

Société française de médecine générale

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

Création et validation statistique des définitions des résultats de consultation les plus souvent rencontrés en médecine générale

La Société française de médecine générale a montré l'importance du concept de résultat de consultation tant pour la pratique que l'enseignement et la recherche en médecine générale. Démonstration a été faite de la nécessité d'un langage commun entre les médecins généralistes *. C'est pour définir avec précision les termes constituant ce langage que la Société française de médecine générale a mis en place un réseau national de création et de validation statistique d'un lexique par des chercheurs généralistes.

LES MÉDECINS DÉFINISSEURS ET LES MÉDECINS VALIDANTS

Il s'agit d'un double circuit basé sur 16 médecins généralistes répartis en deux groupes :

— 4 médecins pour les « définisseurs » ;

— 12 médecins pour les « validants ».

Ces derniers travaillent parallèlement en six couples comprenant pour chacun d'entre eux un consultant et un lecteur (tableau I).

Le groupe des définisseurs (4 médecins)

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

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

— gestion administrative du circuit ;

— contacts avec les validants (direct, courrier, téléphone) pour précisions éventuelles ;

— analyse de cohérence des codages ;

— validation des définitions et si nécessaire leurs modifications jusqu'au consensus.

Les moyens du groupe des définisseurs comprennent :

— une réunion hebdomadaire pour créer les définitions ;

— une réunion hebdomadaire pour évaluer le contenu des observations ;

— les divers contacts, déplacements et séminaires périodiques pour formation, évaluation du travail des couples de validants.

Le groupe des validants (12 médecins)

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

* Voir les articles :
— « L'inadaptation de la classification internationale aux faits observés en médecine générale de ville »,

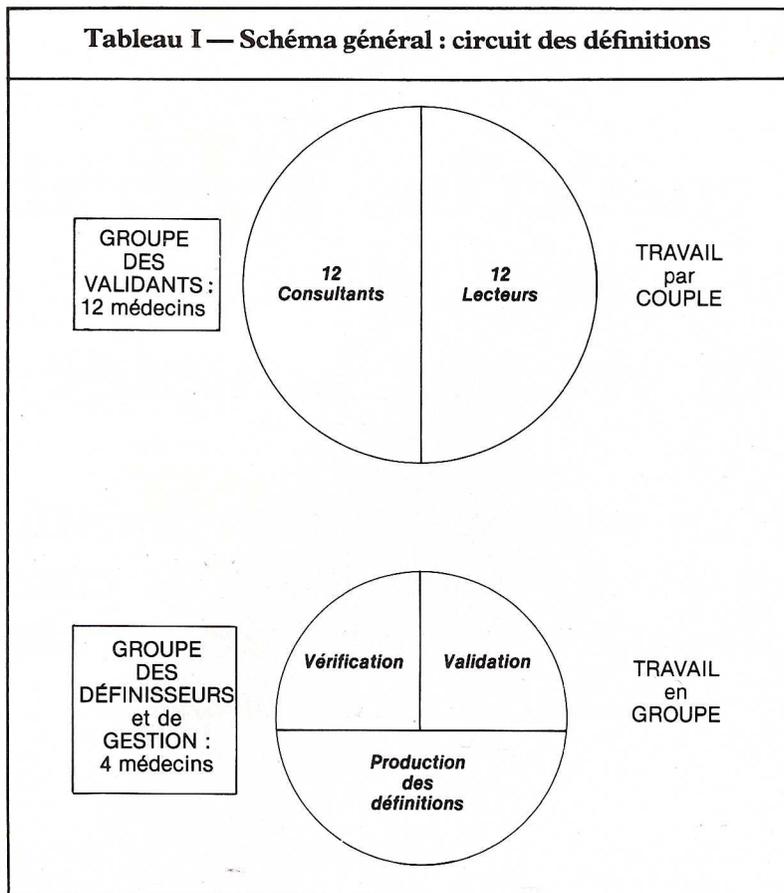
La Revue du Praticien - Médecine Générale n° 71 du 9 octobre 1989 ;

— « Le résultat de consultation selon R.N. Braun »,

La Revue du Praticien - Médecine Générale n° 72 du 16 octobre 1989 ;

— « Les médecins généralistes ne parlent pas le même langage »,

La Revue du Praticien - Médecine Générale n° 73 du 23 octobre 1989.



pratique quotidienne des cas semblant correspondre aux termes à étudier (tableau II).

