

DESCRIPTION ET GESTION DU DOUBLE CIRCUIT DE
 CREATION ET VALIDATION DES DEFINITIONS
 DES RESULTATS DE CONSULTATION
 LES PLUS SOUVENT RENCONTRES EN MEDECINE GENERALE

Gérard VERY
 Jérôme ANDRAL

I - Ce double circuit est basé sur 16 médecins généralistes répartis en deux groupes:

4 médecins pour les Définisseurs
 12 médecins pour les Validants

Ces derniers travaillent parallèlement en six couples comprenant pour chacun d'entre eux un consultant et un lecteur.
 (Cf schéma n°1)

Le groupe des Définisseurs (4 médecins)

1) construit les définitions à partir d'une documentation réunissant des définitions déjà élaborées par Braun et Landolt, mais aussi par des chercheurs de la SFMG avant la création du réseau, des définitions fournies de l'I.C.H.P.P.C.II et une bibliographie variée essentiellement d'ordre sémiologique (ouvrage du Professeur Sergent, Manuel Merck, etc.) les modalités de construction d'une définition sont précisées ailleurs.

2) assure la circulation des termes définis à évaluer ce qui place les Définisseurs au centre des circuits, assurant les fonctions de:

gestion administrative du circuit
 contacts avec les Validants (direct, courrier, téléphone) pour précisions éventuelles
 analyse de cohérence des codages
 validation des définitions et si nécessaire leurs modifications jusqu'au consensus.

<p>Net du Médicin M. Pierre FERRU 86100 GENÇAY 02.89</p>	<p>AGE 11 ans SEXE F Prof. Scolaire</p>	<p>08 MARS 1989</p>	<p>ENSEMBLE DES CHOIX ENVISAGES PAR LE MEDECIN TESTEUR ou LECTEUR</p>	<p>CHOIX par le médecin TESTEUR</p>	<p>CHOIX par le médecin LECTEUR</p>	<p>COMMENTAIRES - BON CODAGE - par DEFAUT - par EXCES (motivés)</p>
<p>HISTOIRE, PLAINTES Tousse depuis la nuit dernière. A fait plusieurs "bronchites asthmatiformes". La mère lui a donné de la VENTOLINE aujourd'hui, mais craint "que ça se complique" Température : 37.5 à 20 heures</p> <p>INTERROGATOIRE Connaissance personnelle de crises d'asthme intriquées de bronchite en Sept 1988 et en Juillet 88, ainsi qu'en Février 88 (vue alors par mon remplaçant). Notion d'asthme chez la grand mère maternelle (la mère de la petite malade dira "j'ai vu ma mère "étouffer", mon père devait lui poser des ventouses pour la soulager) ÉTYMOLOGIE avec SIGNES + et - Toux de type dit "spasmodique" en cours d'examen. Dyspnée expiratoire, d'ailleurs plus modérée qu'à d'autres occasions. Rales sibilants diffus dans les deux champs, avec quelques, plus rares gros rales humides, ronchus. Pas de rhinite ni conjonctivite associée. Tympan normaux. Pharynx non érythémateux. Pas de jetage postérieur</p>			<p>1/ Asthme/C 2/ Bronchite/C Asthmatiforme 3/ Catarrhe combiné</p>	<p>1/</p>		<p><u>Bon codage</u> : Asthme <ul style="list-style-type: none"> . Dyspnée expiratoire . Toux spasmodique . Début brutal la nuit précédente. . Rales sibilants . Antécédent personnel connus du médecin . Antécédents familiaux racontés (grand-mère) <p><u>Codage par Exces</u> : Bronchite <i>Asthmatiforme</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . Les gros rales type ronchus ne sont ici qu'un épiphénomène. . La toux n'est pas productive comme dans une bronchite. . Absence de fièvre accompagnant habituellement une bronchite. <p><u>Codage par Exces</u> Catarrhe des voies respiratoires combinées : Pharynx et nez RAS, pas d'écoulement nasal antérieur ni postérieur.</p> </p>

Prescriptions
SOLUPRED 20 puis 10
CLAMOXYL 1.5g/j
MADITEN / 2 (1 mois)
VENTOLINE spray

3) Les moyens du groupe des Définisseurs comprennent:

- une réunion hebdomadaire pour créer les définitions
- une réunion hebdomadaire pour évaluer le contenu des observations
- les divers contacts, déplacements et séminaires périodiques pour formation, évaluation du travail des couples de Validants

Le groupe des Validants (12 médecins)

Chaque médecin reçoit par courrier toutes les définitions des termes à étudier dès qu'elles sont produites par les Définisseurs. Il a pour mission d'évaluer 3 ou 4 termes, en recherchant dans sa pratique quotidienne des cas semblant correspondre aux termes à étudier.

(Cf protocole d'observation)

II - LE CIRCUIT PRIMAIRE DE VALIDATION

5 cas cliniques sont à retenir pour un même terme par le médecin qui remplira donc 5 protocoles d'observation pour chaque terme à valider.

Le premier cas clinique retenu sera le premier correspondant à première vue à la définition du terme étudié c'est à dire un cas faisant évoquer ce terme.

L'étude commence toujours à partir du lundi suivant la réception du lot à définir.

Chaque observation doit être datée du jour de la consultation et renvoyée le plus vite possible au groupe des Définisseurs pour évaluation de son contenu.

• Pour les termes correspondant à des situations plus rares, le Consultant devra les garder en réserve jusqu'à ce que le résultat de consultation puisse être envisagé à l'occasion du cas clinique.

