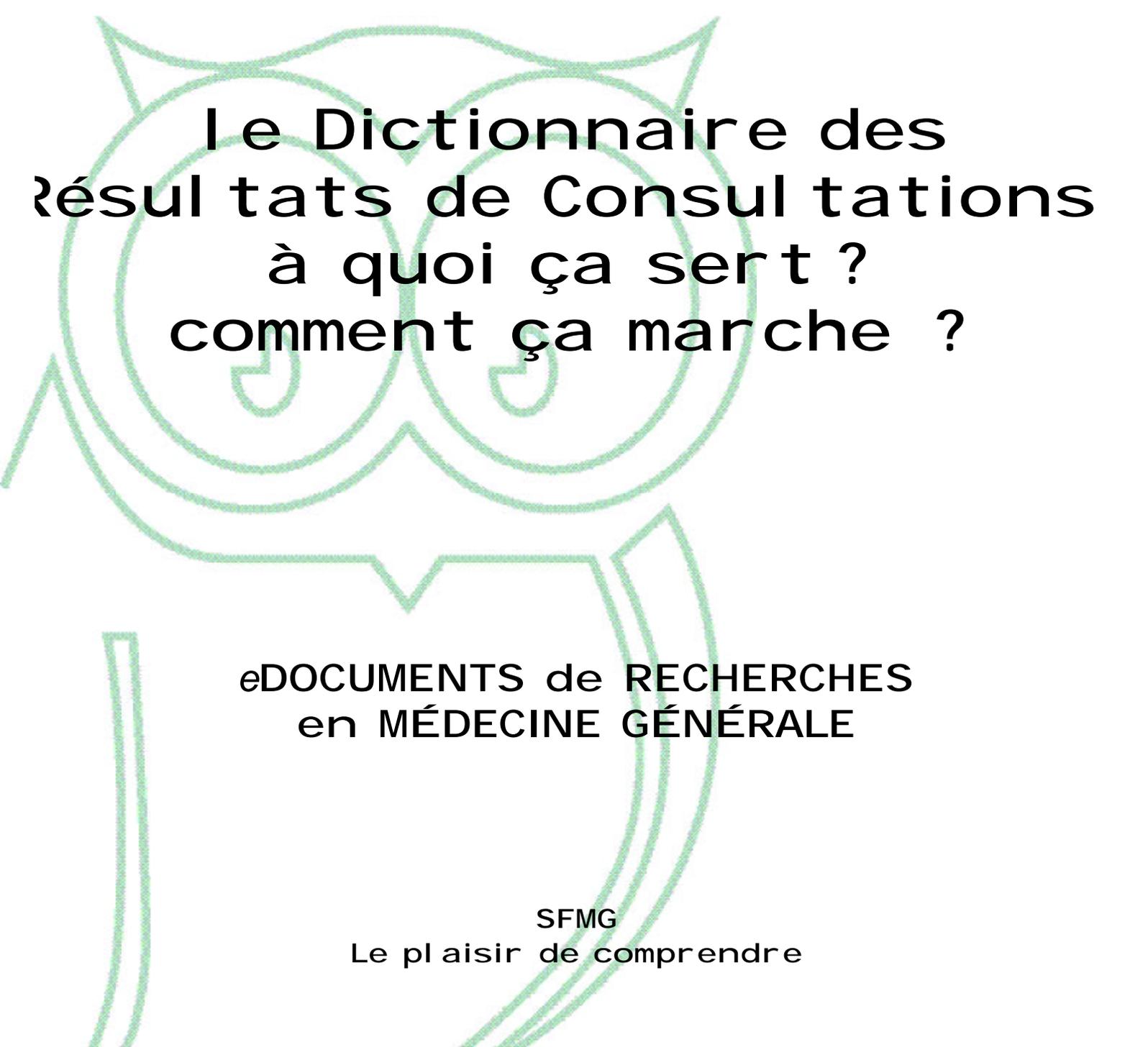


Société Française de Médecine Général e

N 4
septembre 2003



Le Dictionnaire des
résultats de Consultations
à quoi ça sert ?
comment ça marche ?

eDOCUMENTS de RECHERCHES
en MÉDECINE GÉNÉRALE

SFMG
Le plaisir de comprendre

Sommaire

| | |
|--|----|
| <i>Éditorial</i> | 3 |
| <i>Résumé</i> | 3 |
| <i>Introduction</i> | 4 |
| <i>Qu'est ce qu'un Résultat de Consultation ?</i> | 5 |
| <i>La loi de répartition régulière des cas</i> | 8 |
| <i>Le Risque Critique Évitable</i> | 9 |
| <i>Que contient le Dictionnaire des Résultats de Consultation ?</i> | 11 |
| <i>Le Résultat de Consultation détermine t-il à lui seul la décision ?</i> | 13 |
| <i>Schéma 1</i> | 15 |
| <i>Schéma 2</i> | 16 |
| <i>Schéma 3</i> | 17 |
| <i>Schéma 4</i> | 18 |
| <i>Bibliographie</i> | 19 |

le Dictionnaire des Résultats de Consultations : à quoi ça sert ? comment ça marche ?, eDRMG n°4, septembre 2003, **2, 19**

Sous la direction de Pierre FERRU

Ont participé à l'écriture et la relecture de ce document :
F RAINERI, D DUHOT, M BARDON, Y CLEMENCE,
E CASTELAIN, C COHENDET, P RICHARD, JL LEEUWS,
Y THOMAS DESESSART, P ARNOULD, M ARNOULD,
P BOISNAULT, E GUERBER

eDocuments de Recherche en Médecine Générale

Directeur de la publication : François RAINERI
Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Maquette : Micro Paddy (eMail : macpaddy@chello.fr)

Reproduction interdite sauf autorisation de la SFMG

Éditorial

C'était en janvier 1983 : pour la première fois en France, la SFMG sous la direction du Docteur Bernard VINCENT, utilisait la méthodologie de BRAUN pour colliger la morbidité observée en médecine générale. Cette étude de cohorte sur quatre ans a amplement démontré que les « motifs de contact » n'étaient qu'un leurre pour l'épidémiologiste et que toutes les situations pathologiques devaient être soigneusement définies pour éviter la dispersion des termes utilisés par les praticiens. Vingt ans plus tard le Dictionnaire des Résultats de Consultation répond toujours à ces exigences. Plus personne, au sein du monde médical n'oserait, après 10 ans d'utilisation quotidienne par le réseau de l'Observation de la Médecine Générale, qualifier cet outil d'obsolète car résultant d'une théorie surannée. Il est vrai que la sémiologie clinique - dont les médecins généralistes seront peut-être bientôt les meilleurs spécialistes - ne s'est jamais démodée.

Ainsi le Dictionnaire des Résultats de Consultation permet-il la modélisation non seulement des situations diagnostiques concrètes rencontrées dans la médecine du vrai monde, mais aussi des processus de décision. Loin d'en écarter les au-

tres éléments décisionnels, il leur donne au contraire tout leur sens. Il fait disparaître la dichotomie longtemps entretenue entre l'organique et le fonctionnel : le corps humain ne se partage pas et son vocabulaire pour exprimer la souffrance est en définitive, tellement restreint que rien ne permet de dire, quand on l'écoute s'il prépare une « grosse maladie » ou un « petit bobo ».

Il est apparu souhaitable, après ces vingt années de réflexions et de travaux, de résumer sous forme d'un document concis, la théorie professionnelle qui sous-tend le D.R.C. C'est l'objet de ce Document de Recherches. La notion de Risque Critique Évitable inhérent à chacune des situations diagnostiquées, s'y trouve développée. Cette préoccupation fondamentale du praticien, en particulier devant un cas non caractéristique, avait été un peu oubliée dans la première publication du Dictionnaire de 1996. Résumer, c'est toujours un peu simplifier, mais ce sera l'occasion pour nos lecteurs de nous faire part de leurs interrogations.

