon les données de mon expérience.

Ainsi, nous nous trouvons devant une situation permettant une classification par dominance "Tableau d'une pneumonie" qui se trouvera à la périphérie de la classification pneumonie qui aurait exigé une radiographie pulmonaire. (note).

Il doit exister des relations entre les différentes classifications :

- Il a fallu dans notre schéma que les classifications par symptômes directeurs "Fièvre et Toux" communiquent avec la classification par dominance "Tableau d'une pneumonie" (Fièvre persistante sans que l'examen permette de rien déceler de significatif et pour lesquels la radio révélera finalement un processus de pneumonie ou encore toux sans fièvre qui, après plusieurs semaines d'évolution, peut nous amener à mettre en évidence un petit processus d'infiltration non spécifique).

Ce modèle montre bien l'utilité de ce mode de classification et, de plus, peut servir encore comme démonstration de la différence existant entre les tâches prépondérantes qu'impliquent l'activité et la recherche de la médecine praticienne d'une part et celle qui se déroule selon le modèle de la médecine hospitalière spécialisée traditionnelle d'autre part, lorsque cela est matériellement possible.

(note) : R.N. BRAUN décrit ici une situation bien connue en médecine générale où pour des raisons pratiques d'ordre varié, il faut prendre une décision thérapeutique avant d'être en mesure de faire effectuer les examens complémentaires souhaitables.

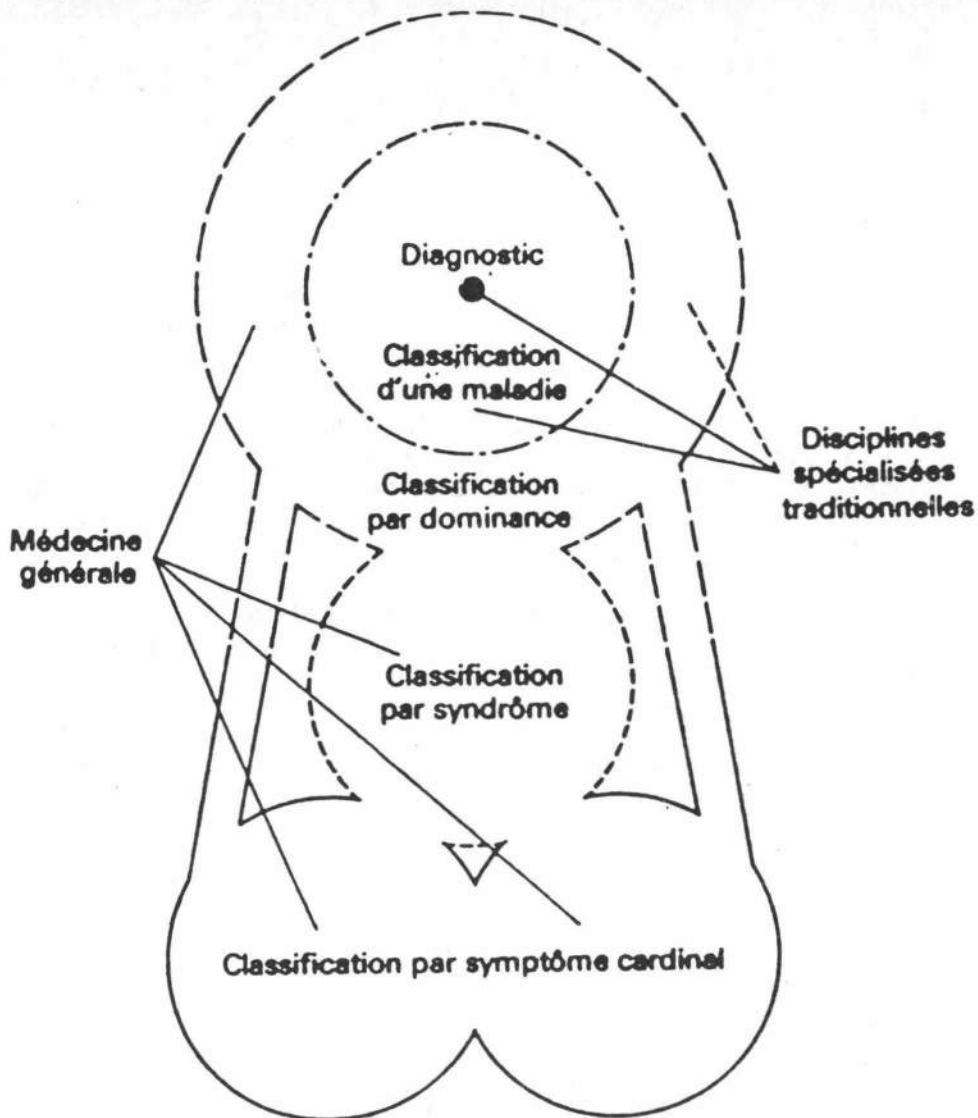


Fig. - Principales relations de la discipline Médecine praticienne et des disciplines spécialisées traditionnelles avec la juxtaposition au "firmament" des résultats de consultation équivalents.