<p>Net du Médicin M. Pierre FERRU 06180 GENÇAY 02.89</p>	<p>AGE 11 ans SEXE F Prof. Scolaire</p>	<p>08 MARS 1989</p>	<p>ENSEMBLE DES CHOIX ENVISAGES PAR LE MEDECIN TESTEUR ou LECTEUR</p>	<p>CHOIX par le médecin TESTEUR</p>	<p>CHOIX par le médecin LECTEUR</p>	<p>COMMENTAIRES - BON CODAGE - par DEFAUT - par EXCES (motivés)</p>
<p>HISTOIRE, PLAINTES Tousse depuis la nuit dernière. A fait plusieurs "bronchites asthmatiformes". La mère lui a donné de la VENTOLINE aujourd'hui, mais craint "que ça se complique" Température : 37.5 à 20 heures</p> <p>INTERROGATOIRE Connaissance personnelle de crises d'asthme intriquées de bronchite en Sept 1988 et en Juillet 88, ainsi qu'en Février 88 (vue alors par mon remplaçant). Notion d'asthme chez la grand mère maternelle (la mère de la petite malade dira "j'ai vu ma mère "étouffer", mon père devait lui poser des ventouses pour la soulager) ÉTIOLOGIE avec "GNE" et - Toux de type dit "spasmodique" en cours d'examen. Dyspnée expiratoire, d'ailleurs plus modérée qu'à d'autres occasions. Rales sibilants diffus dans les deux champs, avec quelques, plus rares gros rales humides, ronchus. Pas de rhinite ni conjonctivite associée. Tympan normaux. Pharynx non érythémateux. Pas de jetage postérieur</p>						

Dans ce circuit primaire, les médecins validants fonctionnent par couple (1) déterminé en fonction de la proximité géographique, de telle sorte qu'alternativement chacun d'entre eux soit:

- validant consultant c'est-à-dire rédige, pour chaque terme défini, cinq protocoles d'observation à partir de cinq malades qui le consultent;

- et validant lecteur qui relit chaque observation du consultant et propose son propre codage des situations étudiées à partir des observations cliniques relevées par le confrère consultant.

Cf protocole avec cache

Tâches des Médecins VALIDANTS-CONSULTANTS

Le médecin validant-consultant de chaque couple choisit à partir du jour prévu le premier malade qui semble correspondre au terme défini dont l'évaluation lui est confiée.

La description du cas doit être faite sur le protocole d'observation avec la plus grande précision

Chaque protocole d'observation doit comporter dans l'ordre:

- le cachet du médecin
- la date de l'acte
- l'âge, le sexe et la profession du malade
- les initiales du Nom et Prénom ou un n° de code seulement connu du médecin consultant lui permettant de retrouver facilement le dossier en cas d'informations complémentaires nécessaires.
- l'observation doit comporter tous les éléments indispensables à la compréhension du cas:
 - l'expression de la plainte,
 - l'historique succinct s'il joue un rôle
 - mais surtout l'analyse sémiologique la plus précise et la plus fine possible en décrivant les signes positifs comme les signes négatifs.

CRITERES DE CLASSIFICATION DES CAS

Bonne classification du cas :

- * Les éléments significatifs exposés dans l'observation sont identiques à ceux contenus dans la définition du terme.

Classification du cas par excès :

- * Les éléments significatifs exposés dans l'observation sont plus nombreux que ceux contenus dans la définition du terme.

Classification du cas par défaut :

- * Il manque des éléments significatifs dans l'observation par rapport à ceux contenus dans la définition du terme.

Cette rigueur sémiologique est considérée comme fondamentale pour ce travail car elle apporte les éléments pour discuter les définitions évoquées et pour justifier le choix du Résultat de Consultation correspondant le mieux au cas du patient.

- Ensuite seront transcrites toutes les décisions: thérapeutiques, arrêt travail, divers recours et transferts etc.

Après ce travail qui est similaire à celui de toute séance bien conduite de Médecine Générale le médecin validant consultant doit alors effectuer le choix de la meilleure dénomination comme il aurait à le faire en temps réel en cas de saisie informatique.

Il inscrit tous les termes qu'il évoque comme Résultats de Consultation possibles, mais un seul terme sera désigné comme préférentiel.

Chaque terme sera commenté et classé:

- bonne classification du cas, si les éléments significatifs exposés dans l'observation sont identiques à ceux contenus dans la définition du terme;
- classification du cas par excès, si les éléments significatifs exposés dans l'observation sont plus nombreux que ceux contenus dans la définition du terme;
- classification du cas par défaut, s'il manque des éléments significatifs dans l'observation par rapport à ceux contenus dans la définition du terme.

Le protocole d'observation rempli est ensuite retourné aux définisseurs qui vérifient qu'il comporte bien toutes les données suffisantes pour la lecture ultérieure par le médecin-validant lecteur.

Tâches des médecins VALIDANTS-LECTEURS

Le médecin VALIDANT-LECTEUR reçoit pour lecture et re-codage chaque observation clinique du validant-consultant du couple, après la vérification par les définisseurs.

Les observations cliniques ainsi transmises ne comportent aucun des codages proposés comme possibles par le validant consultant, ni aucune des décisions médicales prises par lui.

C'est donc à partir de la seule histoire clinique que le validant-lecteur proposera à son tour les codages des observations en faisant la même démarche:

- liste des dénominations évoquées
- la dénomination retenue
- les choix par excès et par défaut
- ainsi que les arguments de discussion.

Les protocoles d'observation codés après lecture sont ensuite renvoyés au groupe des définisseurs qui recherchent la concordance des choix du consultant et du lecteur. Lorsque, pour une même définition, au moins trois observations sur cinq aboutissent au choix d'une même dénomination de résultat de consultation chez les deux médecins, la dénomination est validée. Pour une meilleure analyse statistique, les cinq cas cliniques sont alors introduits dans un second circuit de validation.

III - LE CIRCUIT SECONDAIRE DE VALIDATION

Ici, les validants et les lecteurs du circuit primaire fonctionnent uniquement en lecteurs.

Les douze médecins ont alors pour tâche de refaire le codage complet de l'observation selon la procédure déjà décrite.

Une seconde validation est ainsi réalisée par l'ensemble du groupe: chaque observation est codée par dix lecteurs (les douze moins le consultant ayant rédigé l'observation et le premier lecteur), et chaque définition sera donc validée "in fine" par cinquante "re-lectures".

Après ces re-lectures, la validation finale pour chaque définition sera établie par un calcul statistique établi en collaboration avec M.LELOUCH (Laboratoires INSERM U169) permettant de déterminer la validité externe de la définition.