La SFMG

Résumé

Il n'est plus possible de faire comme si l'établissement d'un diagnostic était le préalable indispensable à toute décision du médecin. Et pourtant, le praticien doit faire le bilan de sa réflexion sur le cas qu'il vient d'observer : le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG le lui permet. Il rassemble les quelques 300 situations qu'il verra au moins une fois par an, en raison de la loi naturelle de répartition régulière des cas. Elles y sont regroupées par ordre alphabétique mais aussi par leurs positions diagnostiques : diagnostic certifié, nosologiquement défini ou tableau de maladie, situations caractéristiques ; ou classification par symptôme ou par syndrome, situations non caractéristiques. Les unes comme les autres ont la même valeur dans la mesure où elles cernent bien le problème médical du point de vue de la fonction du médecin généraliste et permettent une stratégie claire

de l'action. La liste des Risques Critiques Évitable attachés à chaque résultat de consultation, lui permettra d'agir au mieux, en fonction des autres déterminants de la décision, dans un espace de liberté plus ou moins large ou plus ou moins restreint. L'informatique facilite largement l'usage du Dictionnaire : critères d'inclusions, Risques Critiques Évitable, position diagnostique, compléments sémiologiques et code suivi sont aisément retrouvés et choisis à l'écran.

Introduction

Affirmer que le médecin peut, chaque fois, au terme de vingt minutes de consultation^a identifier l'existence d'une maladie nosologiquement définie, est sans doute la plus grande illusion collective qui ait jamais existé.

Et pourtant, le praticien pourrait dire à son malade, avec le Pr. GRENIER¹ : « *Je ne sais pas ce que vous avez, mais je sais ce que je dois faire* ». Une fois disparu le mythe du diagnostic préalable à toute décision, on peut par contre affirmer que le praticien devrait toujours matérialiser ce qu'il constate : c'est l'objet du Dictionnaire des Résultats de Consultation[©] en médecine générale (DRC).

Pourquoi un Dictionnaire des Résultats de Consultation en médecine générale, alors qu'il existe un outil universellement reconnu pour relever la morbidité observée, qu'il s'agisse ou non d'une "maladie" identifiable : la Classification Internationale des Maladies² (CIM-10) ? Parce que, comme toutes les autres spécialités, la médecine générale a besoin d'un **langage propre³ et spécifique** pour dénommer et dénombrer ce qu'elle observe. Mais aussi parce que « *la triple exigence de rationalité, de transparence et de justification* », rend nécessaire « *une nouvelle modélisation* » qui soit à la fois « *celle des processus de décision et celle des situations diagnostiques concrètes telles qu'elles sont rencontrées dans la pratique professionnelle de la médecine de terrain, la médecine du vrai monde* »⁴.

Parce que, en vertu de la "Loi de répartition régulière des cas", chacune des spécialités médicales n'utilise dans son champ, qu'une partie in-

fime des 30 000 dénominations de la CIM-10, évaluée à environ 300. Le DRC permet au praticien généraliste de retrouver facilement dans une liste, classée par ordre alphabétique les 300 termes qu'il utilise lui aussi le plus souvent dans son exercice. La SFMG a démontré que 270 définitions sont suffisantes pour rendre compte de 96% de l'activité d'un médecin généraliste⁵. Pourquoi, dès lors, ne pas utiliser un extrait des 300 termes de la CIM-10 le plus couramment utilisés en médecine générale, plutôt que le Dictionnaire ?

- Parce que le Dictionnaire ne contient pas uniquement des termes, comme la CIM-10, mais des **Résultats de Consultation** définis par un titre, des critères d'inclusion et une position diagnostique.

- Parce que le Dictionnaire ne regroupe pas uniquement "des symptômes" qu'on pourrait additionner et classer par appareil ou par fonction : le **Résultat de Consultation** est un entité bien particulière.

Mais alors, si chaque spécialité devait avoir "son" Dictionnaire, les différentes spécialités ne pourraient jamais communiquer entre elles ?

C'est vrai, mais heureusement, tous les résultats de consultation du Dictionnaire peuvent être corrélés à la CIM-10 : parfois par leur titre seul, le plus souvent par la combinaison d'un ou plusieurs critères d'inclusion.

^a Les médecins généralistes français, avec leurs dix sept minutes, ont la durée de consultation la plus longue d'Europe.

Qu'est ce qu'un Résultat de Consultation ?

Ce terme est-il synonyme de « motif de consultation » ou de « motif de contact » ?

Non ! Ce n'est pas la même chose ! Le malade consulte parce qu'il a de la fièvre, qu'il se sent fatigué, qu'il a mal quand il avale : ce sont bien les « motifs de consultation » du patient – d'ailleurs pas toujours exprimés d'emblée ou en totalité. Ces plaintes du patient sont ensuite « décodées » par le médecin notamment en fonction de son expérience et de ses représentations dans un contexte relationnel particulier... Mais quoiqu'il en soit, le médecin, *après l'entretien et l'examen clinique, rassemble ces signes en un tableau* qu'il nomme « Angine » : c'est ça le Résultat de Consultation.

La SFMG a depuis longtemps, sous la plume de B.VINCENT^{6,7} mis en garde contre le piège du « motif de consultation », terme imprécis, dont l'ambiguïté rend impossible toute tentative sérieuse d'analyse. Il est très vite apparu que le motif était inexploitable tant sa diversité et son mode d'expression étaient multiformes selon les patients mais aussi chez un même patient au cours d'une séance !

Le Résultat de Consultation c'est comme le diagnostic ?

Oui et non ! Car ce n'est pas toujours un diagnostic au sens où on l'entend. Alors pourquoi avoir inventé un nom pareil qui prête à confusion ? L'explication est historique : Résultat de Consultation est la traduction littérale du mot allemand « Beratungsergebnis ». Sans doute peut-on traduire cette expression par « diagnostic » ; mais le verbe « beraten » contient bien la notion de « délibération », le verbe « ergeben » celle de « conclusion ». Et si l'ensemble représentait finalement **la réflexion du médecin sur le cas**, sa « conclusion diagnostique » en somme, dans le secret de son cabinet ? Mais cette délibération intime peut-elle toujours aboutir à identifier une maladie ?

C'est ainsi qu'avec BRAUN⁷, on peut définir deux entités différentes :

Le Diagnostic

Comme « l'obligation scientifique de classer un résultat de consultation dans la catégorie d'un concept nosologique ». Ce terme ne désigne pas un « diagnostic de départ » ou un « diagnostic d'attente » ou une « présomption de diagnostic » mais bien d'un diagnostic « certifié » par ses critères (bactériologique, sérologique, anatomopathologique etc.)

Les « classifications praticiennes »

Comme ce qui n'est pas un diagnostic et dont on peut distinguer trois groupes :

Classification par symptômes cardinaux

C'est le symptôme saillant, « cardinal », qui servira à la dénomination : une céphalée sans autre constatation caractéristique sera ainsi définie par « céphalée ».

Classification par syndromes ou groupes de symptômes

Où il existe à l'avant-plan deux ou plusieurs symptômes ou signes pathologiques qui paraissent pouvoir être regroupés. C'est le cas d'un « état fébrile » dont il n'est pas possible au moment de la consultation, de caractériser l'étiologie.

Classification par dominance ou tableau de maladie

le regroupement des signes cliniques ou paracliniques est alors suffisamment caractéristique pour évoquer une entité morbide correspondant à la nosologie médicale, mais il manque encore la confirmation étiologique. Ainsi la varicelle, avec son éruption papulo-vésiculo-croûteuse, mais pour laquelle le médecin ne dispose pas de la confirmation virologique.

