

**LE CODE SUIVI**  
**OUTIL POUR LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE**  
**EN MEDECINE GENERALE**

**Docteur Robert Sourzac**

**PREMIERE PARTIE:**

**Définition et application dans la pratique de la Médecine Générale**

**DEUXIEME PARTIE:**

**Application à l'épidémiologie.**

## INTRODUCTION:

Le recueil et l'exploitation, informatisés, de 2000 séances de Médecine Générale relevées en cinq mois et présentées en 1987 dans ma Thèse de Doctorat (1) nous avaient conduit naturellement à considérer l'importance de l'évolution dans le temps des pathologies.

Alors était apparue la nécessité d'une codification, simple et d'application pratique, pour caractériser et analyser les diverses étapes de cette évolution.

Ainsi, dans cette Thèse, était proposé l'utilisation du **code suivi**, parfaitement compatible avec la théorie originale de R.N.BRAUN qu'il complète.

Ce code est par ailleurs adapté à une exploitation automatique des informations recueillies, à partir d'un fichier classique ou d'un fichier informatisé.

Outil de codage et de classification, le code suivi permet de caractériser l'évolution des états morbides dès leur émergence, de définir leur fréquence (prévalence et incidence) et de dénombrer les recours au médecin qu'ils entraînent.

Aujourd'hui, après plus de six ans d'utilisation quotidienne de cet outil, et alors qu'il est adopté par de nombreux praticiens utilisant ou non la technique informatique, il est nécessaire de rappeler sa définition et ses objectifs.

Ces derniers doivent d'ailleurs être précisés, car la "mise à l'épreuve" du quotidien de la médecine générale n'est pas sans poser de sérieuses questions.

Cependant, nous pensons que c'est aussi le recueil des éléments de cette pratique qui devrait apporter les réponses attendues.

---

1: Robert SOURZAC: "Recueil et analyse de 2000 séances de Médecine Générale, proposition d'une représentation tridimensionnelle du résultat de consultation", Documents de recherche en Médecine Générale n°28, Octobre 1988

**PREMIERE PARTIE**

**DEFINITION DU CODE SUIVI**

**APPLICATION DANS LA PRATIQUE**

**DE LA MEDECINE GENERALE**

Dans notre pratique, la représentation des problèmes de Médecine Générale repose (tableau I):

– d'une part sur la **classification bidimensionnelle** des résultats de consultation, telle que l'a définie **R.N.BRAUN** ( 2 ) et dont nous rappelons ici les deux axes:

. La **dénomination** en clair du résultat de consultation selon la nomenclature établie et régulièrement mise à jour par **R.N.BRAUN**;

. La "**position diagnostique**" dans laquelle se situe le résultat de consultation.

L'utilisation de cette classification permet au praticien, à la fin de chaque séance et vis à vis du ou des problèmes posés par son malade, de faire le point diagnostique.

Ce dernier ne peut être précis sans l'utilisation du **Dictionnaire de la médecine générale**.

Elaboré par la Société Française de Médecine Générale, il fait correspondre à chaque dénomination la description univoque d'un état pathologique et apporte ainsi aux généralistes la communauté de langage qui leur faisait défaut ( 3 ).

– d'autre part, à ces données statiques de la classification de **R.N.BRAUN**, s'ajoute la donnée évolutive représentée par le **CODE SUIVI** que nous utilisons depuis 1987.

Comme nous venons de le voir, cette **représentation tri-dimensionnelle** ne peut se comprendre qu'à partir de la notion de résultat de consultation.

On ne pourra donc utiliser le code suivi qu'après avoir choisi la dénomination du résultat de consultation et déterminé la position diagnostique au sens que lui donne **R.N.BRAUN**, avec les conséquences que cela implique (2).

---

2: Robert N.BRAUN: Pratique, critique, et enseignement de la Médecine Générale, Payot, Paris 1979

3: Documents de recherche en Médecine Générale n°41, Octobre 1992

Tableau I:

## REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DES PROBLEMES RENCONTRES EN MEDECINE GENERALE

### I DENOMINATION

(R.N.BRAUN + Dictionnaire SFMG)

### II POSITION DIAGNOSTIQUE

(R.N.BRAUN)

- A SIGNE CARDINAL
- B GROUPE DE SYMPTOMES
- C TABLEAU DE MALADIE
- D DIAGNOSTIC COMPLET

0 AUCUN SIGNE PATHOLOGIQUE CONSTATE ( 4 )

### III CODE SUIVI

- N Problème NOUVEAU
- P Problème PERSISTANT
- E EPISODE après intervalle libre
- R REVISION d'un résultat de consultation

exemple de notation:

**ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE / B / N**

---

4: Cette position n'est pas utilisée par R.N.BRAUN. Employée par la SFMG lors de la saisie informatique des séances, elle correspond aux situations dans lesquelles n'existe aucune constatation pathologique: soit qu'il n'y en a jamais pour les situations concernées (actes administratifs et de prévention), soit que l'état morbide considéré est équilibré le jour de la consultation (exemple: un hypertendu traité présentant des chiffres tensionnels normaux).

Voici donc, à travers de nombreux exemples, comment séance après séance, nous utilisons le code suivi.