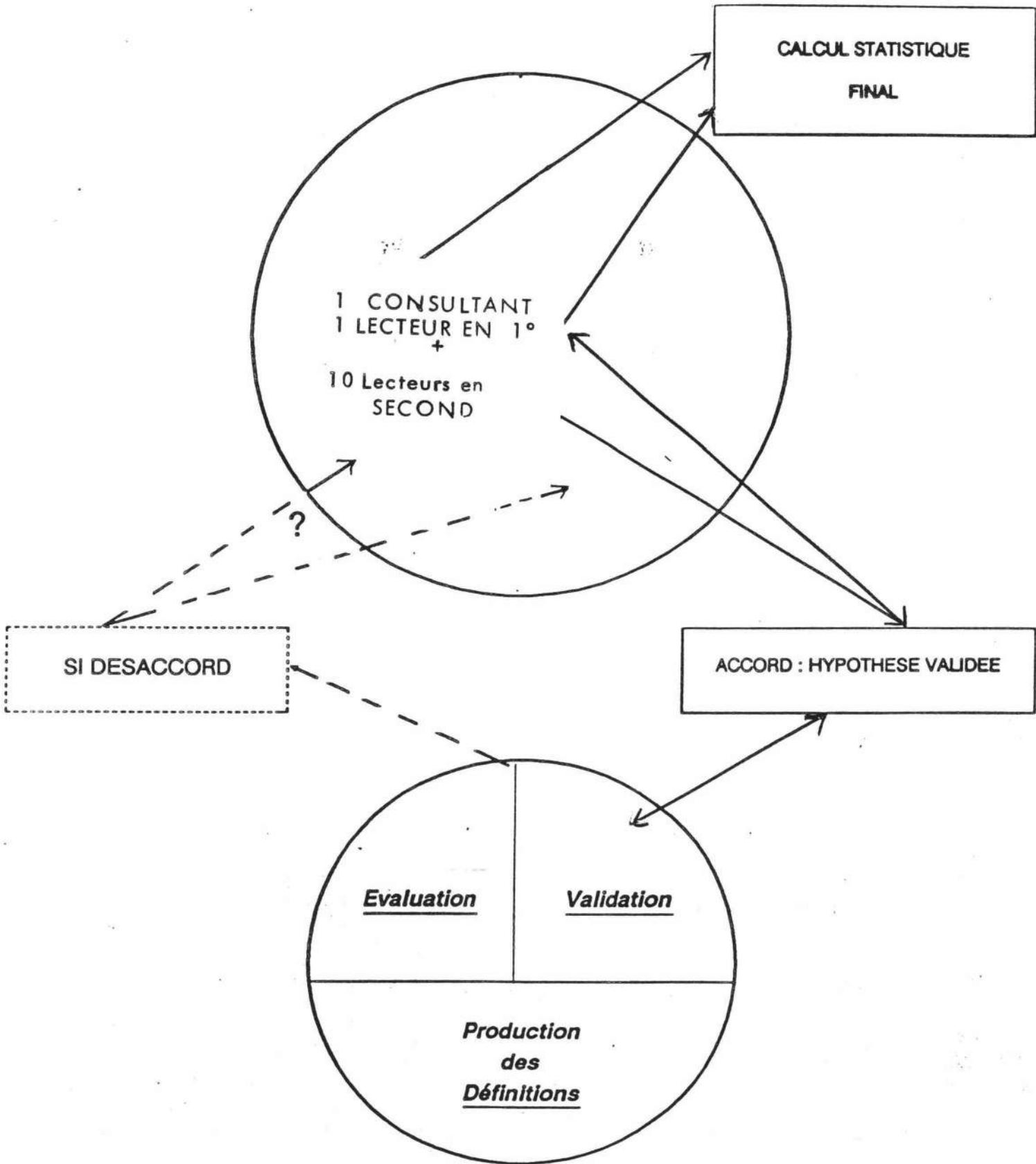
Par validité externe on entend "l'aptitude d'une méthode de diagnostic à décrire ce qui existe réellement dans une population et dans les conditions de l'enquête, par un test dont la reproductibilité, le rendement, l'exactitude et la représentativité sont satisfaisants." (2 p.117)

La validité externe est mesurée surtout par les indices de reproductibilité des résultats (la proportion de concordance dans les résultats obtenus par plusieurs personnes ou dans différents milieux) et par le coefficient "kappa" qui est un coefficient de corrélation intragroupe.

Il s'agit en principe d'un rapport (ratio) entre la proportion des diagnostics concordants observés et la proportion des diagnostics concordants attendus.

Le coefficient kappa peut varier de -1.0 (désaccord absolu) en passant par 0.0 (accord dû au hasard) à 1.0 (accord absolu entre les diagnostics, tests ou personnes).

RELECTURE FINALE



kappa = - 1.0	=>	désaccord absolu
kappa = 0.0	=>	accord dû au hasard
kappa = + 1.0	=>	accord absolu

exemple:

- la concordance du diagnostic d'une pyelonephrite, sur la base d'une radiographie lue par deux médecins est de l'ordre de 68% (kappa= 0.277 à 0.425)

- la concordance d'une lecture et d'un diagnostic d'électro-encéphalogramme anormal par deux médecins est de 88% (kappa= 0.725) (3) (d'après Koran, the reliability of clinical methods, data and jugements, N Engl J Med, 293:642-646, 1975)

Si cette validation n'est pas obtenue, la définition et/ou les observations seront remises en cause. Dans ce cas, la définition devra suivre une nouvelle fois les circuits primaires et secondaires décrits ci-dessus.

IV PRESENTATION DE LA GESTION DES DOSSIERS

La gestion des dossiers est effectuée par le Docteur ANDRAL et une secrétaire qui vient une après-midi par semaine. Nous utilisons un fichier à chemise 21 x 29,7 et des sous chemises de couleurs différentes selon le résultat du terme étudié:

bon codage: jaune
 par excès: rouge
 par défaut: vert

Les cas cliniques évalués "bon" sont archivés ainsi que leurs lectures.

Pour suivre le niveau de la recherche à tous moments, nous avons trois registres pour enregistrer les éléments essentiels.

1 - Un registre des médecins

Celui-ci donne la situation de chaque médecin à tout moment dans la recherche. Nous écrivons la date d'envoi des termes à étudier, le retour, les réclamations, les commentaires et ceci pour chaque médecin. A chaque instant, nous savons où nous en sommes pour nos chercheurs.

2 - Un registre des termes

Il réunit les renseignements pour chaque terme avec les dates, les cas cliniques, les lectures etc... A chaque instant, nous savons où nous en sommes pour tous les termes.

3 - Le répertoire

Il s'agit d'un répertoire alphabétique des termes où l'on inscrit les numéros de pages des deux registres pour chaque terme. Une fois par semaine, nous inscrivons les cas cliniques ou les lectures qui rentrent. Puis l'évaluation est faite avec les Docteurs VERY et SOURZAC.

A noter que le Docteur ANDRAL gère aussi le courrier et le dialogue téléphonique avec nos chercheurs.

Références bibliographiques

1 * Isabelle QUERE & Eléna ROSOWSKY: "de l'utilisation de la C.I.M.9 dans le cadre de notre pratique d'interne en Médecine Générale dans un Centre Hospitalier Spécialisé Psychiatrique", mémoire de 3ème cycle

2 * M.JENICEK & R.CLEROUX, Epidémiologie Clinique, Clinimétrie, 1985

3 * d'après KORAN: the reliability of clinical methods, data and jugements, N Engl J Med, 293:642-646, 1975, cité dans réf(2)

DEFINITION DES RESULTATS DE CONSULTATION

Robert SOURZAC

PLAN

titre: dénomination du "Résultat de Consultation"

INCLUSIONS:

Ensemble des signes et critères nécessaires et suffisants pour classer le cas sous la dénomination correspondante.

RISQUE(s) EVITABLE(s):

Démarche prioritaire qui s'impose au praticien en raison du danger potentiel de la situation, délimitant ainsi son degré de liberté dans la stratégie décisionnelle.

EXCLUSIONS:

Les Résultats de Consultation dont la définition ne correspond pas à l'ensemble des signes et critères observés.

POSITION(s) DIAGNOSTIQUE(s):

Les quatre positions diagnostiques définies par R.N.BRAUN:

- A = signe cardinal
- B = groupe de symptômes ou syndrome
- C = tableau d'une maladie
- D = diagnostic médical complet

Références bibliographiques

A :	SIGNE CARDINAL	25%
B :	SYNDROME	25%
C :	TABLEAU DE MALADIE	35%
D :	MALADIE CARACTERISEE	15%

R. N. BRAUN :

Autriche

F. MADER :

République Fédérale d'Allemagne

LANDOLT THEUS :

Suisse

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE :

France

I - LE RESULTAT DE CONSULTATION

(Définition et nécessité)

Le langage "hospitalier" est actuellement le seul compris de tous les médecins, étant le seul enseigné et utilisé pendant les études médicales. Il est encore l'unique vecteur de l'enseignement post-universitaire, de la littérature médicale, de la recherche médicale. Ce langage est-il adapté à la communication en Médecine Générale ? Il semble que non.

Une étude réalisée en 1986 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité (2) compare plusieurs enquêtes nationales ayant pour objet l'observation de la pratique quotidienne du médecin généraliste. Voici l'essentiel de la conclusion de cette étude:

"La C.I.M. (Classification Internationale des Maladies) telle qu'elle est utilisée pose en médecine de ville le problème de la pathologie la plus fréquente où la distinction qu'elle impose entre symptôme relatif à un appareil et diagnostic paraît superflue et en tout cas difficile à établir. En conséquence, chacun y fait ses propres aménagements, ce qui a rendu certaines comparaisons impossibles...

... quelle serait alors la bonne classification à retenir pour la médecine de ville ?"

Il ne s'agit pas ici de recenser exclusivement les solutions existantes. L'état de cette question est décrit avec précision dans la thèse récente de Jérôme ANDRAL (3) sur "une nouvelle taxinomie en Médecine Générale".

L'auteur démontre qu'il est impossible d'utiliser une classification créée pour l'étude de la mortalité (la C.I.M.), lorsqu'il s'agit d'étudier la morbidité, et ceci malgré les changements intervenus au cours des différentes révisions. De plus, il apparaît clairement dans les exemples étudiés que la Médecine Générale ne peut utiliser cet instrument pour une recherche épidémiologique.

Des organisations et sociétés scientifiques de médecins généralistes dans plusieurs pays, ont élaboré différentes classifications en raison des mêmes difficultés de codage.

La W.O.N.C.A. (World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners), créée en 1972, propose une classification internationale des problèmes de santé de premier recours (I.C.H.P.P.C.) comportant 500 termes en rapport étroit avec la C.I.M. On trouve là de meilleurs moyens descriptifs, mais cette classification reste néanmoins insuffisante pour répondre à l'ensemble des problèmes liés à l'étude du relevé des données épidémiologiques des séances de Médecine Générale.

En effet elle ne comporte pas assez de définitions sémiologiques des situations où il s'agit de coder un signe cardinal ou un syndrome caractéristique ou non, qui représentent plus de 50% des troubles de santé répertoriés en fin de consultation.

L'adaptation des classifications existantes n'est donc pas la solution au problème posé par l'étude du champ spécifique de la Médecine Générale.

C'est en approfondissant cette dernière notion à partir de l'observation de sa propre pratique qu'un médecin autrichien, Robert N.BRAUN, a défini le concept de résultat de consultation.

R.N.BRAUN: MEDECIN GENERALISTE ET CHERCHEUR

Depuis le début de son activité de médecin généraliste près de Vienne puis en milieu rural, R.N.BRAUN a recueilli un grand nombre de données concernant sa pratique quotidienne.

Etudiant ainsi méthodiquement la Médecine Générale praticienne, il a découvert différents facteurs contribuant à la définir, qu'il expose dans un ouvrage d'une importance capitale, traduit en Français sous le titre "Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale" (1):

"La connaissance exacte du cadre de ces limitations permet de rechercher jusqu'où vont les possibilités existant pour une activité professionnelle

donnée. J'appellerai cette orientation scientifique: recherche théorico-professionnelle. Elle pourrait bien être d'un intérêt capital pour définir le principe de toutes les professions académiques, tout particulièrement en ce qui concerne leur rapport avec la science traditionnelle et la formation universitaire" (1p.14)

C'est donc en se fondant sur sa pratique que R.N.BRAUN a construit une méthode qu'il présente comme "une hypothèse élaborée à partir de faits empiriques sur lesquels elle a été expérimentée". Cette méthode doit permettre de prendre en compte tous les éléments qui interfèrent dans une séance de Médecine Générale et particulièrement au moment de sa conclusion.

Selon la pratique de R.N.BRAUN, ces facteurs constitutifs qu'il développe dans la première partie de son ouvrage, sont le "trouble de l'état de santé", le médecin lui-même, le temps, la société, l'argent.

Par ailleurs, doivent être prises en compte les notions de "choses urgentes et non urgentes", "caractéristiques et non caractéristiques", difficiles à apprécier, et qui peuvent modifier l'attitude du médecin.

L'opinion du patient et la façon dont il présente sa plainte entraîneront aussi des différences dans l'appréciation du motif de consultation.

Ainsi, confronté à tous ces éléments, le médecin se trouve dans l'impossibilité d'appliquer au cas moyen de Médecine Générale les méthodes de travail acquises pendant sa formation universitaire. Il ne peut pas "établir une anamnèse somatique globale, procéder à une investigation psychologique approfondie, interroger le malade en détail sur sa situation socio-médicale, l'examiner de la tête aux pieds, faire procéder aux examens de laboratoire, radiographiques, électrographiques et autres, faire appel à l'avis de ses confrères spécialisés".

Sa manière de penser et d'agir devra subir des modifications décisives. "Il doit, en somme, répondre aux exigences de sa profession." (1p.177). Le remplaçant d'un médecin généraliste connaît la difficulté que représente la "simple nécessité" de répondre aux exigences de sa future profession.

Pour lui, du fait de sa formation, le diagnostic exact est le premier devoir du médecin, préalable sans lequel il ne peut traiter le malade sans le mettre en danger. Il ne sait poser ses questions qu'en fonction des réponses dont il dispose.

Il lui faut pourtant répondre à toutes les questions qui lui sont posées, non seulement par le malade, mais en fonction de toutes les contraintes de la pratique.

R.N.BRAUN montre qu'en effet dans la pratique de la Médecine Générale, "il ne s'agit pas de savoir comment désigner au départ des cas pour lesquels on découvrirait après une maladie déterminée".

Après avoir mis en évidence cet "a priori problématique de l'enseignement clinique académique", il affirme qu'au premier abord "il importe bien plutôt, devant un tableau sémiologique donné, d'affecter le bilan de l'examen d'une étiquette qui réserve une ouverture optimale sur l'ensemble des perspectives" (1p.17).

Cette position implique que la Médecine Générale scientifique "doit refuser la suggestion de continuer à établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude" (1p.17) et réserver le concept de diagnostic aux résultats de consultation dont la relation avec un concept nosologique scientifique est établie de façon convaincante (1chap.9).

Cependant, on ne saurait mettre à l'écart de la Médecine Générale la grande masse de tous les résultats de consultation sous le prétexte qu'ils ne correspondent pas à un diagnostic exact. En tant que résultats de démarches ayant, dans leur principe, la même valeur, ils doivent nous intéresser au même titre que la constatation des maladies exactes. (1p.95)

Résultat de consultation est donc synonyme de rigueur dans la démarche diagnostique quant à ce qui est certain et ce qui est incertain. Nous verrons plus loin (paragraphe III) que la même rigueur prévaut dans la recherche du risque évitable et l'appréciation du degré de liberté qui en découle pour le médecin.

**RESULTAT DE CONSULTATION
= RIGUEUR DIAGNOSTIQUE**

R.N.BRAUN classe ces résultats de consultation selon quatre positions (1p.8):

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 toux avec fièvre et rhinite sans autres éléments notables);

La classe des "signes cardinaux" (ex.: un état fébrile sans autres constatations)

Insistons sur le fait que ces quatre positions ne sont en rien quatre "niveaux de diagnostic". Les situations finales dans lesquelles le médecin généraliste n'a pu établir un diagnostic exact ne sont nullement inférieures à celles où le diagnostic complet peut être posé. Il faut accorder aux quatre classes de résultats de consultation définies ci-dessus des places équivalentes dans la Médecine Générale.

BERATUNGERGEBNIS = "Résultat de consultation"

(synonyme : "cas")

"La notion de résultat de consultation sert en théorie professionnelle à la caractérisation des situations diagnostiques terminales en Médecine Générale.

Elle assume aussi la fonction pourvue actuellement par ce qu'il est convenu d'appeler "*diagnostic*".

En même temps, elle inclut logiquement tous les cas, qu'ils aient pu ou non conduire à l'établissement d'un "*diagnostic*" proprement dit (par exemple la céphalée non caractéristique, la fièvre atypique avec catarrhe des voies respiratoire, le tableau d'une otite moyenne, aussi bien que du bouchon de cérumen)".

(Adolf SONNLEITLER - Vienne 1986)

Le résultat de consultation tel qu'il est ainsi défini est donc constitué, selon la classification biaxiale de R. N. BRAUN, d'une dénomination et de la position dans le processus diagnostique où se situe ce résultat.

R.N.BRAUN arrive ainsi à la constatation suivante (1p.100):

"En juxtaposant états diagnostiqués et états 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 la 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 Générale praticienne."

Le principal obstacle à cette recherche est, comme nous l'avons déjà dit, le caractère essentiellement individuel du choix des dénominations de résultat de consultation par les médecins généralistes. On lira à ce sujet les conclusions d'une étude réalisée par la Société Française de Médecine Générale dans la région de Nantes.(4)

Adolf SONNLEITNER (5) a démontré avec clarté, à Vienne en 1986, les conséquences de ce fait sur les calculs de fréquence statistique en Médecine Générale.

C'est pourquoi le choix du résultat de consultation dans sa dénomination doit être basé sur une définition validée reconnue de tous, tâche prioritaire à laquelle R.N.BRAUN et ses élèves suisses et allemands se consacrent actuellement pour les pays germanophones, et la Société Française de Médecine Générale pour les pays francophones.

Le plan des définitions de chaque résultat de consultation, figurant en tête de cet article, est développé dans les paragraphes suivants.

II - INCLUSIONS

- 1) Ensemble des signes et critères nécessaires et suffisants pour classer le cas sous la dénomination correspondante.

Devant tout problème de santé, c'est la sémiologie qui prime: les plaintes du malade, les signes cliniques, les résultats d'éventuels examens complémentaires viennent s'ajouter à ce que le médecin généraliste connaît du passé pathologique du patient (ses antécédents). Tous ces éléments réunis à la fin d'une séance permettent d'inclure le cas dans une rubrique diagnostique. Simultanément, d'autres signes ou les mêmes permettent d'exclure un diagnostic envisagé (voir paragraphe IV).

L A S E M I O L O G I E D ' A B O R D

Ce système d'inclusions-exclusions doit aboutir à mettre une "étiquette" et une seule, sur chaque résultat de consultation: mal de gorge isolé, sinusite, varicelle, anémie, etc.

- 2) Termes usuels:

Pour systématiser la rédaction et faciliter la lecture des descriptions, certains termes sont utilisés préférentiellement pour caractériser la présence ou l'absence des signes observés:

SANS:

le ou les signes décrits ne doivent pas être présents dans la situation observée.

ex: TOUX

INCLUSIONS:

Symptôme isolé
 SANS expectoration notable
 SANS symptôme pharyngé ou pulmonaire notable
 SANS manifestation générale

AVEC OU SANS:

le ou les signes décrits peuvent être présents dans la situation observée.

AVEC)	
LE PLUS SOUVENT)	ces trois termes sont utilisés
)	dans l'ordre décroissant pour
SOUVENT)	indiquer la fréquence des
)	signes décrits.

ex: GOUTTE

INCLUSIONS:

Accès douloureux violent
 touchant LE PLUS SOUVENT l'articulation
 métatarso-phalangienne du gros
 orteil
 SOUVENT l'avant-pied et la cheville
 plus rarement poly-articulaire
 AVEC début brusque
 SOUVENT nocturne
 exacerbé par le moindre contact
 immobilisant le patient au lit ou au fauteuil
 et le privant de sommeil
 AVEC OU SANS hyperuricémie connue

<?> :

La présence de ce signe après un mot signifie que le choix de ce dernier doit être validé par les "testeurs" par référence aux histoires cliniques.

ex: ANGINE (AMYGDALITE)

amygdales enflammées,
 LE PLUS SOUVENT <<?>> douloureuses

INCLUSIONS

Ensemble des signes et critères nécessaires

et suffisants pour classer le cas

sous la dénomination correspondante

TOUTE LA

SEMILOGIE

- Plaintes du malade,
- Signes cliniques,
- Résultats d'éventuels examens complémentaires,
- Passé pathologique du patient connu du médecin.

III - RISQUE(s) EVITABLE(s)

Démarche prioritaire qui s'impose au praticien en raison du danger potentiel de la situation, limitant ainsi son degré de liberté dans la stratégie décisionnelle.

Reconnaissant un degré variable d'incertitude dans un contexte de prise de décision, Rameau. (6) note trois situations:

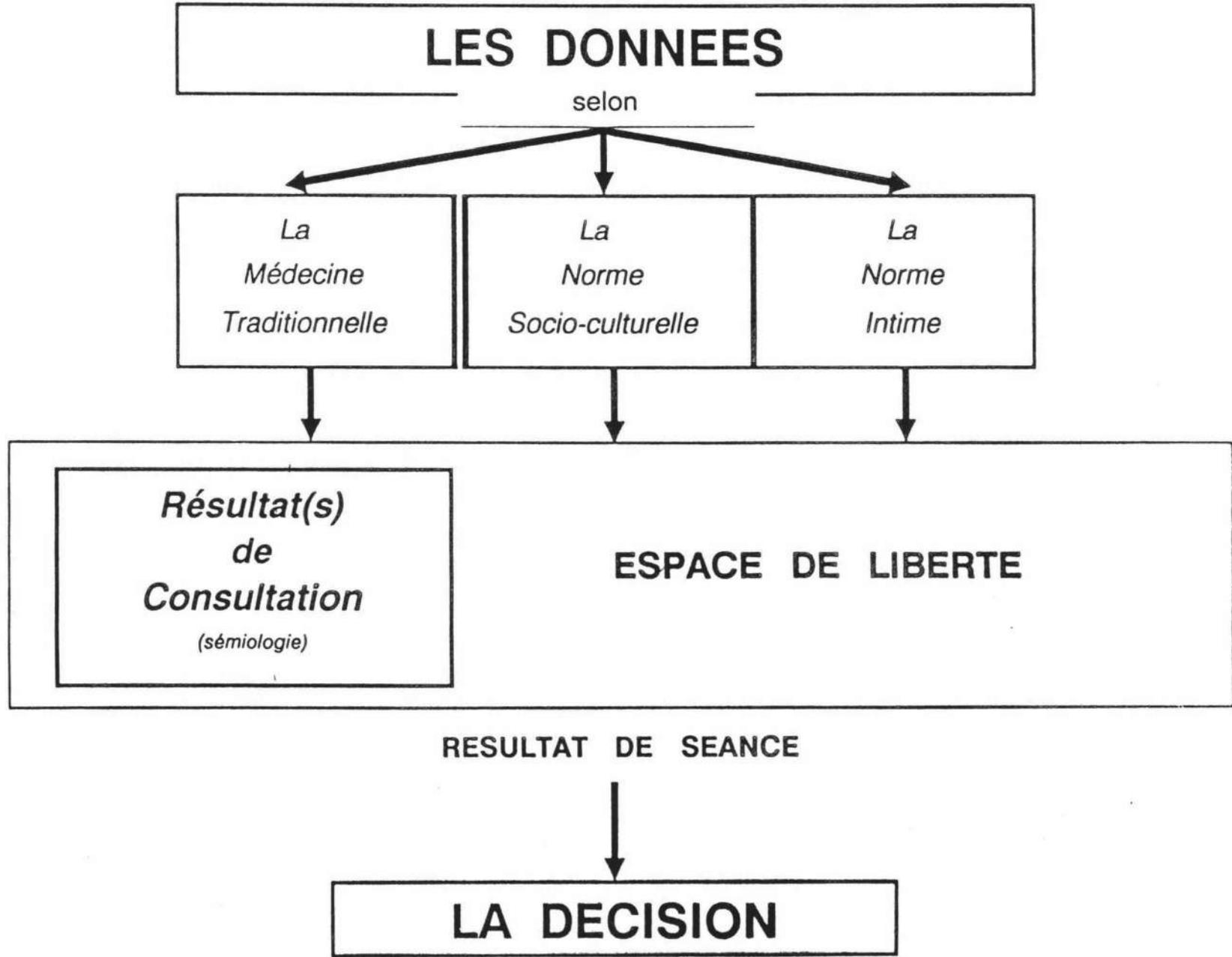
- les décisions en certitude (les moins fréquentes en médecine)
- les décisions en complète incertitude (fréquentes dans certaines urgences médicales)
- les décisions face au risque (les plus fréquentes dans le domaine de la santé)

Le "risque évitable" et son corrolaire "l'espace de liberté" doivent donc figurer en bonne place dans la description des situations les plus fréquentes en Médecine Générale: ces définitions sont conçues pour être "opératoires".