Pour des raisons de commodité, la SFMG a pris l'habitude de rassembler Diagnostics et classifications praticiennes sous le même vocable de « Résultat de Consultation » en affectant chacun d'une « position » symbolisée par une lettre :

(Suite page 6)

- **A** pour Classification par symptôme cardinal
- **B** pour classification par syndrome ou groupe de symptômes
- **C** pour classification par dominance ou tableau de maladie
- **D** pour diagnostic certifié

En somme, ces « positions » viennent pondérer les conclusions du praticien. Non pas qu'il existe un poids spécifique à chacune de ces positions - « dès lors qu'elles cernent bien le problème médical du point de vue de la fonction généraliste et permettent une stratégie claire de l'action », elles ont toutes la même valeur - mais parce qu'il est mieux, dans l'intérêt du malade, que le médecin sache qu'il se trouve devant un état non caractéristique ; c'est la seule façon pour lui de garder l'esprit en éveil et de surveiller l'évolution dans les meilleures conditions.

Pourquoi utiliser le « Résultat de Consultation » ?

Résultat de son analyse

La méthode permet au praticien de savoir où il en est : il a sous les yeux la totalité des symptômes et des signes qu'il observe, et qu'il aura ou non regroupés : c'est le résultat de son analyse de clinicien.

Il est toujours possible de rajouter en commentaires libres tel ou tel signe ou symptôme qui ne figure pas dans la définition mais qui prend une importance particulière pour un cas particulier.

Notion de certitude

Au moins temporaire, au moment de sa consultation.

Prise en compte de tous les cas

Qu'il s'agisse de cas :

Caractéristiques

diagnostic ou tableau de maladie

non caractéristiques

symptôme ou syndrome

situation la plus fréquente dont nul ne peut dire - hic et nunc - s'il s'agit :

- de troubles de santé mal définis et ne demandant pas d'élucidation ultérieure car disparaissant rapidement plus ou moins spontanément,

- de maladies typiques mais vues à un stade précoce,
- de formes atypiques de maladies demandant à être élucidées.
- ou peut-être de maladies non encore répertoriées dans la nosologie : l'exemple récent du SI-DA est sans doute le plus emblématique.

Garder le cas « ouvert »

Cette notion d'ouverture vers une évolution éventuelle est primordiale. Elle évite au médecin de s'enfermer dans des conclusions erronées. Qualifier de myalgie une douleur du mollet affirme implicitement qu'il ne peut s'agir d'une thrombophlébite ; mieux vaut qualifier le cas de « douleur non caractéristique ». Sans doute le praticien ne saura-t-il pas « ce qu'a son malade » dans l'immédiat, mais il saura « ce qu'il doit faire » : le revoir, le surveiller et demander en cas de persistance les examens complémentaires adéquats. C'est ainsi reconnaître la part du risque de toute situation.

Garder toute liberté dans ses décisions

décision de revoir le malade plus tôt, de demander à l'entourage de rappeler en cas d'évolution rapidement défavorable, d'hospitaliser, de prescrire tel ou tel traitement « d'épreuve » ou de faire usage de « l'épreuve du temps », thérapeutique bien innocente mais tellement utile. Mais le Résultat de Consultation n'est pas le seul élément déterminant la décision du praticien. D'autres facteurs⁸ interviennent qui délimitent « l'espace de liberté » du praticien.

Permettre de dénommer, dénombrer,

mais aussi analyser et transmettre aisément les phénomènes qu'il observe. Ainsi prend toute sa valeur le langage commun à tous les praticiens exerçant la même spécialité.

Intérêt médico-légal

Le choix d'un Résultat de Consultation signifie en effet - ipso facto - que le praticien a bien éliminé par l'entretien et l'examen les risques critiques évitables liés à la situation. La lecture du dossier à la séance suivante voire des années plus tard permettra de certifier des constatations initiales, fut-ce devant un Tribunal : l'ensemble des informations objectives et médicalement

pertinentes à partir desquelles le médecin à pris ses décisions figurent au dossier, elles sont datées, ne peuvent être réinterprétées ou mises en doute et témoignent de la qualité de sa démarche professionnelle.

Intérêt médico-légal et réglementaire

Le DRC constitue également un langage informatique « invariable » qui est facilement récupérable en cas de changement de logiciel métier

volontaire ou forcé. Quinze ans d'involution du marché ont démontré que cette éventualité est une quasi certitude pour chaque professionnel engagé dans l'informatisation de son poste de travail.

Outre l'obligation de conservation des données du dossier médical, c'est un vrai désespoir et un handicap certain que de voir des années de travail de recueil d'informations disparaître parce qu'elles étaient non « codées »...

La loi de répartition régulière des cas

Ce jeune couple, qui venait de visser sa plaque de Médecine Générale l'avait pourtant juré : Elle « ferait de la pédiatrie et de la gynécologie » pendant que lui « ferait de la cardiologie ».

Après quelques années d'exercice, ils s'aperçurent l'un et l'autre qu'ils faisaient « de la médecine générale ».

C'était de la faute... à la loi de répartition régulière des cas⁹. Elle existe en médecine générale comme dans les autres spécialités.

La loi de répartition régulière des cas, c'est le contraire de la « loi des séries » qui fait que le praticien voit deux infarctus en un mois et n'en verra plus pendant les deux années suivantes.

C'est pourquoi elle ne se vérifie que sur une période suffisamment longue, d'au moins 3 ans : tous les praticiens exerçant la médecine générale sous la même « latitude » doivent s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 résultats de consultation, pourvu qu'ils les désignent toujours de la même manière. Les moins fréquents seront observés au moins une fois tous les 3000 résultats de consultation (comptés une seule fois par épisode), soit à peu près une fois par an.

Faudrait-il dire, alors, qu'il est inutile d'étudier le reste de la médecine (de beaux restes tout de même !). Non, bien sûr : le praticien devra

connaître aussi les manifestations de la grossesse extra utérine, ou du glaucome aigu qu'il rencontrera moins souvent. Mais quel dommage que l'Université ne l'ait pas familiarisé avec les règles de la distribution des cas.

Une tendance particulière du praticien pour telle ou telle activité ne modifie pas de façon significative l'aspect global de la répartition des cas. Elle crée simplement, par endroits, des "pics" plus ou moins importants. Ces "pics" sont liées d'une part à une mobilisation interne (attention plus marquée du praticien à certains troubles) d'autre part à une mobilisation externe (le praticien a une réputation de...)

Et voilà pourquoi notre consœur, qui faisait « de la pédiatrie et de la gynécologie », fera encore longtemps « de la médecine générale ».

La fréquence régulière d'entités morbides identifiables a été vérifiée à de nombreuses reprises, par BRAUN tout au long de sa carrière mais aussi par LANDOLT-THEUS¹⁰, et par le réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale.

Chacun peut comparer ses propres résultats, grâce au module d'analyse de la SFMG : choisir deux dates éloignées d'au moins 3 ans et imprimer les 25 premiers résultats de consultation dans l'ordre de fréquence : la démonstration est saisissante.

Le Risque Critique Évitable

La décision de faire ou de ne pas faire est prise en état d'incertitude

Incertitude des doléances du malade qui ne se plaint que de ce dont il veut bien se plaindre, en passant sous silence – volontairement ou inconsciemment – ou au contraire en majorant certains aspects de celles-ci. Incertitude des constatations dites objectives du médecin, qui peuvent varier selon les qualités d'observation de celui-ci, selon les conditions de lieu ou de temps d'observation, et qui dépendent aussi des caractéristiques « sui generis » du praticien (on a pu parler de « déterminants » permanents et circonstanciels)¹¹, ou du matériel dont il dispose.

