

UN NOUVEL OUTIL SCIENTIFIQUE POUR LA RECHERCHE ET
L'EVALUATION : UNE AVANCEE DECISIVE POUR LA MEDECINE
DU SOIN AU QUOTIDIEN.

L'INSERM, la CNAMTS, l'INDUSTRIE DU MEDICAMENT s'associent
à la SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE pour la mise au
point d'une classification permettant l'observation multicentre
de groupes homogènes de diagnostic en médecine générale (x).

Toute discipline qui aspire à un droit de cité " esqualité " à l'Université doit être scientifiquement instituée et reconnue comme telle par la Communauté Scientifique. Cela implique qu'elle s'instaure elle-même par une recherche au sens plein du terme. C'est dire qu'elle doit être menée par ses praticiens dans leur propre champ d'activité. En médecine générale, cette recherche se développe avec de grandes difficultés pour des raisons qui sont institutionnelles mais surtout épistémologiques.

Il s'agit d'un problème de fond dont la solution est une condition première.

Un pas vient d'être franchi chez nous qui place la France à un bon rang parmi les pays où cette solution est en vue.

./.

EDITORIAL

Elle passe par un contrat d'animation de réseau qui a été pour trois ans en 1988 passé entre la Société Française de Médecine Générale et les Laboratoires INSERM U 169 et U 304 sous le couvert de leur Conseil Scientifique.

A ce jour, le secteur des soins assumés par la médecine générale de ville était resté sans outil d'observation directe et de classification des pathologies sous la forme où elles sont réellement prises en charge. De gigantesques efforts d'analyse sont pourtant déployés car les connaissances sur cette zone stratégique sont très convoitées.

Mais, en l'absence de groupes diagnostiques suffisamment sélectifs, on est obligé, pour observer cette zone, de recourir au principe de la boîte noire. Ainsi, on examine en aval les prescriptions, c'est-à-dire

./.

(x) : INSERM : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE
LA RECHERCHE MEDICALE.
CNAMTS : CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIES.

le devenir de ce qui est offert en amont, à savoir les médicaments et les diverses techniques médicales. Quant à l'abord du contenu de la boîte noire, on en est réduit à des enquêtes d'opinion auprès des acteurs. Ces deux méthodes d'observation sont indirectes et, par là, limitées dans leurs pouvoirs d'analyse.

La cause de la faille, une lacune dans les outils d'observation directe, est repérée depuis plusieurs décades. Elle se trouve dans le fait que la classification internationale des maladies comporte bien les chapitres nécessaires à la médecine spécialisée et hospitalière pour constituer les groupes diagnostiques homogènes nécessaires à la recherche, alors que rien ne figure dans cette C.I.M. qui soit adéquat à la médecine générale de ville.

Dès lors, dans notre discipline, on en est réduit à parler de " pathologies floues ou de problèmes " et à pratiquer des regroupements si vastes qu'ils perdent tout intérêt pour la recherche scientifique.

Le contraste est - ici - saisissant avec les secteurs spécialisés de la médecine, où la démarche inverse a créé les conditions premières de toute démarche scientifique à savoir la capacité de classer avec exactitude les objets de l'étude.

./.

I - LA GENESE DE LA LACUNE ET SES BASES THEORIQUES.

Dans la question du " pourquoi et comment " trois éléments sont à considérer.

I - 1 - La C.I.M. sous sa forme actuelle est un outil récent. C'est en 1946 seulement que la classification antérieure des seules causes de décès est devenue une classification des causes de maladies, traumatismes et causes de décès.

I - 2 - Au cours de cette même période, la médecine académique et la recherche clinique se sont radicalement concentrées à l'hôpital dans des services de plus en plus spécialisés. En France, ce phénomène a pris un tour particulièrement clair puisque le statut universitaire proprement dit implique, en médecine, une activité hospitalière temps plein.

I - 3 - Quelques zones restreintes sont, cependant, restées actives de par le monde où cette recherche généraliste a pu avoir lieu. Il en dérive aujourd'hui une constatation fondamentale qui peut s'énoncer comme suit :
par rapport à la médecine spécialisée qui se doit de conclure sur l'existence ou l'absence d'une maladie entièrement diagnostiquée

selon les sciences médicales du moment, la médecine générale accepte d'agir raisonnablement en arrêtant sa démarche de façon délibérée :

- sur un symptôme isolé dans 25 % des cas,
- sur une association de symptômes (syndrome) dans 25 % des cas,
- sur un tableau de maladie (de bonne probabilité mais sans toutes les preuves) dans 35 % des cas,
- sur un diagnostic médical complet dans 15 % des cas (au grand maximum).