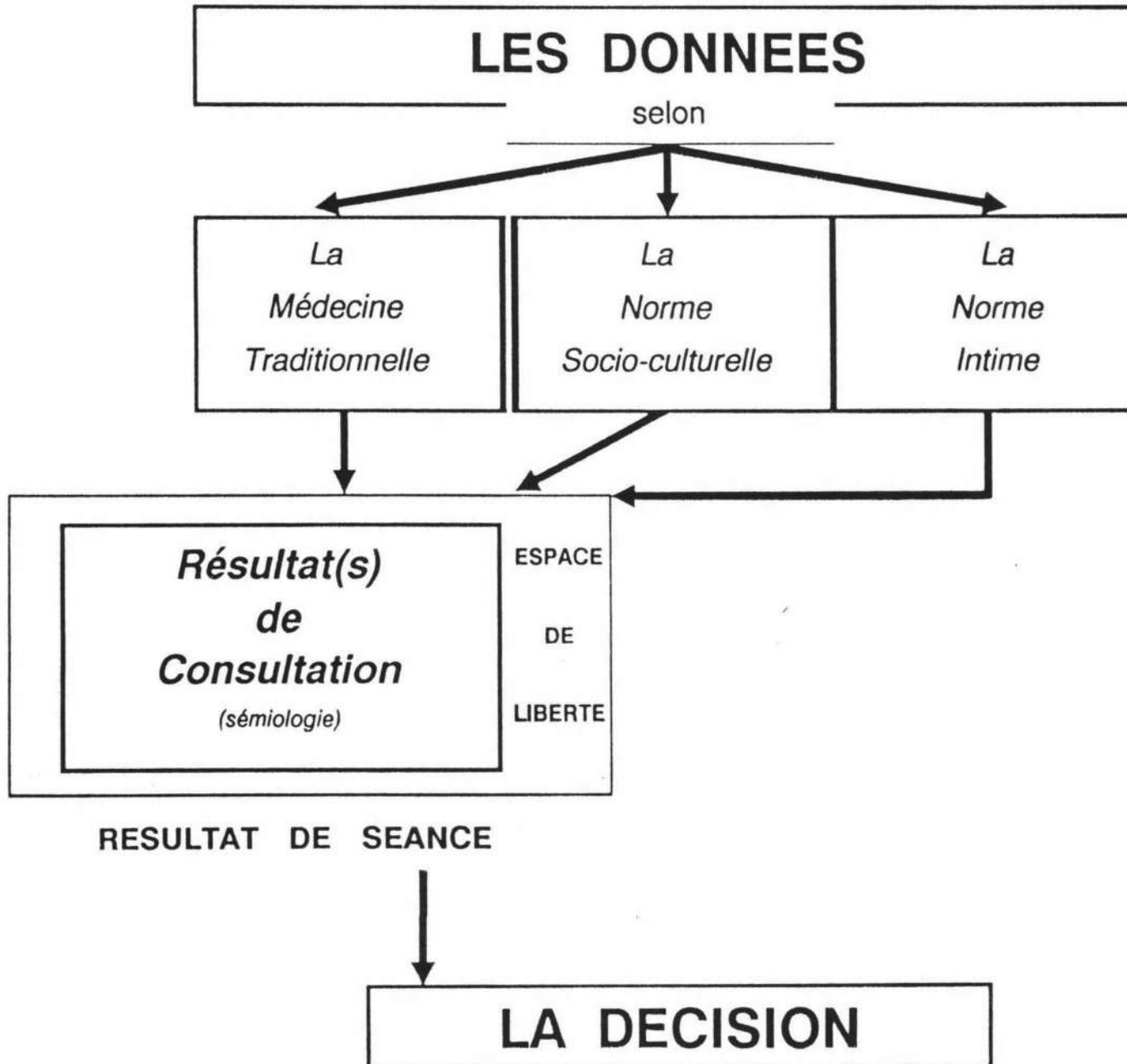
Ainsi chaque séance pose un (ou plusieurs) problème, c'est-à-dire une "difficulté qu'il faut résoudre pour obtenir un certain résultat, une situation instable ou dangereuse exigeant une décision" (7).

La première tâche du médecin généraliste est donc de s'assurer de l'absence de danger pesant sur la situation qu'il examine. Un risque évitable pourrait en effet réduire à rien son espace de liberté, la marge de manoeuvre existant entre ce qu'il doit faire et ce qu'il peut faire.

LA SEANCE DE MEDECINE GENERALE



LA SEANCE DE MEDECINE GENERALE



ex1: DIARRHEE-VOMISSEMENTS

RISQUE(s) EVITABLE(s):

Banalisation de ce syndrome: impérativement
palper l'abdomen, toucher rectal au moindre
doute

Péritonite

Déshydratation

Eviter tout retard dans la décision
éventuelle d'hospitaliser

ex2: CEPHALEES ISOLEES

RISQUE(s) EVITABLE(s):

Banalisation ou excès d'investigations:
démarche diagnostique programmée nécessaire

IV - EXCLUSIONS

Ce sont les Résultats de Consultation dont la définition ne correspond pas à l'ensemble des signes et critères observés ou que leur fréquence permet d'individualiser.

ex1: SYNDROME NON CARACTERISTIQUE FEBRILE OU AFEBRILE

EXCLUSIONS:

toute symptomatologie suffisamment caractéristique pour nécessiter sa classification dans un autre Résultat de Consultation en rapport avec l'un des appareils concernés.

ex2: BRONCHITE ASTHMATIFORME

EXCLUSIONS:

BRONCHITE AIGUE: car dans les cas cliniques correspondant à la dénomination "BRONCHITE ASTHMATIFORME" on retrouve certes les signes de la BRONCHITE AIGUE mais aussi une dyspnée expiratoire dominante et des sibilants à l'auscultation.