Cette incertitude dans la décision rejoint « l'espace de liberté » que nous avons souvent évoqué. Pourtant, il est des cas où, malgré cette incertitude – qui n'est pas d'ailleurs l'apanage du praticien généraliste – la décision s'impose presque d'elle-même, en raison de la gravité potentielle de la situation : cet abdomen douloureux aigu semble bien être le siège d'une défense de la fosse iliaque droite – cette fièvre élevée s'accompagne d'un aspect inquiétant du malade dont la nuque n'a tout de même pas la souplesse habituelle – cette hématurie est quand même bien abondante chez cet homme encore jeune, fumeur, dont le grand-père est décédé d'un cancer de vessie.

Tout praticien a connu d'ailleurs cette angoisse – le terme n'est pas trop fort – quand il a été appelé en urgence au chevet d'un malade dont on lui a dit au téléphone « qu'il étouffait » et qu'il n'était « pas bien du tout ». N'est-ce pas la liste des Risques Critiques Évitable qu'il a « révisée » en chemin, au volant de sa voiture ?

BRAUN a parfaitement bien décrit cette problématique dans l'ouvrage publié sous les auspices de la SFMG en 1979¹² :

« Le corps humain n'a pour réagir aux innombrables agressions pathogènes qu'un nombre relativement modeste de troubles et de signes de maladie perceptibles. Par suite les symptômes

et syndromes pathognomoniques c'est à dire permettant de déterminer une maladie sans équivoque et donc faciles à saisir sont extrêmement rares ».

« En médecine pratique, ce qui importe, c'est moins la désignation que le médecin choisit dans chaque cas particulier que l'appréciation – décisive elle – portant sur l'ensemble de la situation diagnostique : les réflexions sur ce qui lui a été indiqué et ce qu'il aura décelé ».

BRAUN insiste même sur ce qu'il appelle « le renversement de la démarche diagnostique »

« Au sujet de la présence de signes et (ou) de symptômes typiques, il y aurait lieu de noter en plus qu'en présence de telles caractéristiques, il faudra d'abord essayer de classer le cas dans la catégorie d'un tableau de maladie type : de violents vomissements après un repas copieux par exemple, peuvent guider vers une classification de gastrite. Mais, dès qu'on aura réalisé une adaptation satisfaisante à un tableau classique type, la conduite diagnostique devra s'inverser et il faudra à présent exclure, dans toute la mesure du possible, les évolutions critiques évitables les plus importantes pouvant présenter l'aspect d'une gastrite ».

Comment définir ce risque évolutif ?

BRAUN utilise à plusieurs reprises l'expression « d'évolution critique évitable ». Dans un opuscule résumant¹³ sa théorie professionnelle, il utilise l'expression : « Der abwendbar gefährliche Verlauf » (AGV) qu'on peut traduire par « Le déroulement (cours) dangereux évitable », ou comme l'a fait ROSOWSKY¹⁴ par « risque d'évolution grave évitable » (REGE).

C'est la description, en médecine générale, de l'évolution de maladies qui menace la santé ou même la vie et qui peut être évitable en partie ou totalement par l'intervention appropriée du médecin. La démarche diagnostique doit s'attacher à éliminer des maladies à début atypique (par exemple tumeur maligne, appendicite, glaucome, dépression).

C'est en somme désigner les maladies que la

situation observée pourrait imiter et dont les conséquences potentiellement graves, voire mortelles peuvent être évitées par une intervention médicale ponctuelle.

On pourrait ainsi définir les Risques Critiques Évitable comme étant : Les maladies qu'on peut évoquer devant le Résultat de Consultation choisi mais dont l'évolution rapidement grave, voire mortelle, pourrait être évitée par une intervention médicale adaptée.

C'est en cela que le risque est « évitable », sous la réserve, soulignée par BRAUN⁶ : « Cependant », dit-il, « quelle que soit la façon dont on s'y prenne, le risque inhérent à la pratique de la médecine générale n'en demeure pas moins élevé. Que l'on ait exclu un diabète chez madame F n'empêchera pas qu'il puisse exister chez elle un glaucome sans symptôme ou un cancer débutant ».

Le Risque Critique Évitable a ainsi une double fonction

- Taxonomique^b - pour employer un mot savant - puisque, devant être envisagé avant le choix du Résultat de Consultation, il participe indirectement à sa détermination.
- Décisionnelle, car le risque évolutif conditionne, en fonction de sa prégnance, l'attitude du médecin.

Le Risque Critique Évitable (RCE) est-il le même quel que soit le contexte ?

Non, bien sûr ! Il serait aussi ridicule de chercher un cancer de la prostate chez un enfant de 10 ans ou de craindre une tumeur de l'utérus chez un homme, que de ne pas évoquer une pneumoconiose chez un travailleur de l'amiante ou une tuberculose pulmonaire chez un immigré de fraîche date.

Parmi les éléments contextuels à prendre en compte, la prévalence des maladies est sans doute le premier : devant un état fébrile, le médecin de campagne poitevin, contrairement à son confrère du Bénin, ne pensera même pas au paludisme comme étant un risque évolutif. Il saura aussi que la douleur abdominale peut être le premier symptôme d'une appendicite aiguë plutôt que d'une entérocolite nécrosante.

Les antécédents personnels et familiaux du malade, son âge, sa profession, le contexte épidémique du moment permettront de choisir dans la liste des RCE, les plus appropriés à la situation observée.

Ainsi, la liste des RCE attachée à chaque Résultat de Consultation ne sera-t-elle utilisée qu'en fonction du contexte.

^bTaxinomique ou taxonomique : science des lois de la classification

Que contient le Dictionnaire des Résultats de Consultation ?

C'est bien un "Dictionnaire" : « un recueil de mots d'une langue, des termes d'une science, d'un art, rangés par ordre alphabétique, avec leur signification ».

Il contient 277 Résultats de Consultation

Ils sont classés par ordre alphabétique et qui sont définis par :

- Des critères d'inclusion
- Une liste de Risques Critiques Évitable
- Une ou plusieurs positions diagnostiques
- Des compléments sémiologiques
- Des Voir Aussi
- Une correspondance avec la CIM-10

Il peut s'agir :

D'affections non caractérisées

Symptôme et Syndrome

- Céphalée
- Plainte abdominale
- Colique (syndrome)
- État fébrile (non caractéristique)

D'affections caractérisées

Tableau de Maladie et Diagnostics

- Varicelle
- Zona
- Hernie—éventration

D'affections non pathologiques

- Grossesse
- Ménopause

D'autres problèmes

sociaux, professionnels, vaccinations, assimilables à des Résultats de Consultation en tant que problèmes à résoudre.

- Problème professionnel
- Vaccination

Comment les retrouver dans cette liste alphabétique ?

La liste des Résultats de Consultation est assez longue (277 entrées) et l'utilisateur non averti

risque de mettre beaucoup de temps à isoler celui correspondant au cas qu'il observe.

Sans doute par excès, ils ont été regroupés, dans le module informatique, par appareils ou fonctions (digestif, respiratoire, ORL, etc.).

Par excès, car, par exemple, « Précordialgie » étant situé dans la région cardiaque a été regroupé artificiellement avec l'appareil cardiovasculaire alors que ce symptôme peut correspondre à toute autre chose (origine digestive ou pulmonaire par exemple). Il en est de même de « Douleur non caractéristique » qui pourrait être regroupée avec tous les appareils anatomiques.

