

Société française de médecine générale

Les médecins généralistes sur la voie d'un même langage (II)

Le résultat de consultation (définition et nécessité)

* Voir l'article
de R. Sourzac
et G. Véry :
« Les médecins
généralistes
sur la voie
d'un même
langage (I) »,
La Revue
du Praticien -
Médecine
Générale
n° 91
du 19 mars 1990,
page 99.

**R. Sourzac,
G. Véry**
*Société française
de médecine
générale.*

C'est pour définir avec précision les termes constituant un langage commun à tous les praticiens que la Société française de médecine générale a mis en place un réseau national de création et de validation d'un lexique par des chercheurs généralistes. Dans un premier article * nous avons décrit la structure et le fonctionnement du réseau.

Ainsi sont produites les définitions des résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale.

Le résultat de consultation est un concept simple, méconnu et

pourtant fondamental. Nous verrons dans cet article qu'il ne s'agit pas d'un concept théorique réservé aux seules études épidémiologiques en médecine générale. Son application à la pratique quotidienne permet au médecin généraliste de caractériser avec la même rigueur chaque cas, aussi bien les très fréquents symptômes isolés ou syndromes que les maladies répertoriés.

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'enseigne-

ment 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 Solidarité¹ 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 CIM (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

Tableau I — Résultats de consultation

A) Signe cardinal	25 p. 100
B) Syndrome	25 p. 100
C) Tableau de maladie	35 p. 100
D) Maladie caractérisée	15 p. 100
R.N. Braun :	Autriche
F. Mader :	République fédérale d'Allemagne
Landolt Theus :	Suisse
Société française de médecine générale :	France

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 J. Andral² 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 CIM), lorsqu'il s'agit d'étudier la morbidité, et cela 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 WONCA (*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 (ICHPPC) comportant 500 termes en rapport étroit avec la CIM. On trouve là de meilleurs moyens descriptifs, mais cette classification est 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 p. 100 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 ce qui a conduit R.N. Braun à créer le concept de « Résultat de consultation »**.

C'est en approfondissant ce concept par l'analyse de leur propre pratique que les médecins de la Société française de médecine générale peuvent aujourd'hui confirmer avec R.N. Braun que, 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'enregistrement clinique acadé-

mique », nous affirmons 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.

Cette position implique que la médecine générale scientifique doit refuser la suggestion de continuer à établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude et réserver le concept de diagnostic aux résultats de consultation dont la relation avec un concept nosologique scientifique est établie de façon convaincante.

Nous refusons de 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.

Cela dit, l'usage de ce concept de résultat de consultation exige la plus grande rigueur dans la démarche diagnostique, c'est-à-dire le retour à une sémiologie précise ainsi que la détermination de ce qui est certain et ce qui est incertain. Nous verrons dans un prochain article que la même rigueur prévaut dans la recherche du risque évitable et l'appréciation du degré de liberté qui en découle pour le médecin.

Avec R.N. Braun nous classons ces résultats de consultation selon quatre positions³ (tableau I) :

— 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,

** Voir l'article de O. Rosowsky : « Le résultat de consultation selon R.N. Braun », La Revue du Praticien - Médecine Générale n° 72 du 16 octobre 1989, page 127.

Tableau II — Beratungsergebnis =
« 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 respiratoires, le tableau d'une otite moyenne, aussi bien que du bouchon de cérumen). »

(Adolf Sonnleitner — 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.

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. : une épigastralgie 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 celle où le diagnostic complet peut être posé. Il faut accorder aux quatre classes de résultats de consultations définies ci-dessus des *places équivalentes dans la médecine générale*.

Avec R.N. Braun, nous arrivons ainsi à la constatation suivante : « 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 » (tableau II). 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 de la définition de chaque résultat de consultation sera développé avec des exemples concrets dans notre prochain article.

R. Sourzac, G. Véry
*Société française
de médecine générale.*

1. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, n° 22, juillet 1986 : Étude de la médecine de ville, comparaison des enquêtes.
2. Andral J., 1983 : une nouvelle taxinomie en médecine générale, thèse de doctorat, faculté de Paris-Sud, mars 1987.
3. Braun R.N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale, ouvrage publié sous les auspices de la Société française de médecine générale, Paris : Payot ed. 1979.
4. Recherche épidémiologique et épidémiologique sur la prise en charge du malade en médecine générale, document de recherche n° 27, 1^{er} trimestre 1988, Société française de médecine générale (29, av. du Général-Leclerc, 75014 Paris).
5. Sonnleitner A. 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.

Le 16^e séminaire national de la Société française de médecine générale se tiendra du 24 au 27 mai 1990 à Poitiers sur le thème « Sémiologie en médecine générale — Pour une formation pratique aux études en réseaux ».

*Société française de médecine générale. Pour toute demande d'adhésion, s'adresser :
29, avenue du Général-Leclerc, 75014 Paris. Tél. : 43.20.85.93.*