ASTHME: car les signes observés ne sont pas habituels chez le patient.

EXCLUSIONS

Les Résultats de Consultation

dont la définition ne correspond pas à l'ensemble des

signes et critères observés

ou

que leur fréquence permet d'individualiser.

Exemple :

LES EXCLUSIONS DE LA BRONCHITE ASTHMATIFORME

*** 1) BRONCHITE AIGUE :**

Car on retrouve chez le patient les signes de la BRONCHITE AIGUE avec en plus une dyspnée expiratoire dominante des sibilants à l'auscultation.

*** 2) ASTHME:**

Car ces signes sont inhabituels chez le patient.

V - Références bibliographiques

La construction du lexique des résultats de consultation s'appuie sur les connaissances propres et l'expérience de la Médecine Générale des médecins définisseurs, consultants et lecteurs.

Elle utilise aussi des définitions élaborées par un groupe de chercheurs de la Société Française de Médecine Générale avant création du réseau de validation.

Bien entendu, plusieurs sources servent également de référence permanente dans le travail de définition.

- 1) Certains sont le fruit de l'observation continue de la pratique de la Médecine Générale pendant de nombreuses années:

* R.N.BRAUN, BUCHSTALLER: Nosographie "Beratungsergebnisse", Vienne, 1983

* R.N.BRAUN, LANDOLT THEUS: Allgemeinmedizinische Beratungsergebnisse, Vienne, 1988

Ces deux ensembles non encore publiés donnent les descriptions proposées par R.N.BRAUN et ses disciples des situations les plus fréquentes en Médecine Générale. Les médecins définisseurs de la Société Française de Médecine Générale ont pu constater combien le contenu de ces descriptions correspond à la réalité des faits observés dans leur propre pratique.

- 2) D'autres sont utiles pour apporter aux descriptions toute la précision nécessaire et des éléments de comparaison souhaitables:

* E.SERGENT, "L'exploration clinique médicale", Masson, 1945: la référence en matière de sémiologie clinique.

* "Le Petit Robert", dictionnaire alphabétique et analytique de la Langue Française, Société du Nouveau Littré: pour la précision du vocabulaire.

* M.GARNIER & V.DELAMARE, Dictionnaire des termes techniques de Médecine, 19ème édition, Librairie MALOINE, PARIS

3) Autres références:

- * Manuel MERCK, SIDEM FRISON-ROCHE, 1988
- * Revues scientifiques médicales (la Revue du Praticien, le Concours Médical, etc...)

 Références bibliographiques de l'article

1 * Robert N.BRAUN: Pratique, critique, et enseignement de la Médecine Générale, ouvrage publié sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale, Payot, Paris 1979

2 * Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du Ministère des affaires sociales et de la solidarité, N°22, Juillet 1986: Etude de la médecine de ville, comparaison des enquêtes

3 * Jérôme ANDRAL: "1983: une nouvelle taxinomie en Médecine Générale", thèse de Doctorat, Faculté de Paris-Sud, Mars 1987

4 * Recherche épidémiologique et épistémologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale, document de recherche n°27, 1er trimestre 1988, Société Française de Médecine Générale, 29 avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

5 * Adolf SONNLEITNER: "De la nature actuellement individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en Médecine Générale. Effets sur les calculs de fréquence statistique en Médecine Générale", mémoire en vue de l'accession au grade de Docteur en Médecine, Vienne 1986

6 * C.RAMEAU: "la prise de décision: acte de management", Paris, les éditions d'organisation, 1972, collection INSEAD-Management)

7 * Paul ROBERT: "Le Petit Robert", dictionnaire alphabétique et analytique de la Langue Française, Société du Nouveau Littré



I WONCA EUROPEAN REGIONAL CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Barcelona 10 / 14 December 1990

**ORGANIZING COMMITTEE
COMITÉ ORGANIZADOR**

CHAIRMAN

JOAN GENE BADIA

VICE-CHAIRMAN

PILAR SOLANS JULIAN

**WONCA EXECUTIVE
LIAISON PERSON**

GIORA ALMAGOR

SEMFYC LIAISON PERSON

JUAN A. SANCHEZ SANCHEZ

MEMBERS

JOSEP M.^a ARGIMON PALLAS

CARLES BROTONS CUIXART

ALBERT GOMEZ SORRIBES

ENCARNACION GRIFELL MARTIN

JOSEP JIMENEZ VILLA

PETRI KKKI

RAMON VILATIMO PUJAL

SCIENTIFIC COMMITTEE

AMANDO MARTIN ZURRO

" VERS UNE EUROPE UNIE EN MEDECINE GENERALE "

SUJETS PRINCIPAUX :

- Prévention et promotion de la santé
- Garanties de qualité
- Accès et continuité des soins.

ATELIERS :

- Compétences psychosociales du médecin généraliste et de famille
- Soins primaires communautaires
- Enseigner la médecine de première intention
- Surveillance des affections chroniques.



**CONGRESS SECRETARIAT
SECRETARIA DEL CONGRESO**

PACIFICO, S.A

MUNTANER, 112

08036 BARCELONA - SPAIN

TEL. (93) 254 91 68

FAX. (93) 254 91 68

TELEX 5802

Le mémoire ci-après démontre l'inadaptation de la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES pour la recherche épidémiologique en médecine générale ainsi que l'amélioration apportée par l'emploi de la nomenclature de R.N. Braun.

La méthode employée pour valider ou invalider les termes de ces classifications s'est révélée efficace et représente une innovation.

Elle a été intégrée au travail actuel du réseau INSERM - SFMG - INDUSTRIE DU MEDICAMENT.

On verra qu'en l'absence de définitions univoques pour chaque terme utilisé les meilleures classifications proposées en Médecine Générale produisent encore trop de choix discordants lorsque deux praticiens dénomment un même choix observé.

C'est la raison d'être de la recherche actuellement animée par la Société Française de Médecine Générale.

