

**société
française
médecine
générale**

n° 41
Octobre 1992

**DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MEDECINE GENERALE**

Nous adressons ces documents à environ 500 personnes, dans le but de diffuser les recherches fondamentales et cliniques en médecine générale.

La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherche, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernés par notre discipline.

Faites-nous parvenir les adresses de ceux qui voudraient recevoir cette publication.

**S.F.M.G. Société Scientifique
29 avenue du Général Leclerc 75014 PARIS**

EDITORIAL

POUR MIEUX SOIGNER,
CHERCHER, EVALUER, PLANIFIER ou ORGANISER :
la même exigence de rigueur

Docteur Jean-Luc GALLAIS

Dans le cadre de sa fonction médicale quotidienne, logiquement centrée sur le patient, son entourage et ses problèmes, chaque médecin soignant se préoccupe initialement peu ou pas des effets collectifs, sanitaires ou économiques, auxquels il participe implicitement.

Médecin généraliste ou spécialiste, médecin hospitalier, médecin des villes ou médecin des champs, la pratique de chacun constitue maintenant un des éléments du puzzle complexe et interdépendant qu'est devenu le système médico-social.

Mais il ne concerne pas que les médecins, mais aussi le secteur social, industriel, gestionnaire. La santé est un secteur clé. C'est 1.600.000 emplois qui lui sont liés et quelques 10% du PIB que représentent les dépenses nationales courantes de santé.

La gestion d'un tel ensemble impose donc à la fois, de faire l'état des lieux, de connaître et comprendre "l'existant", puis d'avoir des indicateurs généraux ou spécifiques fiables pour suivre l'évolution, la planification et l'organisation du système.

Mais la réalité est bien différente selon les responsables gestionnaires eux-mêmes : *"en France on sait peu de quoi on meurt, un peu moins ce dont on est malade, et pas du tout comment on est soigné"* (Rapport ENA), *"un tiers des malades quitte l'hôpital sans avoir un diagnostic précis et un tiers des codages est faux"* (J.C. Sournia, Directeur Général de la santé), ou *"en médecine de ville il n'y pas dans notre pays, d'enquête pouvant servir de référence ou de témoin"*. (SESI).

C'est ce constat de carence en données dans le domaine ambulatoire et hospitalier, qui a logiquement suscité de nombreuses questions sur le pourquoi d'une telle situation et les moyens d'y remédier.

Car nous voilà aussi avec la réalité des contraintes économiques, et la nécessaire gestion des ressources disponibles. Dans notre pays, cela est d'autant plus urgent que le Marché de la santé est non régulé, et que par sa nature même les demandes sont inépuisables.

L'apparition et le développement des évaluations dans le secteur santé ont accéléré un processus, qui nous touche plus tardivement, et qui n'est pas l'exclusive de la FRANCE.

Cette dernière décennie aura donc été celle de la convergence entre trois mouvements :

- ◆ de besoins d'informations sanitaires pertinentes pour une gestion optimisée et évaluée du secteur santé,
- ◆ de contraintes nouvelles imposant des actions synergiques des acteurs soignants, des industriels du médicament, des instances professionnelles et gestionnaires en particulier les Caisses d'Assurance Maladie,
- ◆ de possibilités technologiques nées d'une informatique décentralisée, individuelle ou regroupée, mais surtout accessible techniquement et financièrement.

Ce rappel du cadre général dans lequel nous évoluons est indispensable pour comprendre les mouvements, initiatives, propositions et débats qui agitent la santé, car certains faits ne paraissent pas liés à une activité de recherche clinique.

- Quels sont les points communs entre la mise en place du P.M.S.I, des R.S.S, du codage des actes médicaux, du paiement par pathologie, et les actuels débats sur l'organisation de notre système sanitaire, l'organisation régulée ou non, coordonnée ou non des filières de soins ?
- Quels sont également les liens avec les questions de programme universitaire de Formation Médicale Initiale dont la réforme en est cours, ceux de Formation médicale Continue, ou encore avec la définition d'une politique de Santé publique par le Haut Comité du même nom ?
- Que penser de la multiplication de réseaux d'études, de surveillance ou d'alerte à l'initiative de l'INSERM et de nombreux autres acteurs (O.R.S, D.G.S, Industriels du médicament et du marketing, etc) ?.

Le fil rouge qui traverse tous ces thèmes est le même :

"Qui fait quoi, où, pour qui, pourquoi et comment, avec quelle compétence et quels moyens, avec qui, pour quels résultats...et pour quels coûts individuels et collectifs ?"

En un mot, voilà des informations clés pour une analyse des services et de la production du système sanitaire.

Mais la question supplémentaire est celle de l'efficience, c'est-à-dire de l'efficacité au meilleur coût. Il s'agit donc encore de comparer, mais seulement ce qui est comparable.

Nous voilà revenus sur LA question du langage commun qui intéresse tous ceux qui ont à traiter d'informations dans le domaine de la santé : soignants, chercheurs, gestionnaires, responsables professionnels, politiques ou économiques.

Au moment où la SFMG publie ce numéro des Documents de Recherche en Médecine Générale consacré au Dictionnaire des Résultats de Consultations avec leurs définitions, il n'est pas inutile de rapprocher deux autres informations symptomatiques :

- le Centre de Recherche en Gestion de l'École polytechnique a publié en 1991, une étude sur le contrôle de la qualité du codage pour le P.M.S.I.(Programme de Médicalisation du Système d'Information). Avec l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M) pour la pathologie observée dans les hôpitaux, on observe des erreurs de codage sur le R.S.S (Résumé de Sortie Standardisé) dans 25,5% à 39,9%. On peut imaginer les difficultés ultérieures pour exploiter et interpréter des données comportant une marge d'incertitude car la gestion informatisée de paramètres flous n'en accroît pas la précision !

- une Conférence de Consensus américaine a accepté la réalité des faits tels qu'ils se présentent dans la pratique des réanimateurs et vient d'aboutir à leur proposer un tableau clinique, le "SRIS", "Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique" dont la définition est associée à des critères simples, clairs et accessibles. L'analogie conceptuelle avec le " l'état fébrile non caractéristique " de R.N. Braun est grande.

Ainsi depuis des années la SFMG a oeuvré dans le domaine qui est le sien, en axant une partie prépondérante de son travail sur les bases théoriques de R.N.Braun.. Ce travail sur les concepts et les outils pouvait ne paraître intéresser exclusivement que ceux "*ayant des préoccupations de recherche*". L'expérience démontre qu'il n'en est rien, bien au contraire, car une fois que la question de la mise au point de l'outil est réglée, son usage concerne le plus grand nombre des médecins généralistes.

Ces recherches sur une classification adaptée à la Médecine Générale débouchent donc sur d'autres enjeux, tous directement ou indirectement liés, et dont les plus importants pour les médecins généralistes sont :

- les soins dans ce qu'ils ont de plus quotidien, comme la gestion des situations cliniques à risques, les stratégies de décision et le recueil des données dans le dossier médical.
- la recherche dans le champ généraliste.

La caractéristique du Dictionnaire de la SFMG est d'utiliser les données de la Classification Internationale des Maladies là où les situations cliniques observées le justifient et le permettent, c'est-à-dire dans un tiers des cas, mais surtout de recourir au Dictionnaire avec critères précis pour des deux autres tiers. Il devient possible de constituer des Groupes Homogènes de Malades (G.H.M), étape indispensable à de multiples activités de recherche épidémiologique descriptive, analytique ou évaluative.

Ce qui distingue cet outil d'autres systèmes actuellement proposés en médecine générale, c'est l'existence, comme dans le DSM III (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux), de critères multiples pour chaque définition. On évite ainsi de compromettre dès le recueil des données la validité collective des résultats.

Différentes publications de la SFMG ont montré qu'il était possible de produire des données indispensables pour l'établissement de programmes pertinents d'enseignement médical initial et continu, mais aussi des informations sur le fonctionnement des pratiques médicales. Il est donc logique et rassurant de voir les instances gestionnaires et des organisations professionnelles généralistes se pencher actuellement sur les résultats acquis et leur développement possible..

La mise au point d'un logiciel de dossier médical comportant ce lexique en est une illustration évidente, tant pour un usage individuel que collectif. Après le réseau des concepteurs-valideurs, se profile déjà le réseau des utilisateurs.

La SFMG aura 20 ans en 1993, elle n'a franchi toutes ces étapes que pour mettre à la disposition des médecins généralistes des méthodes pertinentes et utiles...au patient, à son médecin, à la médecine générale et la collectivité. A suivre donc...