A partir de ce modèle, BRAUN va créer une systématique à deux dimensions qu'il appellera classification bi-dimensionnelle, car "en médecine praticienne, ce qui importe c'est moins la désignation que le médecin choisit dans chaque cas particulier que l'appréciation décisive portant, elle, sur l'ensemble de la situation diagnostique : les réflexions sur ce qui lui a été indiqué et ce qu'il a décelé".

Cette systématique comporte sur le premier axe une dénomination et sur un deuxième axe les quatre positions, disons A, B, C, D, précédemment définies.

Si l'on veut insérer un résultat de consultation dans cette systématique, on doit savoir clairement si le cas a été laissé totalement "ouvert" sous l'étiquette d'un symptôme cardinal ("Fièvre" - colonne A).

Si plusieurs "caractéristiques" de même rang se trouvaient à l'avant plan (fièvre, maux de gorge et toux - colonne B = syndromes).

Si il y avait "tableau d'une maladie" ou d'un groupe de maladies (ex. : tableau d'une coqueluche - colonne C). Si il y avait eu possibilité d'identification exacte d'une maladie (brûlure - colonne D)

Avec ce système, il présente l'analyse d'une trentaine de cas. Je donne trois exemple pour une meilleure compréhension de la classification bidimensionnelle :

1 - Un garçon fait une chute. Depuis il est alité et ne peut plus bouger la jambe.

Classification : tableau d'une fracture de jambe après examen clinique et avant examen radiologique.

Situation au niveau de la systématique bidimensionnelle  
4 C = classification par dominance sous la rubrique "Blessure", l'examen radiologique fait, on peut classer D.

2 - Un nourrisson de sept mois présentant de la fièvre. Au départ, examen général de routine, puis classification par syndrome : fièvre plus bruits bronchitiques plus irritation du tympan, aspect d'otite moyenne droite catarrhale.

1 B : classification par syndrome sous la rubrique "fièvre", "catarrhe des voies respiratoires".

3 - Un garçon de neuf ans m'est présenté à l'occasion d'une visite à domicile pour son jeune frère. La mère a été frappée par un "Nodule" au niveau du muscle sternocleido mastoïdien droit. Après examen local de routine, classification par symptôme cardinal : ganglion au niveau du cou à droite. (Position A).

Il faut rappeler ici que le système biaxial de classification des résultats de consultation en médecine générale tel que BRAUN l'a constitué est le fruit du travail d'une vie de praticien ayant commencé à Vienne en 1944 pour se poursuivre ensuite en milieu rural en basse Autriche, où fut créé un Institut de Médecine Générale basé sur sa clientèle. Dès le départ, R.N. BRAUN eut pour objectif scientifique l'observation et l'étude méthodique de sa propre pratique avec une attention scrupuleuse pour tout ce qui se publiait dans le monde en matière d'épidémiologie généraliste. Sa classification est ainsi le fruit d'une recherche rigoureuse, d'une durée exceptionnelle, R.N. BRAUN recensant tous ses résultats de consultation depuis 1944 par tranche de 3 à 5 ans avec calcul des incidences annuelles de cas nouveaux et des prévalences. Chaque morbidité aiguë était comptée une fois par épisode, et chaque morbidité chronique une fois par an. On aboutit ainsi à une classification par ordre de fréquences dont nous donnons deux exemples pour les situations les plus fréquentes ; l'une en 1959, résultant de cinq années de suivi de sa clientèle, l'autre de 1980 résultant d'un suivi de trois ans.