Ainsi la meilleure façon de retrouver le RC correspondant au cas est pour le débutant :

• **parcourir la liste** des Résultats de Consultation,

• **choisir au clavier**, instinctivement, le RC que lui évoque le cas : un phénomène douloureux localisé l'amènera à choisir Douleur au clavier, qui aboutira à « Douleur non caractéristique » . Un mollet tendu et douloureux l'amènera instinctivement à choisir « Thrombophlébite », un œil rouge le conduira à « Conjonctivite » ou à Œil (traumatisme), « Oeil (larmolement) »,

• **parcourir la liste des VOIR AUSSI** qui rassemble les RC proches en raison de certains critères d'inclusion communs. Il lui suffira alors d'affiner son choix. Après quelques jours ou semaines d'utilisation en temps réel, l'automatisme réalisera son effet habituel.

• **dans quelques rares cas, aucun des RC de la liste ne sera satisfaisant.** Il s'agit dès lors d'une affection plus rare et il faudra classer le cas en DHL (dénomination hors liste) en tapant tout simplement DHL au clavier ce qui ouvrira la liste des chapitres de la CIM 10 avec les résultats le plus couramment observés en médecine générale.

Comment valider le Résultat de Consultation choisi

Choisir les critères d'inclusion

Ils sont indispensables pour justifier le choix.

Le cas observé doit présenter tous les critères d'inclusion du RC choisi.

Des sigles précédant les critères indiquent qu'ils sont obligatoires :

++++ TOUS LES CRITERES PRECEDES DE CE SIGLE DOIVENT ETRE CHOISIS.

++|1 un (1) au moins des critères précédés de ce sigle doit être choisi dans la liste (c'est le cas le plus fréquent).

++|2 deux (2) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste.

++|3 trois (3) au moins des critères précédés de ce sigle doivent être choisis dans la liste (il s'agit de situations beaucoup plus rares).

Vérifier la liste des Risques Critiques Évitable
Afin de s'assurer qu'aucun autre diagnostic - dont l'évolution sévère serait évitable - ne pourrait être évoqué.

Indiquer la position diagnostique

qui caractérise le cas : soit diagnostic certifié (position D) soit classification par symptôme cardinal ou saillant (position A), soit classification par syndrome (position B) soit classification par tableau de maladie (position C).

Cliquer sur les compléments sémiologiques

précédés du sigle + -, les compléments sémiologiques n'ont aucun intérêt taxinomique (de classement du cas) mais viennent préciser une localisation, un côté, un symptôme ou un signe souvent associé au RC. Leur liste est limitée dans le but de ne pas alourdir inutilement la définition.

L'un d'eux est important, et se trouve en fin de liste :

+ - **asymptomatique** : il peut paraître ridicule de qualifier « d'asymptomatique » une situation pathologique ; pourtant, c'est le seul moyen d'indiquer que, le jour de la consultation où le praticien a pris en compte ce Résultat de Consultation, aucun des critères d'inclusion ne pouvait être choisi. C'est le cas de l'otite moyenne aiguë convoquée pour constater la guérison ; c'est le cas de l'hypertension artérielle dont les chiffres sont normalisés sous trai-

tement.

Si nécessaire, ajouter des commentaires dans l'espace réservé à cet effet : à la différence des précédents, il s'agit d'un texte libre qui ne pourra pas être exploité de la même façon.

Choisir enfin le « Code-suivi »¹⁶

C'est un élément essentiel du Dictionnaire. Par trois lettres N, P et R, il permet de donner au Résultat de Consultation son caractère évolutif.

• **N** qualifie le cas de « nouveau » : nouveau car c'est la première fois qu'il est certifié par un médecin, même si le malade indique présenter la symptomatologie dont il se plaint depuis plusieurs jours ou plusieurs mois.

• **P** indique qu'il s'agit d'un cas « persistant », dans le sens où le résultat de consultation est déjà connu d'un médecin.

• **R** indique que le Résultat de Consultation a été « révisé » ; c'est-à-dire que cet « Etat fébrile non caractéristique » a évolué et s'est trouvé être une « Pneumopathie aiguë » ; c'est-à-dire que cette « Douleur non caractéristique » de l'hémithorax gauche s'est trouvée quelques jours plus tard être le premier symptôme d'un « Zona ». Est-ce à dire qu'on aura ainsi corrigé une « erreur de diagnostic » ? Non ! On aura simplement caractérisé le moment évolutif de l'affection qui, en effet, ne pouvait pas, lors de la première consultation, se manifester autrement que par un état fébrile ou par une douleur de l'hémithorax. D'ailleurs le pourcentage de « révisions » des RC est très faible, de l'ordre d'un pourcent sur l'ensemble des définitions du Dictionnaire^{5,16}.

Quant à la correspondance avec la CIM-10

L'utilisateur n'a pas à s'en préoccuper, car elle est déterminée automatiquement par l'informatique, en fonction des critères d'inclusion, voire, dans quelques cas plus rares, en fonction des compléments sémiologiques choisis.

Le Résultat de Consultation détermine t-il à lui seul la décision ?

Les éléments de la décision

Sans doute toute simplification est-elle réductrice, mais il est important de faire la liste de ces éléments, même si les uns et les autres s'entremêlent et ne devraient pas être séparés par catégories aussi tranchées : on verra en particulier comment les déterminants socio-culturels sont liés aux déterminants dits « intimes » ; on a vu comment le choix du Résultat de Consultation est lié au Risque Critique Évitable.

Le Résultat de Consultation lui-même

Il en est le « noyau dur ». Il mérite, nous l'avons déjà dit, d'être analysé à la lumière de la prévalence des affections qu'il pourrait évoquer, en fonction du lieu (c'est la probabilité primaire). Il doit l'être aussi à l'aune de ses qualités intrinsèques (c'est la probabilité post test). En somme si le praticien choisit « PRECORDIALGIE » (douleur non caractéristique), quelle est la probabilité qu'il s'agisse d'un infarctus du myocarde ? Que devient cette probabilité si la symptomatologie est telle que le médecin choisit « Angor - Insuffisance coronarienne » pour qu'il s'agisse d'un infarctus ?

Le Risque Critique Évitable

Nous avons vu plus haut combien la détermination du RCE peut modifier la décision du praticien : la persistance d'une fièvre élevée, de maux de tête intenses, d'une nuque un peu moins souple que la veille, entraîneront probablement l'hospitalisation de ce jeune homme qui présente un état fébrile non caractéristique ?

Les antécédents personnels

Qui regroupent à la fois les antécédents « éteints » et les antécédents « actifs » ; ainsi la notion de lithiase vésiculaire retrouvée occasionnellement 10 ans auparavant pourra-t-elle changer totalement la décision devant une plainte abdominale ; ainsi des antécédents personnels de polype colique, fut-il bénin entraîneront-ils une décision de colonoscopie qui n'aurait pas été prise autrement devant cette constipation apparemment banale.

Les antécédents familiaux

Est-ce la peine d'évoquer le cancer du sein d'une mère ou d'une tante, ou ceux de mort subite à la quarantaine d'un père ou d'un oncle ou d'un frère pour indiquer qu'ils joueront un rôle dans la décision de faire ou de ne pas faire une mammographie ou une épreuve d'effort ?

Les déterminants socio-culturels

Ils font appel au langage du malade, patois, dialecte ou langue étrangère, aux référents culturels de la société d'origine et de celle du moment, à la conception de la maladie par le médecin comme par le malade. Ils sont liés aux suivants et n'en sont séparés ici que dans un objectif pédagogique.

Les déterminants intimes permanents ou circonstanciels

C'est sans doute une gageure de vouloir décrire l'intime^c qui, par définition est enfoui et caché au plus profond de chacun. Cet intime qui peut être permanent, et caractéristique de l'individu (du médecin comme du malade) intervient pourtant de façon régulière dans la décision. Nous emprunterons à F.GARGOT¹¹ les exemples proposés.