**1) problème Nouveau : code suivi "N"**

HYPERURICEMIE / A / N

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE / B / N

MALADIE DE PARKINSON / C / N

BOUCHON DE CERUMEN / D / N

Tous ces états morbides, quelqu'en soit la position diagnostique, sont considérés par le médecin comme des problèmes nouveaux.

Soit des états aigus qui n'entraîneront peut-être qu'un seul recours: bouchon de cerumen, rhume, plaie;

Soit des affections au long cours, états chroniques confirmés ce jour-là: hyperuricémie, insuffisance coronarienne, diabète.

**2) Problème persistant : code suivi "P"**

DIARRHEE ISOLEE / A / P

SYNDROME PREMENSTRUEL / B / P

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE / C / P

HEMORROIDES / D / P

Le code "P" sera attribué à ces états morbides, quelqu'en soit la position diagnostique, dès que le patient est vu au moins deux fois pour un même problème persistant sans intervalle libre.

Il s'agit aussi bien d'affections aiguës (une diarrhée isolée, une angine, une plaie) pouvant nécessiter plus d'un recours au médecin, que d'affections au long cours (une bronchopneumopathie chronique, une hypertension artérielle, une hyperlipidémie) pour lesquelles le patient est régulièrement suivi.

## CAS PARTICULIERS

Quand on parle de problème NOUVEAU et de problème PERSISTANT, à quoi fait on référence ?

S'agit-il d'un problème nouveau ou d'un problème persistant, **pour le médecin ou pour le malade ?**

Premier exemple:

Un patient ayant, dans ses antécédents, plusieurs crises comitiales, consulte pour la première fois un nouveau médecin à l'occasion d'une nouvelle crise.

L'épilepsie est connue du malade, mais est un problème nouveau pour le médecin (comme le sont tous les problèmes présentés par un malade nouveau !).

La décision du médecin étant dictée par le caractère persistant de la maladie, il faudra bien entendu coder:

**EPILEPSIE / C / P**

et non:

**EPILEPSIE / C / N**

Deuxième exemple:

Un malade consulte pour la première fois son médecin de famille pour des lombalgies dont il souffre tous les matins depuis trois mois environ.

Quelles sont les possibilités de codage du résultat de consultation ?

**LOMBALGIES / B / N**

on considère le problème comme nouveau, se plaçant ainsi du point de vue du médecin;

**LOMBALGIES / B / P**

si l'on considère que le patient souffre de façon continue de ses lombalgies.

La représentation choisie dans ce cas doit être la deuxième, car il importe que la représentation du résultat de consultation reflète le mieux possible la réalité de la situation diagnostique.

Il faut ainsi, au moment du choix du code suivi, privilégier le malade et sa maladie.

Car lorsqu'on parle de "suivi", il s'agit de la prise en compte, de l'histoire de la maladie et/ou du malade, par un médecin certes, mais par un médecin qui doit être capable de **saisir le déroulement de cette histoire**.

### 3 ) Problème Episodique: code suivi "E"

"EPISODE":

du Grec "epeisodion",  
 "partie d'un drame entre [epi] deux entrées [eisodoi]",  
 "action accessoire rattachée plus ou moins naturellement à l'action principale",

Voir: aventure, incident, péripétie ( 5 )

RHINITE / B / E

ECZEMA / C / E

Quelque soit la position diagnostique qui leur est attribuée en fin de séance, ces états morbides ont une caractéristique commune: ils peuvent évoluer par épisodes séparés de périodes de "rémission", spontanée ou après traitement.

La réapparition de la symptomatologie ne correspond pas à un problème nouveau mais à la résurgence d'un problème connu.

Il ne s'agit pas non plus d'un problème persistant car le patient revient après un "**intervalle libre**": libre de tout critère ayant permis d'inclure le cas dans la rubrique diagnostique connue, et libre de toute prise en charge médicale demandée par le malade ou programmée par le médecin.

On parlera d'épisode, de poussée, de péripétie, ce que le "Petit Robert" qualifie de "nouvelle entrée dans le drame".

---

5: Paul Robert: "le Petit Robert", Dictionnaire alphabétique et analytique de la langue française, Société du Nouveau Littré.

On rappelle également dans la thèse citée plus haut ( 6 ) la notion de "**récidive**", c'est-à-dire la "réapparition d'une maladie après guérison chez un individu qui a déjà souffert de cette même maladie, plus ou moins longtemps auparavant" ( 7 ).

La "**rechute**", quant à elle, correspond à "la reprise d'une maladie qui était en voie de guérison". Le code suivi qui convient à cette situation est le code "P" (problème Persistant) puisqu'il n'existe pas d'intervalle libre entre le "drame" et la rechute.

#### 4 ) Révision diagnostique: code suivi "R"

"REVISION" ( 8 ):

"Mise à jour par un nouvel examen",  
"Examen par lequel on vérifie qu'une chose est bien dans l'état où elle doit être".

Cette définition nous rappelle la "nature des résultats de consultation en Médecine Générale".

R.N.BRAUN montre que, dans la pratique, "il ne s'agit pas de savoir comment désigner au départ des cas pour lesquels on découvrirait **ensuite** une maladie déterminée".

Un exemple permet d'éclairer cette problématique:

Un enfant de six ans, jusqu'ici bien portant, est conduit par ses parents chez le médecin pour une fièvre à 38°5 apparue la veille. L'enfant est grognon, fatigué. L'interrogatoire et l'examen clinique ne permettent de mettre en évidence aucun signe pouvant compléter ce groupe de symptômes.

