

Des Résultats de consultation... des filières de soins, et des réseaux.

Dr Pascal CLERC

Société Française de Médecine Générale

Résumé

Des Résultats de consultation... des filières de soins, et des réseaux.

Des Résultats de consultation aux filières de soins

La démarche théorique diagnostique du médecin généraliste

D'après la théorie professionnelle issue des travaux de l'école de Braun, nous pouvons considérer une démarche médicale en 3 points :

- Démarche de « diagnostique négative » ou *élimination du risque immédiat*. Médecin de premier recours, le médecin généraliste ne dispose que de quelques minutes pour éliminer les situations potentiellement à risque pour le malade.
- Démarche de « diagnostique positive » ou *Résultat de consultation*. Ce Résultat est une certitude sémiologique, même si dans 2/3 des cas le "Résultat de consultation" est un symptôme ou syndrome.
- Démarche de « Mise en veille » du médecin. Car toute situation symptomatique ou syndromique est potentiellement évolutive, même si cela ne représente que moins de 5% des cas.

En pratique

- En pratique, avec la démarche du "Résultat de consultation", la situation est confortable pour le praticien. Face à des situations cliniques dont la fréquence d'apparition en médecine générale est connue et répertoriée, il est capable d'éliminer le risque vital ou fonctionnel immédiat pour le patient (il ne s'agit pas de...), et de maîtriser au mieux les risques évolutifs (le risque évolutif de ce "Résultat de consultation" pour ce patient...).
- En pratique pour le patient la situation aussi est confortable, car son risque propre est pris en compte immédiatement (« Résultat de consultation » et dossier médical), il reste en situation active de surveillance de l'évolution de sa symptomatologie (collaboration entre le patient et le médecin). Cette situation d'attente active, est un facteur de maîtrise du risque iatrogène, du temps patient, et des coûts financiers inutiles pour le patient et la société.

Du langage commun à la santé publique

- Le "Dictionnaire des Résultats de consultation" de la SFMG, est un langage commun, conçu sur les critères de fréquence des états morbides en Médecine générale, et sur le choix de définitions exclusives les unes des autres.
- Ce langage commun, pour soi et pour tous, permet une analyse de *sa pratique*, une analyse entre *Pairs* (groupes de pairs), une analyse des *besoins sanitaires* réels locaux et régionaux.
- C'est dans ce dernier cadre que le réseau de soins prend toute sa pertinence. Il est alors vraiment un outil thérapeutique pour le patient, construit à partir de l'analyse des besoins locaux qui a le plus de chance d'être adapté et efficace dans la durée.
- Attention de ne pas passer du saucissonnage par spécialité... au saucissonnage par réseaux...

I. DES RÉSULTATS DE CONSULTATION AUX FILIÈRES DE SOINS.....	2
LA DÉMARCHE THÉORIQUE DIAGNOSTIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	2
1. Démarche « diagnostique négative »: élimination du risque immédiat	2
2. Choix d'un « Résultat de consultation »: recueil sémiologique.....	2
3. Dans 2/3 des cas le "Résultat de consultation" est un symptôme ou syndrome.....	2
4. Mise en veille du médecin: surveillance du patient.....	3
EN PRATIQUE POUR LE PRATICIEN.....	3
EN PRATIQUE POUR LE PATIENT.....	3
II. DU LANGAGE COMMUN... AUX RÉSEAUX DE SOINS.....	3
GENÈSE D'UN «DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION »	3
LANGAGE COMMUN, SANTÉ PUBLIQUE.....	4
5. <i>Le langage commun pour soi et pour tous</i>	4
LANGAGE COMMUN, SANTÉ PUBLIQUE .. ET RÉSEAUX DE SOINS.	4

Du « Résultat de consultation » aux filières et aux réseaux de soins, ou quels liens entre la démarche intellectuelle du médecin généraliste et l'organisation du système de soins ?
L'objet de cet article est de montrer la cohérence de la place du généraliste dans le système de soins, par l'analyse de sa démarche intellectuelle. C'est pourquoi je vous propose ce petit exercice qui articule « *Résultat de consultation* » & *Filière de soins*, puis « *Langage commun* » & *réseau de soins*.

I. Des Résultats de consultation aux filières de soins.

La démarche théorique diagnostique du médecin généraliste

La théorie professionnelle, formalisée par les travaux de RN BRAUN¹ et ceux de la SFMG², permettent de rendre compte de la démarche intellectuelle du médecin généraliste.

1. Démarche « diagnostique négative » : élimination du risque immédiat

Médecin de premier recours, le médecin généraliste ne dispose que de quelques minutes pour éliminer les situations potentiellement à risque pour le malade³. Devant une « douleur thoracique », chez un homme de 50 ans, il cherche à éliminer rapidement l'infarctus du myocarde, l'embolie pulmonaire, la péricardite, la pneumopathie, etc...

2. Choix d'un « Résultat de consultation » : recueil sémiologique

Ce n'est qu'à l'issue de ce travail simultané, de recueil sémiologique et d'élimination des risques évitables, que sera choisi le « résultat de consultation ». Ce Résultat, clos la partie « diagnostique » du travail médical, au cours de la séance.

3. Dans 2/3 des cas le « Résultat de consultation » est un symptôme ou syndrome

L'expérience intuitive du médecin, et les travaux épidémiologiques de terrain de l'école de Braun, montrent que, dans trois quart des cas, le médecin doit s'arrêter sur des positions diagnostiques symptomatiques ou syndromiques. C'est une position « ouverte » sur un avenir

incertain, a priori inconfortable. Cependant nos études épidémiologiques⁴ montrent que ces états cliniques sont stables. En effet, moins de 5 % évolues vers un « tableau de maladie » ou « un diagnostic certifié » au sens universitaire du terme. Par exemple un "Résultat de consultation" *syndrome abdominal* évolue rarement vers une *appendicite*. Un *état fébrile* vers une *pneumopathie*.

4. *Mise en veille du médecin*: surveillance du patient

Il n'en demeure pas moins que le médecin doit rester vigilant sur ces 5 % de cas, dont il ne connaît pas l'évolution à l'avance. Son attitude de mise en veille, de surveillance sera systématique.

En pratique pour le praticien

Avec la démarche du "Résultat de consultation", la situation clinique du praticien est confortable. En effet il est face à des situations cliniques dont la fréquence d'apparition en médecine générale est connue et répertoriée, et il est capable d'éliminer le risque vital ou fonctionnel immédiat pour le patient.

Enfin, la connaissance de l'évolution naturelle des « Résultats de Consultation » aiguës, associé aux données médicales antérieures du patient, permettent de préciser les conditions optimales de déclenchement des procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques. Par exemple, le problème *état fébrile* est résolu en une à deux séances maximum. Une troisième séance justifie le déclenchement de procédures, surtout si notre patient est un homme de 50 ans tabagique.

En pratique pour le patient

Pour le patient aussi la situation est confortable, car son risque propre est pris en compte immédiatement (« Résultat de consultation » et dossier médical), il reste en situation active de surveillance (collaboration entre le patient et le médecin), sans subir des traitements ou des techniques diagnostiques disproportionnées par rapport à son état clinique et son risque potentiel. Cette situation d'attente active, est un facteur de maîtrise du risque iatrogène, du temps patient, et des coûts financiers inutiles pour le patient et la société.

Ce sont bien les logiques médicales, déterminées en partie par leur situation de recours, qui déterminent la logique de l'organisation du système de soin en filières médicales.

II. Du langage commun... aux réseaux de soins

Genèse d'un «Dictionnaire des Résultats de consultation »

Un Dictionnaire de termes médicaux est le résultat d'un travail de groupe, qui a mobilisé pour la SFMG une centaine de médecins, et dix années de travail de la conception à la validation. Ce "Dictionnaire des Résultats de Consultation"⁵ est conçu sur les critères de fréquence des états morbides en médecine générale, et sur le choix de définitions exclusives les unes des autres. C'est ce langage commun qui permet à la SFMG de construire son réseau de recueil en continu et ses études épidémiologiques.

Langage commun, santé publique...

5. *Le langage commun pour soi et pour tous*

a) Analyse possible de *sa pratique*.

Utiliser les mêmes termes, correctement définis, c'est ce donner la possibilité de garder la même trace dans son dossier médical et de se donner les moyens d'analyser son travail dans le temps. Le dossier médical informatisé devient alors un outil dynamique, capable de fournir des informations utiles sur ma pratique et mes patients.

b) Analyse *entre Pairs* (Groupes de Pairs)

Le langage commun est un outil de partage de connaissance, que ce soit entre Pairs⁶ ou pour des travaux épidémiologiques. Ces études peuvent être conçus par les praticiens pour une meilleure connaissance de leur pratique.

c) Analyse des *besoins sanitaires* réels locaux et régionaux

Initier une étude demande du temps et de l'argent. Se donner les moyens d'un dossier médical informatisé, construit autour de données médicales standardisées et communes, facilite la procédure d'analyse des données rétrospectives. Ce type d'étude permet alors de construire les études prospectives faisables et pertinentes, pour déterminer correctement les besoins sanitaires de la population locale dont nous avons la charge.

Langage commun, santé publique... et réseaux de soins

Cette analyse de besoins peut déboucher sur la création d'un « réseau de soins »⁷. Ces réseaux sont conçus autour du patient atteint d'une pathologie lourde ou chronique (donc un « Résultat de Consultation » bien défini - 1/3 de notre pratique), ou autour d'une population particulière, ou d'un type d'activité.

Pour les médecins généralistes, le réseau est un outil thérapeutique, construit à partir de l'analyse des besoins locaux : structures existantes, nombre de patients concernés, trajectoire des patients, évaluation des résultats en terme de morbi-mortalité. Une fois déterminés les besoins sanitaires réels locaux, alors le réseau peut-être conçu avec tous les intervenants nécessaires. Il a plus de chance d'être adapté et efficient dans la durée.

Il nous faut garder à l'esprit que le réseau de soins répond en général à une problématique du patient chronique, souvent ...poly pathologique...

Alors attention de ne pas passer du saucissonnage par spécialité... au saucissonnage par réseaux...

¹ RN BRAUN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale, ed. Payot (disponible à la SFMG)

² P. CLERC. Les mots pour dire le diagnostic, Revue Autrement –Infiniment médecin, N°16, Février 96, p 130/140

³ O. ROSOWSKY. Le concept de cas selon RN Braun et son apport à la gestion du risque. ENSP, Septembre 1999, 14 rue du val d'Osne 94410 St Maurice

⁴ Annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la médecine générale, Doc Rech Med Gen, N°52 –septembre 98

⁵ Dictionnaire des Résultats de consultation, Doc Rech Mec Gen, SFMG, N°47-48, décembre 1996

⁶ C MARGERIT. Groupes de Pairs, Revue du praticien médecine générale, n°242, 24 janvier 1994, p 31/32

⁷ Dossier « Réseaux de santé et filières de soins », in ADSP, Haut Comité de Santé Publique, septembre 1998, n°24