LE CIRCUIT PRIMAIRE DE VALIDATION

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

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

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

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

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

Dans ce circuit primaire (voir tableau III, page 103), les médecins validants fonctionnent par couple¹ déterminé en fonction de la proximité géographique, de telle sorte qu'alternativement chacun d'entre eux soit :

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

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

Tâches des médecins validants-consultants

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

La description du cas doit être faite sur le protocole d'observation avec la plus grande précision. Chaque protocole d'observation doit comporter dans l'ordre :

- le cachet du médecin ;
- la date de l'acte ;
- l'âge, le sexe et la profession du malade ;
- les initiales du nom et du prénom ou un numéro de code seulement connu du médecin consultant lui permettant de retrouver facilement le dossier en cas d'informations complémentaires nécessaires.

L'observation doit comporter tous les éléments indispensables à la compréhension du cas :

- l'expression de la plainte ;
- l'historique succinct s'il joue un rôle ;
- mais surtout l'analyse sémiologique la plus précise et la plus fine possible en décrivant les signes positifs comme les signes négatifs.

Cette rigueur sémiologique est considérée comme fondamentale pour ce travail car elle apporte les éléments pour discuter les définitions évoquées et pour justifier le choix du résultat de consultation correspondant le mieux au cas du patient. Ensuite seront transcrites toutes les décisions : thérapeutiques, arrêt travail, divers recours et transferts, etc.

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

Tableau II — Protocoles d'observation

Cachet du médecin 04-03-89	Âge : 2 ans 6 mois Sexe : F Profession : non scolarisée	Date	Ensemble des choix envisagés par le médecin testeur ou lecteur	Choix par le médecin testeur	Choix par le médecin lecteur	Commentaires - bon codage - par défaut - par excès (motivés)
<p><i>Histoire, plaintes</i> Fièvre 39 °C hier soir, 38,5 °C ce matin. Toux itérative depuis hier soir ayant gêné le sommeil de l'enfant... et des parents. Nez « coule » un peu. Appétit normal malgré la fièvre (habituel chez cet enfant)</p> <p><i>Interrogatoire</i> A été jusqu'à l'âge d'un an très sujette aux rhinopharyngites et otites récidivantes. Se calma depuis plus de 6 mois. Rougeole chez sa sœur il y a 12 jours.</p> <p><i>Semiologie avec signes + et -</i> Non abattue malgré la fièvre, très coopérante avec le médecin ; toussé pendant l'examen, d'une toux évoquant « une toux de rougeole ». Auscultation pulmonaire normale. Pharynx un peu rouge de façon diffuse, sans jetage postérieur. Tympan normaux. Pas de signe de Koplik. Pas de trouble du transit. Abdomen souple, indolore, foie et rate non palpables.</p>			<p>1. Fièvre non caractéristique 2. Rhinopharyngite 3. Rougeole</p>	<p>I.</p>		<p><i>Bon codage</i> Fièvre non caractéristique : Fièvre aux environs de 39 °C. Toux, sans râle de bronchite, sans signe pharyngé dominant (pharynx « un peu » rouge). Jetage nasal modéré, non purulent.</p> <p><i>Codage par défaut</i> Rhinopharyngite : l'écoulement nasal est trop peu important et non purulent. Le pharynx n'est pas vraiment inflammatoire. Les tympanes sont normaux. La fièvre paraît trop élevée pour une rhino-pharyngite chez un enfant qui n'est plus un nourrisson.</p> <p><i>Codage par excès</i> Rougeole : aucun élément clinique ne permet de parler de rougeole. Seule la notion d'épidémie en cours et en particulier dans la même famille autorise à l'évoquer auprès des parents, mais non comme un « résultat de consultation ».</p>
<p><i>Prescriptions</i> Dimétane sirop enfants Josacine 250 : 4 càc Pivalone néomycine nasal/ Algotropyl bébés</p>						