Ainsi, d'une part, de multiples hypothèses peuvent être avancées mais le seul résultat de consultation **certain** à la fin de cette séance reste un état fébrile non caractéristique.

D'autre part, l'ensemble de la sémiologie recueillie lors d'un interrogatoire et d'un examen aussi complets que possible, ne met pas en évidence de **signes de gravité** pouvant laisser présager, à ce moment-là, une évolution grave.

Le médecin en reste donc au résultat de consultation:

ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE / B / N

---

6: Robert SOURZAC: "Recueil et analyse de 2000 séances de Médecine Générale, proposition d'une représentation tridimensionnelle du résultat de consultation"

7: Dictionnaire des termes techniques de Médecine, M.GARNIER, V.DELAMARE, Maloigne

8: Paul Robert: "le Petit Robert"

Deux jours plus tard, apparaissent sur le visage des lésions érythémato-vésiculeuses prurigineuses qui s'étendent rapidement à tout le corps, alors que la fièvre s'estompe.

Le médecin, à nouveau consulté, peut affirmer le tableau de varicelle.

Les symptômes regroupés dans le syndrome non caractéristique fébrile, résultat de la première consultation, étaient en fait les premiers signes de cette maladie: **c'était déjà un cas de varicelle** que le médecin avait devant lui, sans pouvoir l'affirmer, ni même le soupçonner.

L'évolution de la sémiologie pendant les deux jours suivants impose dès lors **la révision de ce résultat de consultation**.

Le code suivi, appliqué à cette observation, s'écrira de la façon suivante:

**ETAT FEBRILE NON CARACTERISTIQUE / B / R  
VARICELLE / C / N**

Ce qui signifie, traduit en clair, que le médecin révisé le résultat de consultation précédant, estimant que le nouvel examen de la situation lui permet d'établir le lien avec le tableau constaté ce jour.

Dans cet exemple, c'est la seule évolution de la sémiologie clinique qui a permis la révision. Dans certains cas, ce sont d'autres éléments sémiologiques tels l'apport de résultats d'examens complémentaires ou d'avis spécialisés.

Ainsi, le code suivi "R" n'est pas fait pour "**corriger les erreurs diagnostiques**", mais pour tenir compte de la problématique de la Médecine Générale et de la nature de ses "résultats de consultation".

C'est le mérite de R.N.BRAUN d'avoir éliminé de notre vocabulaire les expressions telles "diagnostic d'attente" ou "diagnostic probable", tout en insistant sur la recherche indispensable du risque prévisible.

Nous démontrons ainsi que la notion de code suivi, en complétant le concept de "résultat de consultation", permet au praticien d'assurer **un suivi de ses patients** à la fois plus simple et plus précis.

Nous verrons, dans le chapitre suivant, combien cet outil peut faciliter l'étude épidémiologique de la Médecine Générale.

## **EXCLUSIVITE et EXHAUSTIVITE du codage**

Chacun de ces codes suivi, concerne un problème différent.

Un résultat de consultation ne pourra pas admettre plus d'un code, tel qu'ils sont définis plus haut, pour le situer dans l'évolution de la maladie:

il ne peut s'agir à la fois d'un problème nouveau et d'un problème persistant, ou du début d'un épisode et d'un problème nouveau.

Chaque situation est caractérisée par un code suivi et un seul. Les quatre codes sont donc mutuellement **exclusifs**.

Par ailleurs, aucune situation ne peut être placée en dehors de celles que recouvrent ces quatre modalités de codage:

un résultat de consultation ne peut se rapporter qu'à un problème nouveau (N), persistant (P), récidivant (E), ou bien indiquer que la situation diagnostique a suffisamment évolué pour le résultat précédent soit révisé (R) à la suite de la consultation.

Ceci traduit l'**exhaustivité** du codage ainsi défini, qui recouvre l'ensemble des situations que nous pouvons rencontrer.

## DEUXIEME PARTIE

### APPLICATION A L'EPIDEMIOLOGIE.

Le code suivi, dont nous venons de rappeler la définition et les modalités d'application, complète le concept original de résultat de consultation de R.N.BRAUN.

Ce code est parfaitement adapté à une exploitation automatique des informations recueillies, que ce soit à partir d'un fichier classique ou d'un fichier informatisé.

Outil de classification et de codage, il permet de caractériser l'évolution des états morbides dès leur émergence, de définir leur fréquence (prévalence(9) et incidence(10)) et de dénombrer les recours au médecin qu'ils entraînent.

L'observateur a donc ainsi une **vision dynamique des phénomènes de santé**. En effet, sans une référence au "suivi", l'épidémiologiste ne peut prendre en compte un résultat de consultation que comme un instantané. **La dimension temporo-spatiale de la morbidité** lui échappe.

**Or la morbidité doit être étudiée par rapport à une pathologie, un malade, et une période de référence.**

Quel serait l'intérêt de savoir que le médecin a relevé trois fois dans l'année la dénomination "RHINOPHARYNGITE" tout en ignorant si les trois consultations concernent le même malade.

Il faut donc étudier la morbidité malade par malade, ce que peut faire facilement un programme d'exploitation des résultats de consultation utilisant le code suivi.

Voici le relevé des résultats de consultation, codés selon la classification biaxiale et avec la représentation tri-dimensionnelle, concernant un seul patient imaginaire pendant une année artificiellement semée d'obstacles.

---

9: L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie par unité de temps dans une population

10 La prévalence est le nombre de tous les cas d'une maladie dans une population à un moment donné ou au cours d'une période donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et anciens

consultation n°	classification biaxiale	représentation tri-dimensionnelle
1	HYPERLIPIDEMIE/A ENTORSE/C ANGINE/C	HYPERLIPIDEMIE/A/P ENTORSE/C/P ANGINE/C/N
2	HYPERLIPIDEMIE/A	HYPERLIPIDEMIE/A/P
3	HYPERLIPIDEMIE/A CONSTIPATION/A	HYPERLIPIDEMIE/A/P CONSTIPATION/A/N
4	HYPERLIPIDEMIE/A CONSTIPATION/A ANGINE/A	HYPERLIPIDEMIE/A/P CONSTIPATION/A/P ANGINE/A/N
5	CONSTIPATION/A	CONSTIPATION/A/P
6	HYPERLIPIDEMIE/A CANCER COLIQUE/D	HYPERLIPIDEMIE/A/P CONSTIPATION/A/R CANCER COLIQUE/D/N

Voilà matière à réflexion et de nombreux problèmes épidémiologiques à résoudre.

**1 - L'HYPERLIPIDEMIE**, problème chronique chez ce malade apparaît 5 fois dans le relevé: 5 recours au médecin pour un même problème.

Le code suivi "P", indiquant la persistance, la continuité de l'hyperlipidémie, permettra de ne la compter qu'une seule fois pour l'année pour ce patient.

En pratique, dans le cas d'un résultat de consultation contenant le code "P", il doit être possible de remonter dans l'histoire du malade:

- . jusqu'au début de la période de référence lorsque les premières manifestations de la maladie sont antérieures à cette période
- . ou bien jusqu'à ce que l'on rencontre le même résultat de consultation avec le code suivi "N" marquant le début de la maladie
- . ou avec le code suivi "E" pour le début d'un épisode d'une maladie évoluant par épisodes successifs.

Ainsi sera fait le rapprochement entre les différents recours.

**L'hyperlipidémie, qui apparaît 5 fois ne sera retenue qu'une fois dans le décompte périodique du nombre de cas observés dans la période de référence (prévalence).**

Tout cela est possible:

- sans avoir à étudier le dossier du patient, ce qui représente un énorme gain de temps,
- et sans même savoir que l'hyperlipidémie est par nature un problème chronique, puisque cette chronicité est traduite par le code suivi "P" apparaissant sans discontinuité dans le relevé.

Or, dans ces conditions le **traitement automatique des informations** recueillies est possible, facile, et fiable. En effet, l'ordinateur est un outil très puissant dès lors qu'il s'agit de manipuler seulement des chiffres et des codes.

**L'exploitation des données** recueillies par le médecin peut donc faire l'objet d'un programme informatique simple dont l'utilisation peut être répétée aussi souvent que nécessaire pendant une période donnée.

L'expérience que nous menons depuis sept ans montre ce que l'on peut faire dans ce domaine.

## 2 - L'ANGINE, problème aigu, apparaît deux fois dans le relevé des recours.

C'est à chaque fois un problème nouveau. Le seul rapport entre ces deux recours est leur dénomination. Il n'existe aucun lien évolutif entre eux. **L'incidence de l'angine** dans cette période et pour ce patient est donc de 2.

Il est facile d'arriver à cette conclusion quand on sait que cette pathologie se présente de manière aiguë contrairement à l'hyperlipidémie et que les deux recours sont séparés par quelques mois.

Imaginons qu'il s'agisse de deux recours pour "PLAIE" à 10 jours d'intervalle. Seul l'examen du dossier permettra de savoir s'il s'agit de deux consultations à la suite d'un même accident ou s'il y a eu deux blessures successivement. Or ces deux situations sont totalement différents en terme de morbidité.

Le code suivi permet de distinguer les deux cas:

	Une seule blessure	Deux blessures
consultation n°1	PLAIE/D/N	PLAIE/D/N
consultation n°2	PLAIE/D/P	PLAIE/D/N

### 3 - L'ENTORSE:

Le code suivi "P" indique que nous sommes dans le cadre d'un problème persistant, mais dont c'est la première mention dans la période choisie, la première consultation pour cette entorse ayant eu lieu avant. Par ailleurs, il n'y aura pas d'autre recours pour le même résultat de consultation. La maladie "ENTORSE" sera donc comptée une fois dans le registre de la prévalence (un seul cas d'entorse). Quant à l'incidence elle est nulle (aucun cas **nouveau**).

### 4 - CONSTIPATION, CANCER COLIQUE

Il est probable qu'en voyant ces trois dénominations apparaître successivement dans les résultats de consultation du patient, le lecteur a imaginé qu'un lien pouvait exister entre ces trois pathologies. Cependant, connaissant la théorie de R.N.BRAUN sur les positions diagnostiques, il se sera bien gardé de formuler plus que des hypothèses avant de consulter attentivement le dossier.

Il y découvrira que chez ce malade de soixante ans qui souffrait de constipation depuis quelques semaines, un lavement baryté pratiqué devant la persistance du symptôme a montré l'existence d'une **tumeur colique occlusive** qui, après prélèvement par coloscopie s'est révélée être de nature néoplasique.

Ce dernier paragraphe, et le temps qu'il faut pour explorer le dossier, peuvent être remplacés par la suite des résultats de consultation représentés de manière tri-dimensionnelle, comme nous l'avons fait plus haut dans la colonne de droite.

En effet, le code suivi "R" placé à la suite de la dénomination "CONSTIPATION" et de la position diagnostique "A", indique que la situation diagnostique a évolué. De telle sorte qu'il est désormais possible de rattacher avec certitude le symptôme "CONSTIPATION" jusqu'ici isolé à la maladie "CANCER COLIQUE" dont le diagnostic a été établi par la biopsie (position "D").

Sur le plan épidémiologique:

Nous devrions barrer le résultat de consultation "CONSTIPATION" pour le remplacer par celui de "CANCER" puisque nous avons établi avec certitude que le premier rentrait dans le cadre du tableau de maladie du deuxième.

C'est ce que devra faire le médecin (ce que nous avons fait à la main) pour que l'épidémiologiste puisse s'y retrouver dans le dénombrement des maladies.

On évite ce travail et on facilite celui de l'épidémiologiste en utilisant le code "R" qui permet:

- de conserver dans les résultats de consultation, donc facilement accessibles même sans ordinateur, **les différents recours** pour "CONSTIPATION", ce qui pourra être exploité par la suite dans un autre travail que celui de l'étude de la morbidité.

- de rattacher tous les recours contenant le résultat de consultation "CONSTIPATION/A" à la maladie indiquée sur la ligne suivant le code suivi "R", le CANCER.

- d'établir, en collectant tous les résultats de consultation "révisés" avec le code "R", un véritable **arbre généalogique des maladies caractérisées** dont on peut retrouver l'émergence dans le passé pathologique des malades.

## LE "FACTEUR TEMPS"

Ces exemples mettent une fois de plus en avant l'importance du "facteur-temps" dans la pratique de la Médecine Générale, et de son corollaire, le code suivi.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de cet exposé, le facteur temps est une contrainte que doit connaître le médecin généraliste: qu'il s'agisse du temps imparti pour la consultation ou, surtout, du **temps qu'il faut savoir laisser passer** pour juger de l'évolution d'un état pathologique.

Cela implique que le médecin ait clairement établi sa position diagnostique et **connaisse parfaitement les "risques" que comporte cette position.**

Dans cette optique, il est certain qu'une consultation dont le résultat pourra être représenté par

CEPHALEES / A / N

et celle se terminant par le codage

CEPHALEES / A / P

n'entraînent pas les mêmes décisions. La **persistance du symptôme isolé** est un élément essentiel, sinon le plus important, à prendre en compte dans ce que R.N.BRAUN appelle le résultat de consultation, "l'appréciation décisive portant sur l'ensemble de la situation diagnostique, les réflexions sur ce qu'elle lui a indiqué et ce qu'il a décelé" ( 11 ).

## CONCLUSION

La représentation tri-dimensionnelle des problèmes de médecine générale ajoute à la rigueur de la notion de position diagnostique celle du choix d'une position dans l'évolution de l'état pathologique. Elle renforce la vigilance du médecin confronté au "facteur temps".

Le médecin généraliste dispose ainsi d'un outil de codage et de classification correspondant aux exigences et à **la logique de sa discipline**.

Quant à l'intérêt d'un tel **outil pour la santé publique**, il est lié à l'existence du logiciel **MG DATA**.

Il s'agit d'un **programme informatique entièrement dédié à la pratique spécifique de la médecine générale** qui permet au généraliste de recueillir, en temps réel et donc en présence du patient, les résultats de consultation dont il confie en permanence l'exploitation au logiciel.

Cette expérience, partagée aujourd'hui par plusieurs dizaines de médecins généralistes, montre qu'un tel outil peut permettre de rendre objectif le regard que porte le praticien sur son propre exercice.

De plus, grâce à l'utilisation du Dictionnaire de la Médecine Générale qui apporte aux généralistes une communauté de langage, les praticiens peuvent échanger et regrouper les données recueillies dans leurs cabinets.

Ces données servent d'abord à la **validation du dictionnaire**, en comparant les propositions du dictionnaire avec la réalité du terrain.

Mais on imagine aisément l'intérêt d'un tel outil pour réaliser des **études épidémiologiques prospectives et rétrospectives** dans le champ spécifique de la Médecine Générale.

**Robert SOURZAC**  
**Médecin Généraliste**

9 rue du Général Leclerc  
94220 CHARENTON

Tableau II: Application de code suivi "E":  
Liste des résultats de consultation concernés

-----  
SOCIETE FRANCAISE MEDECINE GENERALE  
-----

MG DATA :  
logiciel d'exploitation des données

Brunoy, le 19-04-1993

- 1 Docteur FERRU
- 2 Docteur HUBER
- 3 Docteur JACOT
- 4 Docteur LECOMTE
- 5 Docteur MARGERIT
- 6 Docteur MINSKY
- 7 Docteur MOREL
- 8 Docteur SALFATI
- 9 Docteur SOURZAC
- 10 Docteur VERY

Selection des séances du 01-04-1992 au 17-04-1993

42716 cas concernant 12266 patients  
ayant posé 70838 problèmes à résoudre  
au cours de 40251 séances sélectionnées  
soit une moyenne de 1.78 problèmes par séance

Etude du CODE SUIVI

	N	E	P	R
-HTA	241	84	5691	0
-LOMBALGIE NON CHARACTER	535	65	385	12
-RHINITE	231	63	190	5
-DEPRESSION	352	62	1320	15
-ASTHME	53	53	439	1
-SYNDR. COLIQUE NON CAR	102	47	533	3
-ANGOISSE	202	42	417	3
-BRONCHOPNEUMOP.CHRONIQ	15	40	295	0

-CEPHALEE NON CHARACTERI	231	39	184	3
-PLAINTTE ABDO NON CARAC	376	39	175	18
-MIGRAINE	50	38	171	1
-ARTHROPATHIE PERIARTH	619	37	592	24
-VERTIGE ETAT VERTIGINE	258	34	316	2
-CYSTITE CYSTALGIE	334	30	116	4
-EPIGASTRALGIE NON CARA	258	29	247	28
-INSOMNIE	249	28	2076	6
-PYROSIS REFLUX	88	28	195	5
-CONSTIPATION	121	27	703	0
-NEVRALGIE SCIATIQUE	150	27	151	3
-NERVOSISME	194	26	480	15
-HEMORROIDE	127	23	88	0
-HERNIE HIATALE	22	23	242	3
-ARTHROSE	106	22	783	6
-ASTHENIE FATIGUE	654	22	153	14
-CERVICALGIE NON CARACT	195	21	99	8
-ECZEMA	106	21	97	1
-EPAULE DOULOUREUSE (PS	217	21	202	4
-ALGIE NON CHARACTERISTI	430	19	197	28
-HERPES	67	18	17	0
-HYPERLIPIDEMIE	187	18	2325	0
-OBESITE SURCHARGE POND	127	18	679	0
-ERETHISME CARD.PALPIT.	43	16	143	1
-TOUX ISOLEE	406	15	203	10
-ULCERE DE JAMBE	25	15	127	0
-MYALGIE SIMPLE	386	14	105	5
-ULCERE GASTRO DUODENAL	19	14	44	1
-ACCES ET CRISE	70	13	31	3
-ANEMIE HYPOCHR.FERRIPR	55	13	118	1
-HERNIE EVENTRATION	34	13	91	3
-OEDEME MEMBRES INFERIE	115	13	207	9
-RHINOPHARYNGITE	707	12	26	5
-ARYTHMIE COMPLETE (ACF	26	10	468	0
-DIARRHEE ISOLEE	264	10	82	4
-INSUFFISANCE CORONARIE	49	10	1528	2
-DIABETE SUCRE	33	9	1127	0
-PHARYNGITE	450	9	25	3
-PRURIT GENERALISE	45	9	29	2
-REGLES (TROUBLE AUTRE)	215	9	120	15
-SINUSITE	210	9	69	9
-TROUBLE DU RYTHME AUTR	84	9	312	3
-URTICAIRE	103	9	28	2
-CANCX	66	8	798	9
-BRONCHITE AIGUE	433	7	81	11
-INSUFFISANCE CARDIAQUE	40	7	466	1
-MAL DE GORGE	150	7	16	2
-PRECORDIALGIE NON CARA	123	7	29	4
-TUMEFACTION MAMMAIRE	55	7	31	1
-VOMISSEMENT ISOLE	160	7	46	7
-ACNE VULGAIRE	68	6	111	0
-HYPOTENSION ORTHOSTATI	82	6	51	0
-PLAINTES POLYMORPHES	115	6	138	0
-SENILITE	28	6	444	10
-TROUBLE PSY NON CARACT	37	6	226	2
-ACOUPHENES	53	5	148	0
-ALCOOLISME	28	5	243	0
-BOUFFEES DE CHALEUR	36	5	82	0