Colonne 1 : Position chiffrée du terme dans la classification  
 Colonne 2 : Terme de la classification  
 Colonne 3 : Pourcentage 1/1000 du terme 1950-55  
 Colonne 4 : Position biaxiale

## ÉTUDE DE LA PRATIQUE

349

1	2	3	4	5
159	Séborrhée .....	1,35	7C, 7D	2
160	Expulsion retardée ou rétention du placenta.....	1,35	9D	—
161	Athérome .....	1,35	7D, 7C	1
162	Corps étranger de tous les orifices corporels excepté des yeux.....	1,35	4D ou selon la localisation	—
163	Arythmie complète, autres lésions myocardiques graves de nature dégénérative.....	1,35	5C, 5B	—
164	Gingivite .....	1,35	12C, 12A	2
165	Angulus infectiosus .....	1,35	7C	1
166	Dermatose de caractère indéterminé.....	1,35	7A, 7B	1
167	Anémie pernicieuse, même compensée.....	1,35	12C	—
168	Suralimentation .....	1,35	12B	—
169	Mastite, engorgement lacté.....	1,23	3C, 3B, 7C	5
170	Otite externe.....	1,23	8C	—
171	Polyarthrite aiguë.....	1,23	2C	1
172	Autres troubles statiques .....	1,23	12B, 12C	3
173	Prurit anogénital .....	1,23	7A, 9A, 11A	1
174	Autres spasmes ou convulsions.....	1,23	12A	—
175	Stomatite .....	1,23	12A (évt 1A)	—
176	Bursite aiguë.....	1,23	12C	—
177	Psychoses aiguës.....	1,23	11C	1
178	Chéilite, lèvres gercées .....	1,23	7C, 7A	—
179	Section des tendons .....	1,11	4D	1
180	Infarctus du myocarde .....	1,11	5D, 5C	—
181	Rhinopharyngite .....	1,10	1B	—
182	Intertrigo.....	1,10	7C	3
183	Conjonctivite phlycténulaire.....	1,10	10C	—
184	Déchirure périnéale .....	1,10	9D	—
185	Néoplasme bénin du sein.....	1,10	12D, 12A	1
186	Tuberculose pulmonaire .....	1,10	5D, 5C	—
187	Hyperhydrose générale .....	1,10	12A	1
188	Néphrolithiase .....	1,10	9C, 9D	6
189	Ulcère de la cornée .....	1,10	10C	—
190	Dysurie .....	1,10	9A	—
191	Diverses blessures légères.....	0,98	4C, 4D	1
192	Autres luxations .....	0,98	4D, 4C	1
193	Vomissements.....	0,98	12A, 11A	1
194	Hémangiome.....	0,98	7D, 7C	1
195	Incarcération herniaire .....	0,98	6D	—
196	Prurit généralisé.....	0,98	7A (évt 12A)	1
197	Érysipèle .....	0,98	7C	1
198	Crampes des membres inférieurs.....	0,98	12A	1

TRADUCTION FRANÇAISE DE LA CLASSIFICATION  
 DE R.N. BRAUN

(Exemple partiel)



Chapitre 3 : ETUDE COMPARATIVE DES TROIS TYPES DE CLASSIFICATION :  
C.I.M., ICHPPC, R.N. BRAUN

Je pense, pour clarifier les esprits, qu'il faut présenter une étude de type comparative, réunissant les trois classifications décrites précédemment : classification internationale des maladies 9ème révision, classification de la WONCA (ICHPPC - 2) et la classification de BRAUN. A partir d'un exemple de consultation en médecine générale, nous allons étudier les possibilités de classement et ce qu'apporte la classification pour le médecin généraliste du point de vue de la stratégie de la décision.

Description de la consultation.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui vient à sa première consultation pour : mal de tête, rhume modéré. Le médecin constate : écoulement purulent naso-pharyngé avec pression un peu douloureuse des sinus.

Classement selon la C.I.M. 9ème révision.

Avec l'index, on est obligé de faire une recherche selon la plainte : Céphalalgie 784.0 et la constatation médicale : Ecoulement rétronasal 473.9 ou sinusite 461.

Reprenons ensuite au niveau de la table analytique :

784.0 : Céphalée - Douleur faciale.

A l'exclusion de : céphalée psychogène 307.8  
 migraine 346  
 névrite faciale atypique  
 350.2

Nous pouvons donc retenir ce terme, car la plainte n'est pas dans les exclusions.

473.9 : Ecoulement nasal ramène vers la sinusite chronique sans autre précision.

On peut aussi retenir ce terme.

461 : Sinusite aiguë avec des classements anatomiques :

- 461.0 Maxillaire
- 461.1 Frontale
- 461.2 Ethmoïdale
- 461.3 Sphénoïdale
- 461.8 Autres
- 461.9 Sans précision.

Nous sommes aussi dans la situation de 461.9 : Sinusite aiguë sans autre précision.

En conclusion, nous avons trois possibilités :

- 784.0 Céphalée
- 461.9 Sinusite aiguë S A I
- 473.9 Sinusite chronique S A I.