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

Chaque terme sera commenté et classé :

— *bonne classification du cas*, si les éléments significatifs exposés dans l'observation sont identiques à ceux contenus dans la définition du terme ;

— *classification du cas par excès*, si les éléments significatifs exposés dans l'observation sont plus nombreux que ceux contenus dans la définition du terme ;

— *classification du cas par défaut*, s'il manque des éléments signifi-

catifs dans l'observation par rapport à ceux contenus dans la définition du terme.

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

Tâches des médecins validants-lecteurs

Le médecin validant-lecteur reçoit pour lecture et recodage chaque observation clinique du validant-consultant du couple, après la vérification par les définisseurs.

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

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

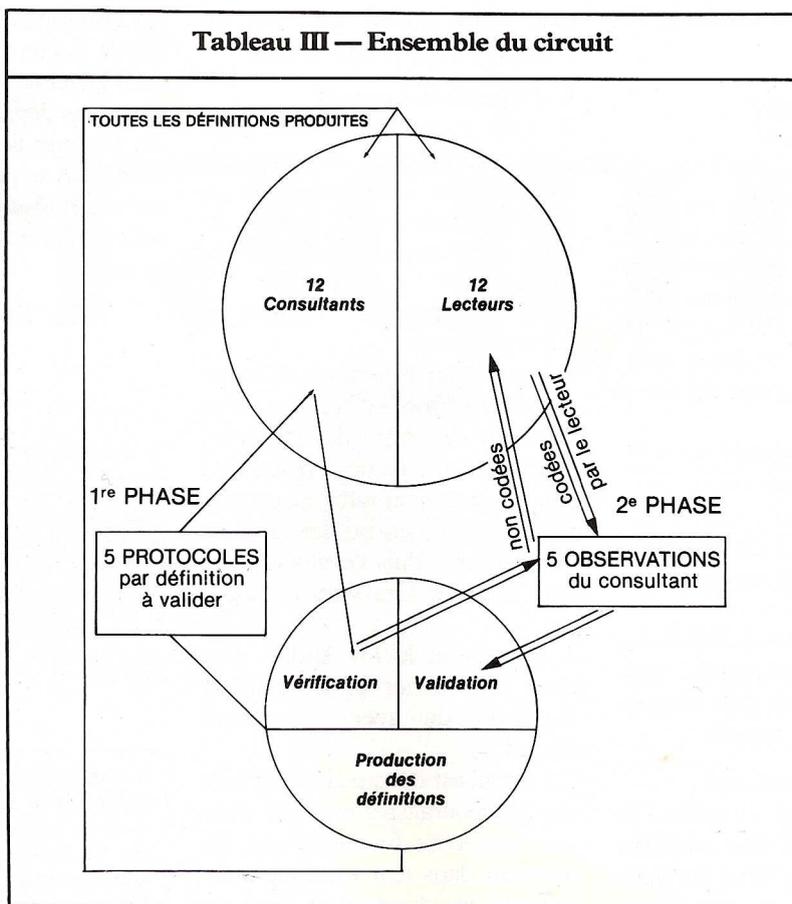
— la liste des dénominations évoquées ;

— la dénomination retenue ;

— les choix par excès et par défaut ;

— ainsi que les arguments de discussion.

Tableau III — Ensemble du circuit



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

LE CIRCUIT SECONDAIRE DE VALIDATION STATISTIQUE : « VALIDITÉ EXTERNE »

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

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

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

Après ces relectures, la validation finale pour chaque définition sera établie par un calcul statistique établi en collaboration avec M. Lelouch (laboratoires Inserm U169) permettant de déterminer la validité externe de la définition.

Par validité externe, on entend « l'aptitude d'une méthode de diagnostic à décrire ce qui existe

réellement dans une population et dans les conditions de l'enquête, par un test dont la reproductibilité, le rendement, l'exactitude et la représentativité sont satisfaisants ».²

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

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

Le coefficient kappa peut varier de -1,0 (désaccord absolu) en passant par 0,0 (accord dû au hasard) à 1,0 (accord absolu entre les diagnostics, tests ou personnes).

kappa = - 1,0	⇒	désaccord absolu
kappa = 0,0	⇒	accord dû au hasard
kappa = + 1,0	⇒	accord absolu

Exemple :

— la concordance du diagnostic d'une pyélonéphrite, sur la base d'une radiographie lue par deux médecins est de l'ordre de 68 p. 100 (kappa = 0,277 à 0,425) ;

— la concordance d'une lecture et d'un diagnostic d'électro-encéphalogramme anormal par deux médecins est de 88 p. 100 (kappa = 0,725)³ (d'après Koran, *The reliability of clinical methods, data and judgements*, N Engl J Med 1975 ; 293 : 642-6).

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

cuits primaires et secondaires décrits ci-dessus.

PRÉSENTATION DE LA GESTION DES DOSSIERS

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

- bon codage : jaune ;
- par excès : rouge ;
- par défaut : vert.

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

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

Un registre des médecins

Celui-ci donne la situation de chaque médecin à tout moment dans la recherche. Nous écrivons la date d'envoi des termes à étudier, le retour, les réclamations, les commentaires et cela pour chaque médecin. A chaque ins-

tant, nous savons où nous en sommes pour nos chercheurs.

Un registre des termes

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

Le répertoire

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

A noter que le Dr Andral gère aussi le courrier et le dialogue téléphonique avec nos chercheurs.

Ce travail est effectué par des médecins généralistes engagés dans une recherche fondamentale. Ils trouvent dans leur pratique quotidienne les données de base de cette recherche. Mais la fonction de chercheur implique une formation préalable sur des bases

déjà présentées dans ces colonnes par la Société française de médecine générale, et qui seront précisées dans des articles à paraître.

En premier lieu nous montreront comment se présentent les définitions des résultats de consultation telles qu'elles sont construites par le réseau.

R. Sourzac, G. Véry

*Société française
de médecine générale.*

1. Quere I, Rosowsky E. De l'utilisation de la CIM9 dans le cadre de notre pratique d'interne en médecine générale dans un centre hospitalier spécialisé psychiatrique, mémoire de 3^e cycle.
2. Jenicek M, Cleroux R. Épidémiologie clinique, Clinimétrie, 1985.
3. D'après Koran. The reliability of clinical methods, data and judgements, 293 : 642-6, N Engl J Med, 1975 ; cité dans Réf (2).

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 ».

La Société française de médecine générale est une société scientifique traditionnelle, analogue à toutes celles qui, en France et dans le monde, ont présidé à la naissance de toutes les autres disciplines médicales comme spécialités.

Fondée en 1973, la Société française de médecine générale est largement ouverte à tous les médecins généralistes praticiens ou étudiants en fin d'études, sans autre préalable que le désir d'augmenter leur qualification dans leur pratique médicale ou leurs activités de recherche et d'enseignement.

L'adhésion, au titre de membre associé, est libre et donne droit à la participation à toutes les activités et publications. Une titularisation, qui donne accès aux votes à l'assemblée générale et aux instances responsables, s'acquiert au vu des titres et travaux réalisés et évalués sous les auspices de la Société.

ADHÉSION À LA SFGM

- Membre associé 600 F
- 1^{re}, 2^e, 3^e année d'installation 300 F
- Étudiant 100 F

ABONNEMENT

AUX « DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MÉDECINE GÉNÉRALE »

- 100 F pour les adhérents — 300 F pour les non-adhérents

Société française de médecine générale 29, avenue du Général-Leclerc, 75014 Paris.

(Tél. : 43.20.85.93).