-CANAL CARPIEN	20	5	29	0
-MALAISE LIPOTHYMIE	138	5	17	5
-PROSTATE (HYPERTROPHIE	47	5	309	2
-ANGINE AMYGDALITE	710	4	43	6
-DYSPNEE ISOLEE	82	4	63	7
-EPISTAXIS	47	4	1	0
-ETAT FEBRILE NON CARA	2616	4	236	41
-HUMEUR DEPRESSIVE	65	4	74	4
-LITHIASE URINAIRE	20	4	19	3
-MYCOSE MAINS PIEDS	40	4	18	1
-PRESBYACOUSIE HYPOACOU	15	4	23	0
-PSORIASIS	14	4	59	1
.EXAMEN SYSTEMATIQUE	969	4	508	0
.PROBLEME DE COUPLE	31	4	31	3
.VACCIN IMMUNISAT.DESEN	1063	4	796	0
-ARTERITE MEMBRES INF.	28	3	518	1
-CRAMPE ABDOMINALE	113	3	29	1
-ENGELURE	4	3	4	0
-ENTORSE	130	3	83	2
-ENURESIE	4	3	22	0
-INCONTINENCE URINAIRE	50	3	107	1
-NEVRALGIE NEVRITE	112	3	87	8
-OSTEOPOROSE	40	3	268	0
-OTITE MOYENNE	333	3	63	2
-PRURIT LOCALISE	86	3	29	2
-RECTORRAGIE MELENA	43	3	1	1
-SUICIDE (TENTATIVE)	8	3	2	0
-VARICE DES MEMBRES INF	114	3	1005	0
-ACCIDENT CEREBRAL	39	2	206	2
-ACROSYNDROME	32	2	32	0
-ANEMIE AUTRE	20	2	30	1
-CICATRICE PATHOLOGIQUE	13	2	19	0
-DERMATOSE NON CARACTER	413	2	122	10
-EPILEPSIE	8	2	182	4
-GOITRE	19	2	31	3
-GOUTTE	21	2	23	0
-HYPERURICEMIE	20	2	385	1
-LEUCORRHEE ISOLEE	58	2	19	3
-LUCITE ALLERGIE SOLAIR	8	2	0	0
-NAUSEE ISOLEE	65	2	22	1
-TACHYCARDIE PAROXYSTIQ	10	2	17	0
-THROMBOPHLEBITE	44	2	136	2
-TOXICOMANIE	3	2	48	0
-VULVO-VAGINITE	87	2	42	0
.PROBLEME SEXUEL	20	2	22	0
-AMENORRHEE	16	1	7	3
-APHTE	35	1	3	1
-APPETIT (PERTE ISOLEE)	21	1	5	0
-BURSITE HYGROMA	8	1	3	0
-CANDIDOSE VAGINALE	47	1	2	0
-CHALAZION	8	1	3	0
-CONJONCTIVITE NON CARA	118	1	13	1
-CRAMPE NOCTURNE MEMB I	57	1	66	0
-ECZEMA PALMOPLANT.DYSH	9	1	6	0
-ENROUEMENT	82	1	11	1
-EPICONDYLITE	42	1	23	0
-ETAT AFEBRILE NON CARA	930	1	73	15
-FISSURE ANALE	17	1	1	0

-FRACTURE	103	1	159	6
-FURONCLE ANTHRAX	49	1	12	0
-HEMATURIE	52	1	25	7
-INSUFF.RESPIR. CHRONIQ	1	1	78	0
-INTERTRIGO	35	1	9	1
-LUXATION	8	1	10	0
-MEMOIRE (PERTE DE)	52	1	144	0
-METEORISME	68	1	56	0
-MYCOSE UNGUEALE	18	1	20	0
-OEDEME AIGU DU POUMON	12	1	7	0
-ONGLE SAUF MYCOSE	56	1	36	0
-OSSALGIE ISOLEE	56	1	23	1
-OTITE EXTERNE	86	1	11	1
-PITYRIASIS VERSICOLOR	24	1	6	0
-PLAIE CUTANEE	205	1	112	1
-POLLAKIURIE ISOLEE	36	1	42	2
-PYURIE BACTERIURIE	26	1	21	0
-RHUME	488	1	13	9
-TACHYCARDIE ISOLEE	38	1	50	0
-TENOSYNOVITE	62	1	24	2
-VERRUE	64	1	26	0
-ABCES	76	0	25	0
-ADENOPATHIE ISOLEE	75	0	28	4
-ADHERENCES PREPUTIALES	3	0	3	0
-ALGODYSTROPHIE	7	0	36	0
-AMAIGRISSEMENT	75	0	35	2
-ANEVRYSME ARTERIEL	2	0	1	0
-ANOMALIE POSTURALE	26	0	26	0
-ARTERITE STENOSANTE AU	5	0	50	0
-BALANITE	19	0	1	0
-BLESSURES COMB.LEGERES	53	0	20	0
-BLESSURES COMB.SEVERES	7	0	4	0
-BRULURE	27	0	22	0
-CATARACTE	16	0	17	0
-CERUMEN	66	0	22	0
-CHEVEUX (CHUTE DIFFUSE	41	0	26	0
-CHOLECYSTITE	2	0	1	0
-COCCYDYNIE	4	0	0	0
-COLIQUE NEPHRETIQUE	8	0	5	1
-CONJONCTIVITE PAR AGRE	13	0	3	0
-CONTUSION	277	0	68	4
-CONVULSION FEBRILE	1	0	1	0
-COR DURILLON	21	0	22	0
-CORPS ETRANGER OCULAIR	12	0	0	0
-CORPS ETRANGER SOUS CU	13	0	4	0
-DENT INFECTION ODONTOG	48	0	10	0
-DERMATITE SEBORRHEIQUE	21	0	5	0
-DIARRHEE-VOMISSEMENT	329	0	15	1
-DYSMENORRHEE	11	0	12	0
-DYSPHAGIE ISOLEE	21	0	15	0
-DYSURIE ISOLEE	34	0	21	3
-ECZEMA FACE NOURRISSON	4	0	3	1
-ECZEMA PALMOPLANT.FISS	3	0	10	0
-ERYSIPELE	11	0	4	0
-ERYTHEME FESSIER NOURR	24	0	2	0
-ESCARRE	13	0	38	1
-EXANTHEME ISOLE NON CA	22	0	3	1
-FECALOME	5	0	2	0

-FIBROME	23	0	58	1
-FISTULE	2	0	45	0
-FOLLICULITE SUPERFICIE	29	0	2	0
-GALE	8	0	1	0
-GENE OCULAIRE LARMOIEM	12	0	9	0
-GINGIVITE	7	0	0	0
-GROSSESSE	119	0	310	2
-HALLUX VALGUS	18	0	19	1
-HEMATOME	77	0	17	0
-HEMORRAGIE SOUS-CONJON	5	0	2	0
-HEPATITE	24	0	43	2
-HYPERGLYCEMIE	31	0	66	2
-HYPOTHYROIDIE	19	0	250	0
-IMPETIGO	25	0	1	0
-INFARCTUS DU MYOCARDE	9	0	3	0
-INSUFFISANCE RENALE	2	0	60	0
-JAMBES LOURDES	83	0	176	3
-KYTE SEBACE	21	0	8	1
-KYTE SYNOVIAL	7	0	3	0
-LIPOME	9	0	6	1
-LITHIASE BILIAIRE	18	0	50	6
-LYMPHANGITE	7	0	4	0
-MENOPAUSE PERIMENOPAUS	83	0	606	0
-MORSURE	12	0	4	0
-MUSCLE(ELONGATION DECH	30	0	10	0
-NAEVUS	25	0	17	6
-ORCHI-EPIDIDYMITE AIGU	9	0	10	0
-ORGELET	17	0	0	1
-OTALGIE ISOLEE	13	0	2	1
-OXYUROSE	15	0	7	0
-PANARIS	26	0	2	0
-PARAGUEUSIE	1	0	0	0
-PARESTHESIES (NOCTURNE	21	0	10	0
-PARKINSON	10	0	90	1
-PHLEGMON DE L'AMYGDALE	8	0	4	0
-PIED (ANOMALIE STATIQU	41	0	35	0
-PIQURE D'INSECTE	72	0	2	0
-PITYRIASIS ROSE DE GIB	3	0	0	0
-PNEUMOPATHIE AIGUE	43	0	32	4
-PROLAPSUS GENITAL	7	0	20	0
-PYELONEPHRITE AIGUE	16	0	30	0
-REACTION SITUATION EPR	137	0	81	0
-SOUFFLE CARDIAQUE NON	13	0	55	1
-STOMATITE	51	0	8	0
-SYNDROME ABDOMINAL AIG	16	0	2	2
-SYNDROME PREMENSTRUEL	20	0	56	0
-TABAGISME	26	0	197	0
-TARSALGIE	13	0	10	1
-TENDON (RUPTURE)	1	0	4	0
-TIC	4	0	0	0
-TOURNIOLE	6	0	0	0
-TRAUMA CRANIEN ISOLE	5	0	7	0
-TREMBLEMENT	14	0	62	0
-TUMEFACTION NON CARACT	91	0	40	25
-TYMPAN SAUF OTITE	3	0	3	0
-URETHRITE	18	0	8	0
-VARICELLE	55	0	5	0
-ZONA	34	0	22	0

.CONSEIL EDUCATION HYGI	49	0	11	0
.CONTRACEPTION	109	0	773	0
.DIFFICULTE SCOLAIRE	7	0	5	0
.EXAMEN POST-NATAL	7	0	1	0
.EXAMEN PRENUPTIAL	48	0	7	0
.PROBLEME FAMILIAL	14	0	25	0
.PROBLEME PROFESSIONNEL	24	0	19	0
.PROCEDURE ADMINISTRATI	183	0	41	0
.REACTION TUBERCULINIQU	97	0	23	0
.SUITE OPERATOIRE	116	0	173	0
.SURVEIL.PATIENT A RISQ	51	0	451	0
.TRAITEMENT A RISQUE	5	0	83	0

42716 / 70838	27308	1623	40863	637
---------------	-------	------	-------	-----

N	E	P	R
---	---	---	---

en pourcentage:	38.55	2.29	57.69	0.90
-----------------	-------	------	-------	------

en réserve:

L'analyse de ce champ encore inexploré est le premier temps d'une recherche en Médecine Générale préalable à un véritable enseignement de cette activité spécifique qu'est la Médecine Générale.

-----  
Troisième partie: discussion  
-----

Introduction:

La récidence ?

Il est toujours possible de forcer la décision au moment de l'exploitation, laissant au soignant le choix du code le plus adapté à la situation

le code 0

-HTA	241	84	5691	0
-LOMBALGIE NON CHARACTER	535	65	385	12
-RHINITE	231	63	190	5
-DEPRESSION	352	62	1320	15
-ASTHME	53	53	439	1
-SYNDR. COLIQUE NON CAR	102	47	533	3
-ANGOISSE	202	42	417	3
-BRONCHOPNEUMOP. CHRONIQ	15	40	295	0
-CEPHALEE NON CHARACTERI	231	39	184	3
-PLAINTE ABDO NON CARAC	376	39	175	18
-MIGRAINE	50	38	171	1
-ARTHROPATHIE PERIARTHRO	619	37	592	24
-VERTIGE ETAT VERTIGINE	258	34	316	2
-CYSTITE CYSTALGIE	334	30	116	4
-EPIGASTRALGIE NON CARA	258	29	247	28
-INSOMNIE	249	28	2076	6
-PYROSIS REFLUX	88	28	195	5
-CONSTIPATION	121	27	703	0
-NEURALGIE SCIATIQUE	150	27	151	3
-NERVOSISME	194	26	480	15
-HEMORROIDE	127	23	88	0