Les déterminants du médecin

• Permanents

Son langage est particulier, tantôt calqué sur celui du malade, tantôt restreint à celui qu'il a acquis par son éducation ; les malades ne disent-ils pas qu'un tel est « fier » l'autre « pas fier » ? . Lui aussi a son modèle étiologique et son modèle thérapeutique dominants. Son envi-

^c Intime : « se dit de ce qui est au plus profond de quelqu'un, de quelque chose, de ce qui constitue l'essence de quelque chose et reste généralement caché, secret » - « se dit de ce qui se passe entre un petit nombre de personnes plus ou moins étroitement unies par des liens d'amitié, d'amour et qui met en jeu les sentiments sincères, les idées personnelles, les relations franches, amicales, voire amoureuses » - « se dit de ce qui est caché des autres et appartient à ce qu'il y a de tout à fait privé » In Grand Dictionnaire Encyclopédique Larousse, Paris, 1983.

ronnement culturel, son modèle de soi, ses caractéristiques psychologiques, son « spectre » d'efficacité relationnelle, son type de patients favoris et ceux qu'il n'aime pas : tous les ingrédients sont là pour qu'il fasse ou ne fasse pas ou fasse différemment.

- Circonstanciels

La similarité d'un cas récent et son évolution heureuse ou malheureuse ne vont-ils pas l'influencer. Le cas exposé la veille dans son groupe Balint, ou dans son Groupe de Pairs, les sources d'information (le journal télévisé que regarde aussi son malade), la visite du délégué médical, l'article lu deux jours plus tôt dans une revue médicale, le décès d'un proche, la dispute du matin avec son conjoint, l'insomnie de la nuit précédente : autant d'éléments qui influenceront, sans nul doute, sur la décision du moment.

Les déterminants du malade

- Permanents

La structuration psychologique, la personnalité, le modèle de soi du malade, mais aussi ses référents culturels déjà cités.

- Circonstanciels

Ils font appel aux structures profanes de références (le voisin de « bon conseil »), au cas similaire dans l'entourage, à l'attente du malade, aux sources d'information du moment (média) et pour lui, comme pour le médecin aux alevins du moment.

Ceux de la relation médecin-malade

Largement décrits par BALINT¹⁸, les effets mutuels de cette relation, du transfert, de l'âge relatif, de la distance relationnelle, de la différence de sexe, du statut social relatif et des expériences communes des périodes de santé et de maladie (« la compagnie d'investissement mutuel ») sont omniprésents.

Les déterminants législatifs et réglementaires

Entre le code pénal, le code civil, le code de déontologie médicale, les conventions entre les caisses d'assurance maladie et la profession médicale, les références médicales et les accords de bon usage des soins, les contraintes extérieures sont multiples.

C'est ainsi que se dessine « l'espace de liberté » du médecin

Il peut être plus ou moins large ou plus ou moins réduit selon le Résultat de Consultation, mais aussi pour le même Résultat de Consultation selon les déterminants cités plus haut :

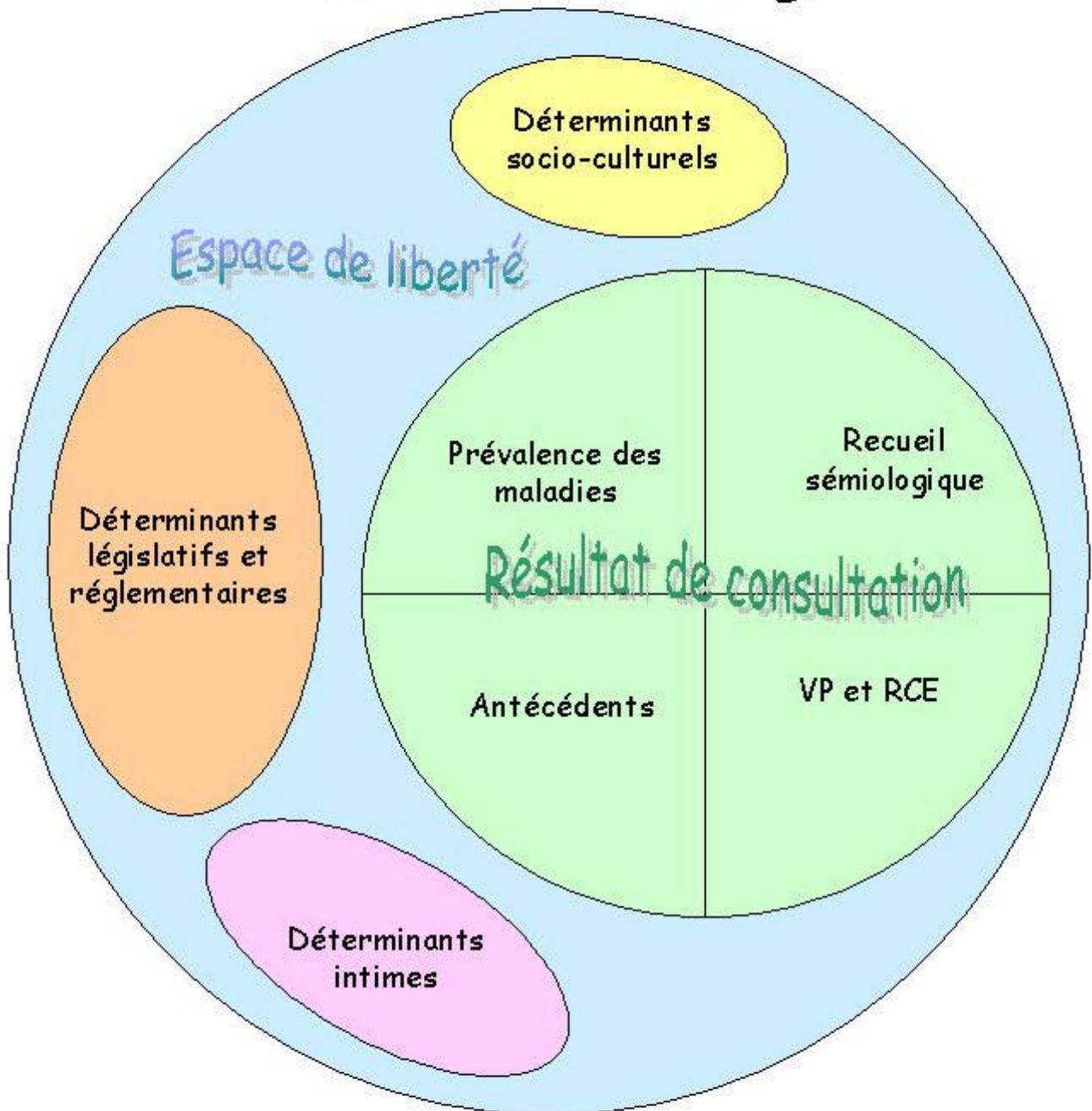
- Cet enfant atteint d'une plainte abdominale banale sera peut-être hospitalisé, alors qu'un autre du même âge et qui présente une douleur abdominale identique sera gardé à domicile sous surveillance. Il est vrai que les parents de l'un, cadre supérieur sauront alerter à temps le médecin en cas de complication ; alors que le praticien peut craindre que les parents de l'autre, forains de passage, ne laissent se pérenniser une évolution critique ?

- Mais il est des cas où l'espace de liberté du médecin se réduit à la peau de chagrin : la sciatique paralysante, l'abdomen douloureux aigu avec contracture ne souffrent pas d'autre alternative que l'hospitalisation immédiate quelques soient les autres déterminants accessoires.

Un schéma pour mieux le dire ?