Or, cette base sémiologique de notre pratique et le mode d'agir qui en découle, ne sont nulle part étudiés, validés, généralisés, enseignés. Dès lors, chaque praticien se construit autodidactiquement ses propres critères d'inclusion et définitions sémiologiques. Alors, un même terme, censé désigner un état pathologique, ne recouvre plus des situations identiques.

Il en résulte que, même une nomenclature des situations diagnostiquées sélectionnées selon une fréquence significative en médecine générale pour en délimiter le nombre utile, ne permet aucun recueil de données qui seraient statistiquement pertinentes sur des groupes de diagnostic homogène entre

./.

praticiens différents.

Toute généralisation des phénomènes observés devient donc hasardeuse.

Il en résulte un soupçon de biais originels, hélas trop souvent justifié, dans de nombreuses recherches publiées à ce jour sur la médecine générale.

II - EN QUOI ET COMMENT LE PAYSAGE A CHANGÉ.

II - 1 - Par l'absence de possibilité de recours direct, pour le malade, à la médecine spécialisée, le Health Service britannique a réservé à la Médecine de Famille une place institutionnelle autonome où sont nés, en Grande Bretagne, un secteur académique universitaire et une recherche propres à la médecine générale. Ce modèle institutionnel et statutaire s'est ensuite ramifié dans le monde à travers les anciens dominions et les zones d'influence culturelle anglaise traditionnelle - Pays Bas, Scandinavie - gagnant enfin, par certains aspects, les U.S.A. et aujourd'hui l'Espagne et le Portugal. Dans le même temps, sont nées une Organisation Mondiale des Sociétés Académiques de Médecine Générale et de Famille (WONCA) ainsi qu'une participation active aux groupes de travail de la CEE en matière de Santé,

./.

de Recherche Médicale et de standardisation des systèmes de données en Médecine Générale. La Société Française de Médecine Générale, qui représente la France à la WONCA et dans ses divers comités, participe depuis 1978 au Comité International de Classification qui a unifié toutes les classifications à usage généraliste nées entre 1959 et 1972 en Grande Bretagne, Canada, Australie, Israël, Suède, Norvège et R.F.A. sur la base des fréquences significatives parmi les termes proposés par la CIM. On arrive ainsi à 300 termes environ. Pour les raisons de formation autodidactique évoquées plus haut, la WONCA a perçu en 1983 la nécessité de définir les termes de sa classification. Malheureusement, ce travail présente un défaut fondamental : on n'a défini que des termes existant dans la CIM, à savoir les maladies destinées à recevoir un diagnostic médical complet. Le travail a consisté à élargir les critères d'inclusion aux tableaux de maladie probable. Les 50 % de situations restant symptomatiques ou syndromiques ont été évacués sous la forme d'une liste séparée, intitulée RFE, motifs de rencontres et plaintes, qui n'ont pas reçu de

définition. Ainsi, le problème d'une standardisation de l'outil d'observation directe restait non résolu.

II - 2 - Dans le même temps, en Autriche, un praticien épidémiologiste, travaillant lui aussi sur une nomenclature de 300 termes de fréquence significative, a introduit un concept nouveau celui de résultat de consultation en médecine générale. Ce résultat peut se présenter sous les quatre formes, déjà citées, que sont le symptôme isolé, le syndrome, le tableau de maladie et la maladie proprement dite dont la relation avec un concept nosologique scientifique est établi de façon convaincante. (note)

Ces quatre formes résultent de démarches qui ont, dans leur principe, la même valeur. Elles doivent être conduites avec une rigueur sémiologique égale et aboutir à des positions opérationnelles rationnelles et justifiables. C'est par leur précision et leur rationalité que les quatre classes de résultats de consultation acquièrent leurs équivalences dans la hiérarchie des objectifs diagnostiques de la médecine générale. Dès lors, la reconnaissance de maladies entièrement diagnostiquées perd, non son importance, mais le monopole qu'elle ./.

note : R.N. Braun : " Die Gezielte Diagnostic in der Praxis " Ed. Friedrich-Karl-Schattauer, Stuttgart 1957, 195 p.

détient dans la pensée et l'action médicale et nous voyons " à l'avant-plan " paraître une immensité inexplorée qui, pour la pratique, la recherche et la doctrine, est dévolue avant tout à la discipline de la Médecine Générale praticienne (R.N. BRAUN).

L'apport de ce concept est qu'il introduit, dans la nomenclature même qui sert à coder directement nos observations, les 50 % de situations symptomatiques et syndromiques qui constituent, avec les tableaux de maladie et les maladies entièrement diagnostiquées, notre corpus sémiologique.

Médecin généraliste et chercheur, le Dr.R.N.Braun a consacré 40 années de sa vie à l'étude et à la théorisation des pratiques dans notre discipline, Il part d'une méthodologie épidémiologique rigoureuse consistant, dès le départ, à maintenir constantes les définitions sémiologiques des résultats de consultation dont il pratique des relevés en continu tout au long de sa vie professionnelle. Il en est résulté 300 publications et de nombreux ouvrages de théorie professionnelle en médecine générale dont deux disponibles en langue française. ./. .

Depuis 1984 lui aussi travaille avec ses élèves en Autriche, en Allemagne, en Suisse à l'établissement de définitions sémiologiques précises et standardisées pour les termes de sa classification. La Société Française de Médecine Générale tient grand compte de ces travaux qui présentent l'immense intérêt de s'intéresser au premier chef à ces résultats de consultation symptomatiques et syndromiques qui doivent être classés de façon identique par tous les observateurs du champ de la médecine générale si on veut y voir apparaître enfin une recherche et un enseignement dignes de ce nom.

Quant à la Société Française de Médecine Générale, son originalité tient en trois points.

Tout d'abord, elle a adhéré à la WONCA dès 1978 où elle représente la France dans toutes ses instances internationales. Elle participe, ainsi, au grand mouvement académique et universitaire animé dans le monde et à la C.E.E. par la WONCA. Nous y jouons un rôle charnière entre les travaux des anglosaxons et ceux issus des théories scientifiquement établies par R.N. Braun dont nous avons traduit et fait publier l'oeuvre princeps en France dès 1979. (note)

./.

note : R.N. Braun " Pratique critique et Enseignement de la Médecine Générale " Ed. Payot p. 508

D'un second point de vue, nous sommes attentifs à tous les efforts faits dans le monde pour constituer un modèle médical postflexnerien dont la médecine générale est, selon nous, un support naturel. Il s'agit de réintroduire dans la fonction médicale la prise en compte constante et rationnellement fondée d'éléments psychologiques et sociologiques qui, de tout temps - et depuis le serment d'Hippocrate en particulier - ont fait partie des bases de nos cultures.

Après les immenses progrès apportés par la méthode anatomoclinique qui a fait, au dixneuvième siècle, la gloire mondiale de l'école clinique française, le moment est venu de ne plus occulter complètement les problèmes liés au contexte, c'est-à-dire la norme intime du patient mais aussi celle de son entourage et l'aspect socio-économique des problèmes médicaux.

Seul le durcissement de toutes les définitions sémiologiques de nos résultats de consultation permet de définir, dans chaque cas, l'espace de liberté dont nous disposons pour nous intéresser à ce contexte tout en satisfaisant aux priorités qui peuvent exister dans les diverses situations anatomocliniques.

C'est pourquoi nous veillons, dans les définitions sémiologiques que nous produisons, à introduire les critères précis qui délimitent notre degré de liberté

./.

afin de remplir cette séquence particulière de notre fonction régulatrice qui implique la personne, son entourage et le système médical.

On comprendra, par exemple, que ce degré de liberté tend vers zéro dans un tableau d'appendicite et qu'il tend vers l'infini dans un tableau de rhinopharyngite de l'enfant, toute otite concomittente une fois écartée. Le dernier apport de notre Société est d'avoir su intéresser notre Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale et son conseil scientifique, par l'association de deux de ses laboratoires de grand prestige en constituant un réseau commun de recherche épidémiologique d'une durée de trois ans dont l'animation et la coordination sont confiés à la Société Française de Médecine Générale.

Ces travaux ont commencé fin 1988.

Il s'agit d'achever la mise au point puis d'évaluer la faisabilité et les résultats du nouvel outil de classification et d'observation directe du champ d'activité de la médecine générale de ville.

On comprend le grand intérêt pour la collectivité scientifique de disposer enfin de l'outil de recherche de base qui lui fait cruellement défaut.

On comprend aussi l'intérêt que lui portent les plus grands de nos groupes de l'Industrie du Médicament qui

./.

ont accepté d'en supporter la plus grande part du budget, qui est conséquent du fait même de l'étendue et de la durée des travaux.

Il est clair, en effet, que les tâches de la médecine quotidienne et les médicaments qui en sont le support ont souffert d'un grave préjudice pour n'avoir - à ce jour - pu disposer des outils pertinents de recueil direct des données permettant d'y pratiquer les évaluations de coûts/efficacité qui sont nécessaires pour la juste prise en compte de leur place dans l'équilibre sanitaire de la population.

C'est la raison pour laquelle le rôle des médicaments symptomatiques, syndromiques et à large spectre dans l'action curative et préventive de la médecine générale, a été déprécié au point qu'ils ont perdu une grande partie de leur prise en charge et de leur légitimité sous le couvert rhétorique de la notion de médecine de confort, concept que nous considérons comme un artefact.

Or, faut-il le rappeler, pour produire une recherche d'innovations aboutissant à des médicaments de plus en plus pointus, d'usage de plus en plus restreint, de durée de plus en plus brève, l'industrie du médicament ne peut pas se passer d'un vaste marché qui, tel celui de la médecine quotidienne, comporte une inertie suffisante pour permettre un harmonieux équilibre entre les

productions courantes et l'innovation à risque.

Il va de soi qu'une innovation majeure dans les moyens d'étude comme celui que nous construisons intéresse aussi au plus haut point tous les gestionnaires et organes de tutelle qui doivent trancher entre les priorités.

Il s'agit ici d'éviter la faute majeure d'appréciation qui ferait glisser sur les moyens médicaux lourds et coûteux la prise en charge de soins qui ne relèvent pas de leur compétence. Plus grave encore serait le saccage du réseau de prévention primaire et secondaire, occasionnel et permanent que représente une bonne médicalisation des problèmes médicaux de la vie quotidienne. Quant à l'Université, nous sommes certains qu'il s'y trouvera des responsables heureux de pouvoir enfin mettre le troisième cycle des études de médecine générale en conformité avec la loi Savary qui régit l'Université Française depuis 1984.

Il faut se souvenir que l'article 16 de cette loi définit le troisième cycle universitaire comme " Une formation à la recherche par la recherche qui comporte la réalisation individuelle ou collective de travaux scientifiques originaux. Il comprend des formations professionnelles de haut niveau intégrant en permanence les innovations scientifiques et techniques. "

./.

On voit que cette définition du troisième cycle des études universitaires ne peut pas se suffire de l'organisation actuelle de celui des études en médecine générale, à supposer même que la thèse actuelle de doctorat en médecine générale puisse être considérée comme une recherche individuelle au sens scientifique de ce mot.

Il est certain que nos U.F.R. de médecine seront plus à l'aise lorsqu'une recherche, enfin rendue statistiquement pertinente dans notre champ d'activité, pourra atteindre le haut niveau requis pour prétendre à la qualité universitaire et au consensus de la communauté scientifique. L'enseignement de notre discipline pourra alors prétendre au même degré d'achèvement que celui des autres pratiques médicales et contribuer à son tour à l'enrichissement de la pensée médicale commune à la profession.

Par là, un progrès notable pourra être apporté à la bonne gestion des dépenses de santé dans un domaine où, par l'évaluation et la régulation rationnelle, beaucoup reste à faire.

Pour finir, nous aimerions dire qu'il s'agit aussi - ici - de la place de la médecine française dans le monde. En effet, les 12/15 Mai 1987 s'est tenu à Wickenburg aux U.S.A. un colloque sur le concept biopsychosocial de la maladie, qui a réuni 45 doyens et enseignants venant

de très prestigieuses Ecoles de Médecine américaines. L'une des conclusions de ce colloque fut que, pour s'ouvrir librement à la nouvelle dimension postflexnérienne de la fonction médicale, il est nécessaire aussi de revenir à la précision sémiologique clinique des constatations médicales.

L'un de nos correspondants américains nous a fait envoyer deux exemplaires du compte-rendu de ce vaste colloque en considération du fait que les travaux de la Société Française de Médecine Générale se situent dans une mouvance d'idées qui est aujourd'hui considérée aux U.S.A. comme faisant partie des recherches et innovations les plus urgentes à l'ordre du jour.

L'auteur de ce livre est Kerr L. White M.D.

son titre " The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg " son éditeur est la " Henry J. Kaiser Family Foundation ". Menlo Park California 1988.

O.ROSOWSKY

PS.: On lira aussi avec profit deux thèses 1987 de Doctorat en Médecine, disponibles au Siège de la S.F.M.G. :

ANDRAL J. : " Une nouvelle taxinomie en Médecine Générale, un instrument défini, pertinent et performant de recueil de données observables en médecine générale. Situation en France et dans le monde. "

SOURZAC R. : " Recueil et analyse informatique de 2000 séances de Médecine Générale. Proposition pour une représentation tridimensionnelle du résultat de séance. "

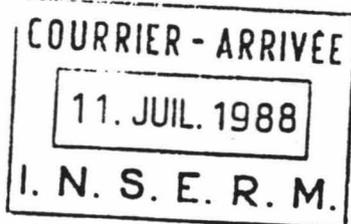
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE
ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

101, rue de Tolbiac
75654 PARIS CEDEX 13

Département des Affaires
Economiques et Financières

BUREAU DES CONTRATS DE RECHERCHE

REPUBLIQUE FRANCAISE



C O N T R A T D ' A N I M A T I O N D ' U N R E S E A U (C.A.R.)