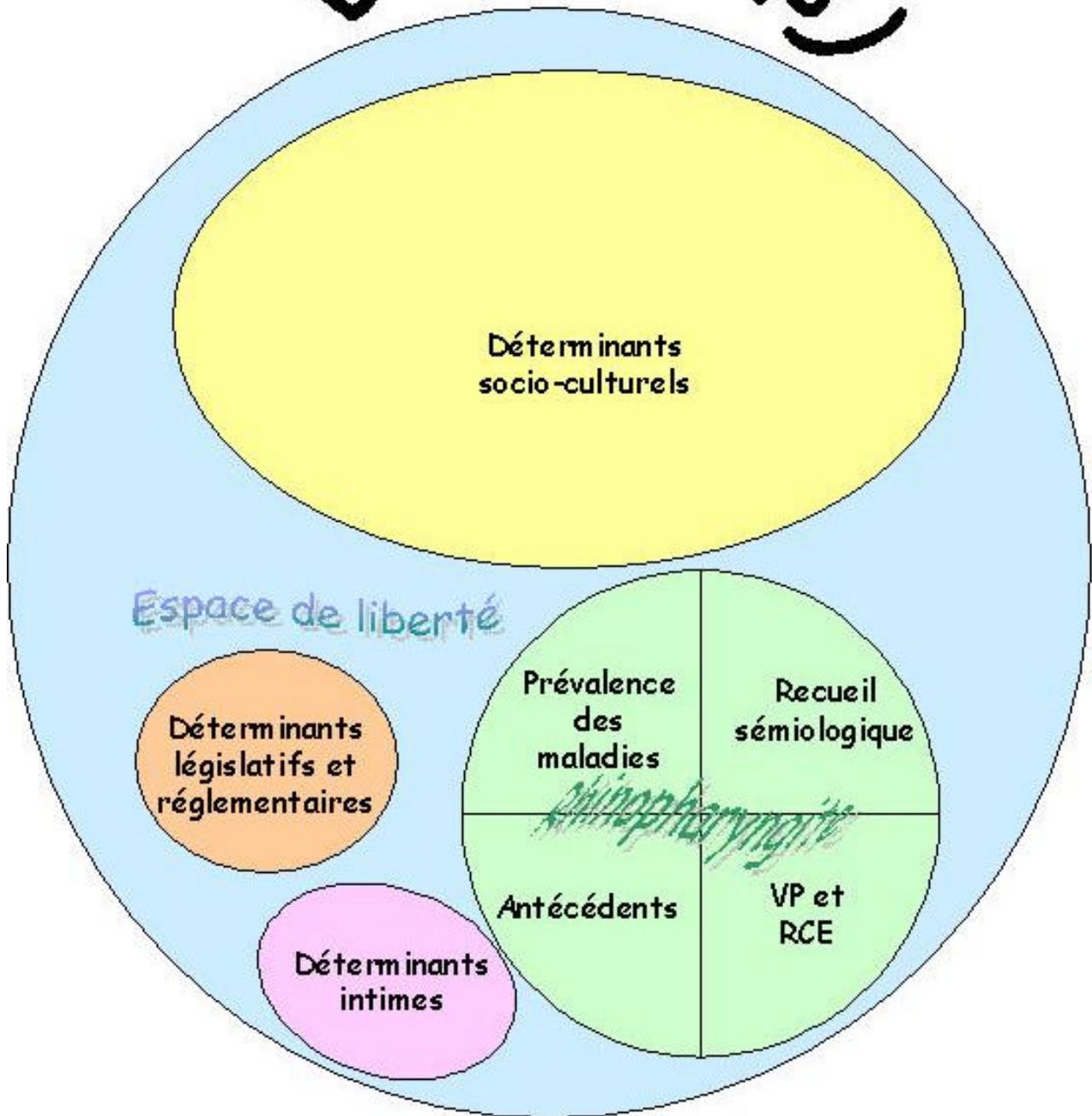
Si la simplification par le texte est réductrice, celle par le schéma l'est encore bien davantage. Nous avons figuré la décision comme l'ensemble du grand cercle extérieur qui ne change jamais de surface. L'espace de liberté est représenté par une sorte de « liquide interstitiel » bleuté dont le volume varie comme le montrent les exemples suivants tantôt en fonction du Résultat de Consultation lui-même, tantôt en fonction des autres déterminants.

Décision(s)



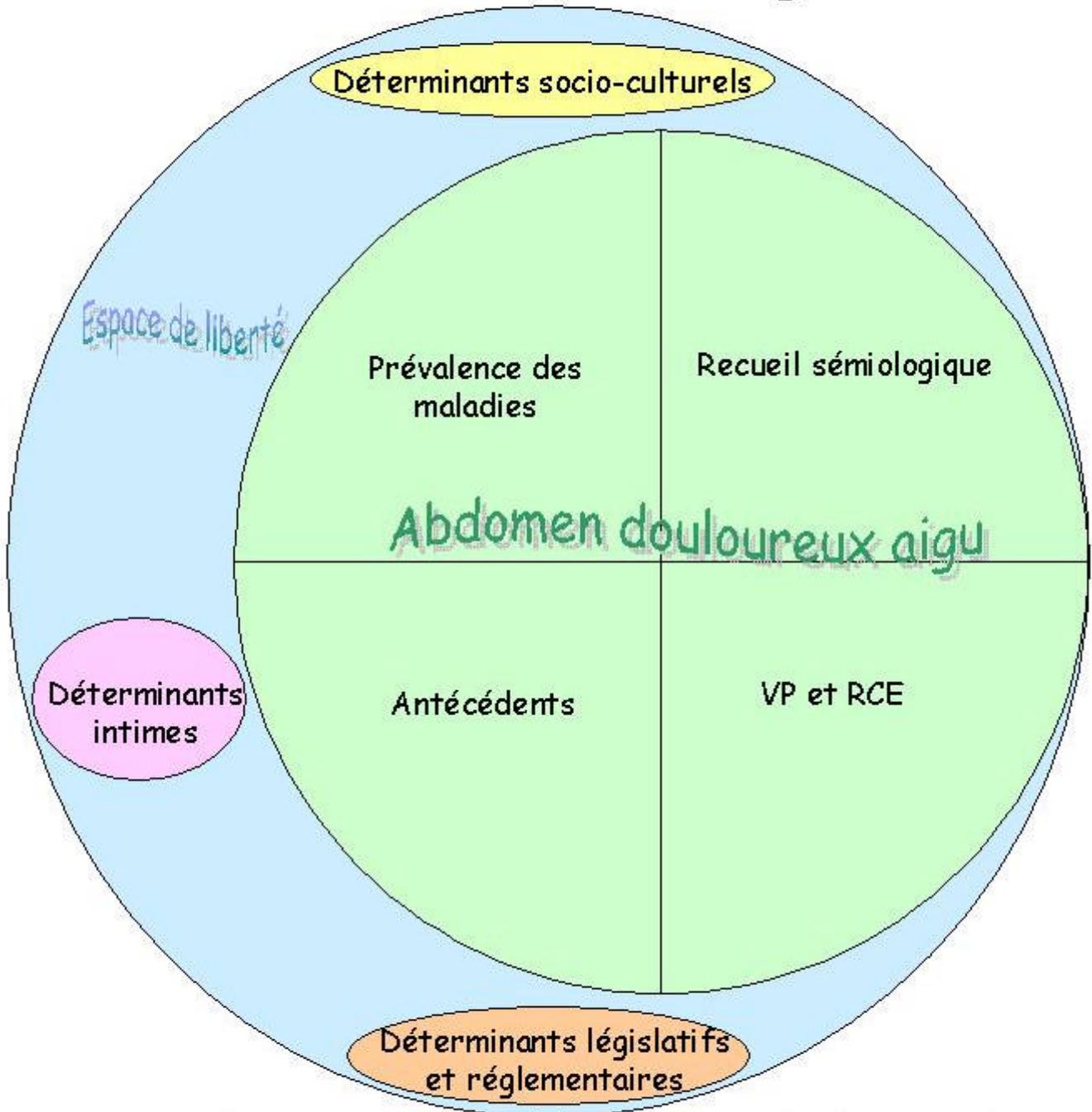
Le schéma général de la décision : le RC occupe la première place.