CONTRAT N° 488018

ENTRE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
(I.N.S.E.R.M.)
représenté par Monsieur Philippe LAZAR
son Directeur Général,

d'une part,

ET LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

ci-après désigné(e) dans tout ce qui suit par le mot
"contractant",
représenté(e) par

son Président

d'autre part,

VU la demande d'aide à l'animation d'un réseau établi par
Monsieur ROSOWSKY Oskar, en qualité de Coordinateur de réseau.

VU l'avis formulé par le Conseil Scientifique

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE I : OBJET : SOUTIEN FINANCIER A L'ANIMATION D'UN RESEAU

Le présent contrat a pour objet d'apporter un soutien financier partiel à l'organisation collective du travail entre les diverses équipes constitutives du réseau, citées plus loin, cette organisation devant bénéficier du soutien financier d'au moins un organisme autre que l'I.N.S.E.R.M.

S'agissant de la recherche proprement dite, il appartient à chaque équipe de s'assurer d'un financement spécifique, celui prévu par le présent contrat ne couvrant pas les frais de la recherche, mais ceux de l'animation du réseau.

L'I.N.S.E.R.M. confie au contractant désigné ci-dessus, qui l'accepte, la coordination du réseau de recherche associant les équipes mentionnées à l'article II autour du thème suivant :

MORBIDITE EN MEDECINE GENERALE DE VILLE. ASPECTS TAXINOMIQUES, EPIDEMIOLOGIQUES ET ECONOMIQUES.

Le contractant s'engage à donner aux représentants de l'I.N.S.E.R.M, dûment mandatés, toutes facilités pour suivre sur place l'exécution des opérations.

ARTICLE II : PARTICIPANTS AU RESEAU

- Equipe A

Responsable et coordinateur du réseau :

Monsieur ROSOWSKY Oskar désigné ci-après "le coordinateur"
Société Française de Médecine Générale
Département Recherche Scientifique
29, avenue du Général Leclerc
75014 PARIS

- Equipe B :

Responsable : Monsieur LELLOUCH Joseph

- Equipe C -

Responsable : Monsieur LETOURMY Alain

TICLÉ III : DUREE

Le présent contrat est conclu pour la période du 1er juillet 1987
au 30 juin 1991.

TICLÉ IV : CONTRIBUTION FINANCIERE

Pour rendre effective l'organisation collective du travail visé
à l'article I, la contribution financière de l'I.N.S.E.R.M. est fixée à :
DEUX CENT DIX MILLE FRs HT (210.000 FRs HT)

à laquelle s'ajoute la somme de 39.060 FRs T.V.A. au taux de 18,60%
soit une somme T.T.C. de 249.060 FRs.

Ces crédits sont répartis en :

- Crédits de fonctionnement, missions et vacations : 210.000 FRs HT

- Crédit d'équipement : 0 FRs HT
pour l'acquisition de matériel dont le prix unitaire est > à 1.500 Frs HT
et < à 30.000 Frs HT

.../...

société
française
médecine
générale

MEMBRES DE L'EQUIPE S.F.M.G.

PARTICIPANT DIRECTEMENT
AU RESEAU

Drs :

- ANDRAL	Val de Marne
- BEGUIN	Seine et Marne
- DEGORNET	Essonne
- DIEHL	Côte d'Or
- FERRU	Vienne
- FLACHS	Calvados
- FOEX	Ain
- HUBER	Côte d'Or
- MINSKY KRAVETZ	Eure et Loire
- ROSOWSKY	Val de Marne
- SALFATI	Saône et Loire
- SOURZAC	Essonne
- VAN DEN BOOSCHE	Calvados
- VERY	Essonne
- VIEL	Manche
- VINCENT	Loire Atlantique

Tous les membres titulaires de la S.F.M.G. désireux d'acquérir une formation à l'usage de l'outil de classification, au fur et à mesure de sa validation par le réseau, peuvent être inclus, sur leur demande, dans un réseau parallèle de formation personnelle.

Candidatures à adresser au Département Recherche de la SFMG.