Décision(s)



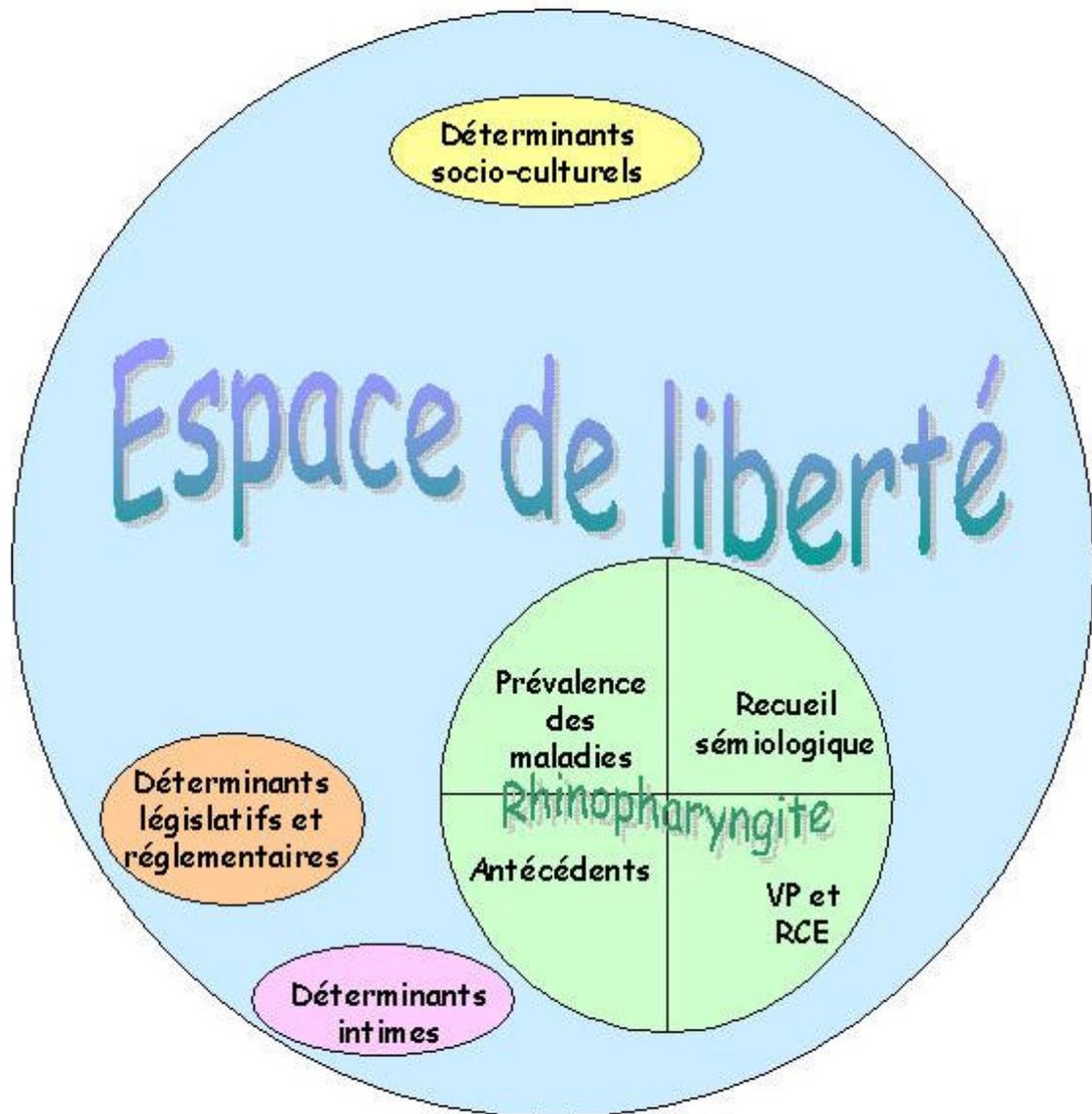
Exemple de décision avec « espace de liberté » réduit par les déterminants socio-culturels. Le RC Rhinopharyngite n'occupe plus la première place.

Décision(s)



Exemple de décision avec « espace de liberté » réduit par le résultat de consultation lui-même qui occupe tout l'espace.

Décision(s)



Exemple de décision avec « espace de liberté » très large. Aucune « bulle » n'est prédominante, hormis toujours celle du RC

Bibliographie

- ¹ GRENIER B. Évaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique. Préface de M. Legrain et de R. Salamon. Masson, Paris 1999
- ² GIRARDIER M. La Classification Internationale des Maladies est elle praticable en médecine générale ? La Revue du Praticien MG N° 138 du 30 mai 1991
- ³ LINNARSON R. Methods, design and comportement for a computer based patient record, Linköping University N° 378, 1993, p
- ⁴ GRENIER B. Préface à la première édition du Dictionnaire des Résultats de Consultation. Documents de Recherches en Médecine Générale N° 47-48 décembre 1996
- ⁵ SFMG. Annuaire statistique 94/95 de l'observatoire de la médecine générale. Documents de Recherches en médecine générale, N° 55/56/57
- ⁶ VINCENT B. Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généralistes – Maîtres de stage à l'université de Paris Sud. Documents de Recherches en médecine générale N° 15 1984
- ⁷ VINCENT B. L'épidémiologie en médecine générale : les pièges à éviter. La Revue du Praticien – Médecine Générale N° 23 du 11 avril 1998
- ⁸ ROSOWSKY O. Le « Résultat de consultation » selon R.N. Braun. Revue du Praticien Médecine Générale N° 72 du 16 octobre 1989
- ⁹ BRAUN R.N. Les possibilités d'un travail scientifique individuel en médecine générale. Une introduction à la méthodologie de la recherche individuelle. La Revue du Praticien – Médecine Générale, tome 5, N° 126 du 11 février 1991
- ¹⁰ LANDOLT THEUS P. Étude statistique complète des malades vus en un an dans un cabinet de médecine générale. Allgemein medizin 1986, 15 p.71-80 Ed Springer, traduit en français dans Documents de Recherches en Médecine Générale, n°30, 1988
- ¹¹ GARGOT F. En quoi la pratique de la médecine générale est-elle spécifique ? L'éclairage des sciences humaines. La Revue du Praticien – Médecine Générale – Tome 11 – N° 203 du 6 octobre 1997
- ¹² BRAUN R.N. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. PAYOT. Paris
- ¹³ FINK W, KAMENSKI G. Zur Berufstheorie des Allgemeinmedizin (Séminaire sur la Théorie professionnelle de BRAUN juillet 2000)
- ¹⁴ ROSOWSKY O. sept 1997. Kasographie traduction. Taxinomique ou taxonomique : science des lois de la classification
- ¹⁵ SOURZAC R. Recueil et analyse informatiques de 2000 séances de médecine générale. Proposition pour une représentation tridimensionnelle du résultat de séance. Thèse. Limoges. 1987
- ¹⁶ VINCENT B. Évolution des résultats de consultation en médecine générale. Le taux de révision diagnostique est très faible. La Revue du Praticien – Médecine Générale, tome 5 N° 136 du 29 avril 1991
- ¹⁷ BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. PAYOT 2ème édition 1988



Société Française de Médecine Générale

Société savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy les Moulineaux

Tél : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 98 21

Email : sfmg@sfmg.org ? . <http://www.sfmg.org>

ONG agréée auprès de l'OMS

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners