

société
française
médecine
générale

n° 28

2^{ème} trimestre 1988

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Numéro Spécial:

PREPARATION A L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE
PAR L'ETUDE DE SA PRATIQUE

Nous adressons ces documents trimestriels à environ 800 personnes, dans le but de diffuser les recherches théoriques en médecine générale.

La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherche, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernés par notre discipline.

Faites-nous parvenir les adresses de ceux qui voudraient recevoir cette publication.

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président:

O.ROSOWSKI 2, Rue de la Pléiade, L'HAY LES ROSES (94)

Conseiller:

B.VINCENT 8, Boulevard Henry Orrion, NANTES (44)

Conseillers adjoints:

J.AKOUN-CORNET 3, Villa Quincy, VANVES (92)
B.DEGORNET 1, Square des Cevennes, YERRES (91)
A.FLACHS 37, Boulevard Leroy, CAEN (14)
J.de COULIBOEUF Rue de Normandie, EPIAIS RHUS (95)
J.FOEX 33, Grande Rue, DIVONNE LES BAINS (01)
J.B.FORNARI 5, Avenue Thiers, MENTON (06)
B.MINSKY 6, Rue de la République, LUCE (28)
G.SALFATI 3, Rue de la Grande Vertu, AUTUN (71)
G.VERY 27, Avenue des Ombrages, BRUNOY (91)

La SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE accueille, au titre de membre associé, tout médecin généraliste en exercice qui désire contribuer à ses travaux par ses propres apports et le soutien de sa cotisation annuelle.

Nous tenons à remercier les Laboratoires GERBIOL pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la réalisation de ce Document.

EDITORIAL

POUR PASSER DU RELEVÉ DES "RECOURS" A UNE EPIDEMIOLOGIE
PROPREMENT DITE DES "ETATS MORBIDES EN MEDECINE GENERALE":
UN PROCÉDE DE CODAGE SIMPLE ET EFFICACE !

L'un des aspects les plus intéressants à considérer dans l'évolution de la médecine moderne est la persistance de la Médecine Générale comme pratique dans le monde entier, voire sa résurgence en force dans un pays comme les U.S.A. où, il y a vingt ans encore, elle avait quasiment disparu.

Tout aussi intéressant est le courant mondial qui porte à remplacer une formation généraliste universitaire conçue comme un sous-produit des disciplines spécialisées et suivie d'un correctif autodidactique, par l'enseignement distinct d'un corpus issu d'une recherche propre au champ de notre discipline.

Tout se passe comme si le système médical, dans son ensemble, ne pouvait se passer d'un pôle régulateur généraliste dont ceux qui l'étudient savent déjà qu'il concerne à la fois la nature et la philosophie de la fonction médicale et le bon déroulement de ses programmes techniques, économiques et gestionnaires.

Reste la question du gouffre qui sépare les besoins en recherche dans un secteur aussi déterminant et la réalité de cette recherche dont le faible volume et la fragile pertinence détonnent.

Là aussi, on sait maintenant qu'il existe une cause qui réside au point de départ de toute recherche scientifique, à savoir dans ses outils d'observation des faits.

C'est pourquoi, les chercheurs généralistes dans le monde s'efforcent principalement, depuis plus de trente ans, à définir des systèmes de dénomination, de classification, et de codage des objets auxquels s'applique notre pratique.

Dans ce domaine, d'immenses progrès ont été accomplis qui portent sur les concepts et les termes propres à rendre compte de tous les aspects de la demande à traiter par la médecine de ville. Il s'agit de représenter les états morbides mal définis étiologiquement aussi bien que les véritables diagnostics, sachant que les généralistes de ville sont souvent confrontés à la réalité d'agir dans des situations disparates du point de vue de l'application des nosologies et d'envisager une conception ouverte de l'exercice de la médecine cohérente avec le niveau d'incertitude qui est associé à la pratique des médecins de premier recours.

Restait une difficulté qui tient à la fois à la constance et à la nature discontinue des contacts entre les patients et leur généraliste. Il en résulte dans la collecte des données, une confusion habituelle entre le recueil de la morbidité selon les recours, dont le nombre subit de grandes variations d'un cas à l'autre, et le recueil de la morbidité au sens épidémiologique du terme, c'est à dire la somme des situations morbides frappant un groupe d'individus donnés dans un temps donné. L'unité de temps du recueil est, le plus souvent, d'un ordre annuel, à savoir une fois par patient et par an pour les états permanents et une fois par épisode pour les situations discontinues et circonstancielles.

Le travail que le Docteur Robert SOURZAC a réalisé sous la direction du Docteur Gérard VERY apporte ici une solution simple, élégante, et qui présente l'immense qualité de pouvoir s'intégrer dans le recueil quotidien des états morbides rencontrés.

C'est la raison pour laquelle les Documents de Recherche consacrent à sa thèse ce numéro spécial.

Docteur Oscar ROSOWSKI

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1987

RECUEIL ET ANALYSE INFORMATIQUES DE 2000 SEANCES
DE MEDECINE GENERALE. PROPOSITION POUR UNE REPRESENTATION
TRI-DIMENSIONNELLE DU RESULTAT DE SEANCE.

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 1987

PAR

ROBERT SOURZAC

né le 14 Mai 1956 à BRIVE

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LIOZON	- Président
Monsieur le Professeur BOULESTEIX	- Juge
Monsieur le Professeur GASTINNE	- Juge
Monsieur le Professeur VANDROUX	- Juge
Monsieur le Professeur PENICAUT	- Membre invité
Monsieur le Docteur VERY, directeur de thèse	- Membre invité

En hommage au Professeur R.N.BRAUN qui, par son expérience originale, sa rigueur d'observation et d'analyse, a donné à la Médecine Générale la dimension d'une discipline scientifique et aux médecins généralistes le goût de la recherche.

Qu'il en soit remercié par ce travail.

"Les théories ne comptent pas,
c'est la pratique qui forme le bon
médecin.

La pratique ne devrait pas se
baser sur la théorie spéculative: la
théorie doit dériver de la pratique."

PARACELSE

(1493-1541)

PLAN

INTRODUCTION

I. L'état de la question, objectifs qui en résultent

1. Nécessité d'un outil de codage en Médecine Générale
2. R.N.BRAUN: médecin généraliste et chercheur
3. Objectifs
4. Définitions préalables

II. Recueil des données au cabinet du médecin généraliste: le logiciel "MG-DATA"

1. Conditions du recueil des données
2. Nature des données recueillies

III. Exploitation

1. Nomenclature et position diagnostique
2. Le code-suivi
3. La représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance
4. Explorer le "firmament"

CONCLUSION

INTRODUCTION

Prenons un cordonnier. En admettant que nous sachions tout de la matière première et des outils qu'il utilise, de l'âge, de la structure sociale de sa clientèle, de la grandeur, forme et couleur des chaussures qu'on lui apporte et qu'on vient reprendre chez lui après la réparation, nous nous rendons bien compte, que pour autant nous ne savons pas la moindre chose de son travail de cordonnier, c'est-à-dire du processus de la réparation à laquelle il se livre (3).

Cet extrait du livre de R.N.BRAUN, "Pratique, critique, et enseignement de la Médecine Générale" (1 p.14) illustre bien le flou qui enveloppe la connaissance de la pratique de la Médecine Générale.

Or, qui mieux que le médecin généraliste peut mettre en évidence ce qui fait l'originalité de sa pensée et de son action dans sa pratique quotidienne.

Cette notion est en fait la matière essentielle de l'ouvrage de R.N.Braun, auquel cette thèse doit beaucoup, principalement l'idée de départ: la Médecine Générale doit s'appuyer sur une recherche scientifique pratique menée par les médecins généralistes eux-mêmes dans le cadre de leur activité.

Cette recherche permettra de constituer un corpus de connaissances spécifiques, fondement d'un enseignement pertinent et adapté à la future pratique des "étudiants cordonniers".

Mais toute recherche dans une discipline doit d'abord reconnaître, dénombrer, classer, comparer et corrélérer les éléments qui la constituent. Des outils de recueil de données, de codage et d'exploitation de l'information sont nécessaires ainsi que des méthodes propres à la discipline étudiée.

Comme le constate le Dr Bernard VINCENT dans le numéro 27 de la Lettre de la Médecine Générale (2):

"Toute pratique médicale, pour accéder au statut de discipline scientifique, objet de recherche et d'enseignement, a utilisé d'autres disciplines scientifiquement reconnues: ainsi la physique, mère de l'ECG, a permis à la cardiologie de définir sa spécificité. Pour la Médecine Générale, la discipline scientifique qui lui permettra de parvenir à cet objectif, c'est l'épidémiologie."

Mais il s'empresse d'ajouter "qu'il importe de l'utiliser avec rigueur pour que cette liaison dangereuse, actuellement stérile, devienne un couple fécond."

La question que l'on peut se poser est en effet de savoir quel peut être le rôle de l'épidémiologie dans cette optique. Il n'est plus seulement de dénombrer les états pathologiques ("étude des épidémies") et d'en tirer des enseignements en matière de politique de santé. L'épidémiologie doit être, pour le médecin généraliste en particulier, une aide à la prise de décision et un instrument de recherche.

L'objet de cette thèse est de proposer et de soumettre à la critique de la communauté scientifique un véritable outil de recherche se voulant simple et fiable, facilitant l'étude épidémiologique du champ d'application spécifique de la Médecine Générale: LA REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DU RESULTAT DE SEANCE.

Ce travail expose les résultats de cinq mois de recueil de données en temps réel au cabinet d'un médecin généraliste, dans les conditions normales de son activité. Il porte sur plus de 2000 actes concernant plus de 1000 patients.

La collecte des informations a été réalisée grâce à un logiciel original, "MG-DATA", que j'ai écrit dans le but de commencer l'exploitation de l'énorme quantité de données recueillies pendant la consultation, jusqu'alors non étudiées. (Chapitre II)

Ce logiciel est utilisé en permanence et en "temps réel" par le Dr VERY, médecin généraliste, ce qui a permis, et permet encore, d'augmenter régulièrement le nombre de données exploitables.

C'est ainsi qu'il a été possible:

d'une part de confirmer le caractère opérationnel de la classification biaxiale des résultats de consultation développée par R.N.BRAUN (Chapitre I) et la réalité de son efficacité pour la recherche en Médecine Générale.

D'autre part, grâce à la souplesse du logiciel d'exploitation, de mettre en évidence la nécessité d'intégrer un "code-suivi" dans la représentation schématique du résultat de séance. (Chapitre III)

Cette thèse n'est en rien un exposé théorique. Tout ce que j'ai écrit dérive de la pratique quotidienne de la Médecine Générale: celle de R.N.BRAUN, celle du Dr Gérard VERY, médecin généraliste que je remplace régulièrement, et la mienne, quantitativement modeste, mais vécue avec un grand intérêt.

Chapitre I. L'ETAT DE LA QUESTION,
LES OBJECTIFS QUI EN RESULTENT

1. NECESSITE D'UN OUTIL DE CODAGE EN MEDECINE GENERALE

1.1. COMMUNIQUER UNE EXPERIENCE: LA SITUATION ACTUELLE

"La Médecine Générale ne peut se maintenir qu'en affirmant sa spécificité et en la faisant connaître. Or, cette spécificité, qui est chaque jour vécue par les malades et par les médecins, ne se manifeste nulle part ailleurs que dans cette expérience quotidienne.

Tout ce qui s'en dit théoriquement ne "passe" pas. Justement parce qu'on se réfère toujours à une expérience vécue et que cette expérience n'est claire pour personne, ni pour le malade qui en soupçonne à peine toutes les profondeurs, ni même souvent pour les médecins eux-mêmes, qui arrivent à douter de sa validité.

C'est qu'une expérience vécue ne se perçoit pas et ne se communique pas comme s'expose une expérience scientifique. Celle-ci exige une information préalable, mais ne demande aucun effort personnel, tandis que celle-là ne demande aucune connaissance, mais fait appel à la participation effective de chacun."

Le Dr Norbert BENSALD, dans l'introduction de son livre sur "la consultation" (3), pose ainsi le problème de la difficulté de transmettre une expérience vécue, comme celle que représente des années de pratique de la Médecine Générale: il n'existe pas de langage permettant de rendre compte de ce qu'observe le médecin généraliste dans le champ spécifique de son activité et c'est ainsi une source inestimable d'informations qui reste inexploitée.

Le langage "hospitalier" est actuellement le seul compris de tous les médecins, étant le seul enseigné et utilisé pendant les études médicales. Il est encore l'unique vecteur de l'enseignement post-universitaire, de la littérature médicale, de la recherche médicale.

Ce langage est-il adapté à la communication en Médecine Générale ? Il semble que non.

Une étude réalisée en 1986 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité (7) compare plusieurs enquêtes ayant pour objet l'observation de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

Voici l'essentiel de la conclusion de cette étude:

"La C.I.M. (Classification Internationale des Maladies) telle qu'elle est utilisée pose en médecine de ville le problème de la pathologie la plus fréquente où la distinction qu'elle impose entre symptôme relatif à un appareil et diagnostic paraît superflue et en tout cas difficile à établir.

En conséquence, chacun y fait ses propres aménagements, ce qui a rendu certaines comparaisons impossibles.

... quelle serait alors la bonne classification à retenir pour la médecine de ville ?"

1.2. DES SOLUTIONS

Il n'est pas question ici de recenser exclusivement les solutions existantes. L'objet de cette thèse est de proposer au médecin généraliste, un outil de codage lui permettant de mieux saisir dans leur globalité les données de sa pratique.

Cependant il est important de connaître l'état d'une question avant d'essayer d'y répondre. Pour cela, je ferai référence à la thèse récente de Jérôme ANDRAL (4) sur "une nouvelle taxinomie en Médecine Générale".

L'auteur y expose "les faits historiques et les débats suscités chez les généralistes taxinomistes autour des classifications des maladies", décrit les différentes classifications existantes et principalement la C.I.M, et présente "une analyse de la situation actuelle des instruments épidémiologiques à l'intention de la Médecine Générale en France et dans le monde"

Il indique "que selon le Professeur SOURNIA, ex-Directeur Général de la Santé, un tiers des malades en Médecine Interne quitte l'hôpital sans avoir de diagnostic précis et qu'un tiers des codages sont faux"

La C.I.M. a pour origine le recueil et la classification des pathologies constatées lors des décès.

J.ANDRAL montre qu'il est impossible d'utiliser une classification créée pour l'étude de la mortalité, lorsqu'il s'agit d'étudier la morbidité, et ceci malgré les changements intervenus au cours des différentes révisions.

De plus, il apparaît clairement dans les exemples étudiés dans sa thèse que la Médecine Générale ne peut utiliser cet instrument pour une recherche épidémiologique.

Des organisations et sociétés scientifiques de médecins généralistes dans plusieurs pays, ont élaboré différentes classifications en raison des mêmes difficultés de codage.

J.ANDRAL nous rappelle ainsi que la W.O.N.C.A. (World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners), créée en 1972, propose une classification internationale des problèmes de santé de premier recours (I.C.H.P.P.C.) comportant 500 termes en rapport étroit avec la C.I.M.

On trouve là de meilleurs moyens descriptifs, mais cette classification reste néanmoins insuffisante pour répondre à l'ensemble des problèmes liés à l'étude du relevé des données épidémiologiques des séances de Médecine Générale.

L'adaptation des classifications existantes n'est donc pas la solution au problème posé par l'étude du champ spécifique de la Médecine Générale.

C'est en approfondissant cette dernière notion à partir de l'observation de sa propre pratique qu'un médecin autrichien, Robert N.BRAUN, a défini le concept de résultat de consultation.

2. R.N.BRAUN: MEDECIN GENERALISTE ET CHERCHEUR

2.1. LES EXIGENCES DE LA PROFESSION

Depuis le début de son activité de médecin généraliste à Vienne puis en milieu rural, R.N.BRAUN a recueilli un grand nombre de données concernant sa pratique quotidienne.

Etudiant ainsi méthodiquement la Médecine Générale praticienne, il a découvert différents facteurs contribuant à la définir, qu'il expose dans un ouvrage d'une importance capitale, "Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale" (1):

"La connaissance exacte du cadre de ces limitations permet de rechercher jusqu'où vont les possibilités existant pour une activité professionnelle donnée. J'appellerai cette orientation scientifique: recherche théorico-professionnelle. Elle pourrait bien être d'un intérêt capital pour définir le principe de toutes les professions académiques, tout particulièrement en ce qui concerne leur rapport avec la science traditionnelle et la formation universitaire" (lp.14)

C'est donc en se fondant sur sa pratique que R.N.BRAUN a construit une méthode qu'il présente comme "une hypothèse élaborée à partir de faits empiriques sur lesquels elle a été expérimentée". Cette méthode doit permettre de prendre en compte tous les éléments qui interfèrent dans une séance de Médecine Générale et particulièrement au moment de sa conclusion.

Selon la pratique de R.N.BRAUN, ces facteurs constitutifs qu'il développe dans la première partie de son ouvrage, sont le "trouble de l'état de santé", le médecin lui-même, le temps, la société, l'argent.

Par ailleurs, doivent être prises en compte les notions de "choses urgentes et non urgentes", "caractéristiques et non caractéristiques", difficiles à apprécier, et qui peuvent modifier l'attitude du médecin.

L'opinion du patient et la façon dont il présente sa plainte entraîneront aussi des différences dans l'appréciation du motif de consultation.

Ainsi, confronté à tous ces éléments, le médecin se trouve dans l'impossibilité d'appliquer au cas moyen de Médecine Générale les méthodes de travail acquises pendant sa formation universitaire. Il ne peut pas "établir une anamnèse somatique globale, procéder à une investigation psychologique approfondie, interroger le malade en détail sur sa situation socio-médicale, l'examiner de la tête aux pieds, faire procéder aux examens de laboratoire, radiographiques, électrographiques et autres, faire appel à l'avis de ses confrères spécialisés".

Sa manière de penser et d'agir devra subir des modifications décisives. "Il doit, en somme, répondre aux exigences de sa profession." (lp.177)

Le remplaçant d'un médecin généraliste connaît la difficulté que représente la "simple nécessité" de répondre aux exigences de sa future profession.

Pour lui, du fait de sa formation, le diagnostic exact est le premier devoir du médecin, préalable sans lequel il ne peut traiter le malade sans le mettre en danger. Il ne sait poser ses questions qu'en fonction des réponses dont il dispose. Il lui faut pourtant répondre à toutes les questions qui lui sont posées, non seulement par le malade, mais en fonction de toutes les contraintes de la pratique.

R.N.BRAUN montre qu'en effet dans la pratique de la Médecine Générale, "il ne s'agit pas de savoir comment désigner au départ des cas pour lesquels on découvrirait après une maladie déterminée".

Après avoir mis en évidence cet "a priori problématique de l'enseignement clinique académique", il affirme qu'au premier abord "il importe bien plutôt, devant un tableau sémiologique donné, d'affecter le bilan de l'examen d'une étiquette qui réserve une ouverture optimale sur l'ensemble des perspectives" (lp.17).

2.2. LES RESULTATS DE CONSULTATION

Cette position implique que la Médecine Générale scientifique "doit refuser la suggestion de continuer à établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude" (lp.17) et réserver le concept de diagnostic aux résultats de consultation dont la relation avec un concept nosologique scientifique est établie de façon convaincante (lchap.9).

Cependant, on ne saurait mettre à l'écart de la Médecine Générale la grande masse de tous les résultats de consultation sous le prétexte qu'ils ne correspondent pas à un diagnostic exact. En tant que résultats de démarches ayant, dans leur principe, la même valeur, ils doivent nous intéresser au même titre que la constatation des maladies exactes. (lp.95)

R.N.BRAUN classe ces résultats de consultation selon quatre positions que le Dr O.ROSOWSKI illustre dans sa préface (lp.8):

La classe des "diagnostics médicaux complets" (ex.: une pneumonie caractérisée par ses signes cliniques, radiologiques, et la présence du pneumocoque dans l'expectoration);

La classe des "tableaux d'une maladie" (ex.: une rougeole caractérisée par certains éléments dominants: l'éruption, la fièvre, la toux, la rougeur des conjonctives, mais à qui manque la confirmation virologique);

La classe des "groupes de symptômes ou syndromes" (ex.: une toux avec fièvre et rhinite sans autres éléments notables);

La classe des "signes cardinaux" (ex.: un état fébrile sans autres constatations)

Insistons sur le fait que ces quatre positions ne sont en rien quatre "niveaux de diagnostic". Les situations finales dans lesquelles le médecin généraliste n'a pu établir un diagnostic exact ne sont nullement inférieures à celles où le diagnostic complet peut être posé. Il faut accorder aux quatre classes de résultats de consultation définies ci-dessus des places équivalentes dans la Médecine Générale.

R.N.BRAUN arrive ainsi à la constatation suivante (1p.100):

"En juxtaposant états diagnostiqués et états non diagnostiqués sans établir de hiérarchie, tels qu'ils se côtoient dans la réalité, nous trouvons une image changée de la Médecine: la reconnaissance des maladies perd considérablement de son importance. Et, à la place, 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."

C'est à l'étude de ce champ spécifique de la Médecine Générale que nous avons décidé de consacrer ce travail, en essayant de ne jamais perdre de vue les principes qui viennent d'être énoncés.

3. OBJECTIFS

Un tel sujet d'étude est cependant trop vaste et il faut définir les objectifs poursuivis au départ de ce travail.

3.1. OBJECTIFS DE DEPART

Pour cela il est important de parler, avant de le décrire plus en détail dans le chapitre suivant, de l'outil que nous avons décidé d'utiliser: l'informatique.

En effet, sans son aide précieuse, nous aurions certainement dû limiter notre étude à un petit nombre de critères concernant un petit nombre de cas. Le programme "MG-DATA" nous a permis de faire un recueil de données assez large, allant plus loin que ce dont nous avions besoin pour atteindre notre premier objectif: étudier en continu tous les résultats des consultations et des visites d'un médecin généraliste pendant plusieurs mois.

Ayant conscience que des questions allaient inmanquablement se poser à la suite de l'analyse de ces résultats, nous avons élargi le recueil à toutes les données qui nous semblaient a priori jouer un rôle dans leur élaboration. Il s'agit de toutes ces contraintes que R.N.BRAUN décrit dans son ouvrage, ou plutôt de certaines d'entre elles, car pour des questions pratiques de temps et de difficultés liées à la saisie en temps réel des informations, nous avons dû limiter le nombre de ces dernières, comme nous le verrons plus loin.

Notre but premier était donc, tel qu'il apparaît dans la première partie du titre de cette thèse, "le recueil et l'analyse informatiques d'un grand nombre de résultats de séance en Médecine Générale"

Ce travail, déjà réalisé par R.N.BRAUN sur 8146 résultats de consultation relevés en cinq ans, lui a permis d'établir une liste de distribution des cas par fréquence.

La juxtaposition des dénominations choisies pour ces résultats de consultation d'une part, et de la position diagnostique dans laquelle se trouve le médecin à la fin de la consultation d'autre part, ont permis à R.N.BRAUN de classer les résultats de consultation selon "une systématique bi-dimensionnelle" ou classification biaxiale (1p.215).

Nous avons pris cette classification comme base de travail, en essayant de faire correspondre avec une dénomination de cette liste, chaque résultat de consultation auquel nous aboutissions .

Ce n'est qu'en cours de route, après analyse des 1500 premières consultations, que nous est apparu la nécessité de réviser nos objectifs.

3.2. NOUVEAUX OBJECTIFS: LE CODE-SUIVI

Sans oublier le but initial de notre travail, l'analyse au cours de ce bref recueil de données nous a conduit naturellement à considérer l'importance de l'évolution des pathologies et à nous poser la question d'une codification simple et d'application courante, pour bien situer les diverses étapes de cette évolution.

En effet, le médecin généraliste est en situation privilégiée pour une observation continue du malade dans son milieu habituel et de sa pathologie aux divers stades, et particulièrement avant l'émergence de la maladie caractérisée.

Mais toute observation concernant cet aspect de notre pratique n'a de valeur que dans la mesure où il est possible de l'explicitier clairement, de la comparer à des observations venant d'autres médecins, de lui faire subir "l'épreuve des grands nombres", de l'exploiter en collaboration avec d'autres disciplines comme l'épidémiologie.

Il faut donc que soit clairement défini un outil de codage répondant à ces exigences.

Partant de la classification biaxiale de R.N.BRAUN et utilisant un code-suivi, nous avons mis au point et expérimenté une "représentation tri-dimensionnelle des résultats de consultation", deuxième partie du titre de cette thèse, dont nous précisons la définition et les applications dans le troisième chapitre.

Notre objectif final est donc de démontrer, à l'aide de très nombreux exemples de résultats de séance recueillis pendant les quatre derniers mois, la validité de cette représentation comme outil épidémiologique particulièrement adapté à la Médecine Générale.

Nous pensons également qu'elle peut être un moyen d'éclairer la décision du médecin, voire de la faciliter, comme de nombreux cas nous l'ont montré.

4. DEFINITIONS PREALABLES

Dans la thèse qu'il a écrite sous la direction de R.N.BRAUN (10), Adolf SONNLEITNER donne la définition du "résultat de consultation" et du "recours au médecin". Il est important de savoir exactement ce que recouvrent ces expressions et celle de résultat de séance que nous serons amenés à utiliser dans la suite de notre exposé.

4.1. BERATUNGERGEBNIS = "Résultat de consultation"

" (synonyme: "cas")
 "
 " La notion de résultat de consultation sert en
 " théorie professionnelle à la caractérisation des
 " situations diagnostiques terminales en Médecine
 " Générale. Elle assume aussi la fonction pourvue
 " actuellement par ce qu'il est convenu d'appeler
 " "diagnostic". En même temps, elle inclut logiquement
 " tous les cas, qu'ils aient pu ou non conduire à
 " l'établissement d'un "diagnostic" proprement dit (par
 " exemple la céphalée non caractéristique, la fièvre
 " atypique avec catarrhe des voies respiratoires, le
 " tableau d'une otite moyenne, aussi bien que du bouchon de
 " cerumen).

Le résultat de consultation tel qu'il est ainsi défini est donc constitué, selon la classification biaxiale de R.N.BRAUN, d'une dénomination et de la position dans le processus diagnostique où se situe ce résultat.

4.2. LE CONCEPT DE "RESULTAT DE SEANCE" recouvre, plus largement, "l'appréciation finale décisive portant sur l'ensemble de la situation" (1p.215). Cet ensemble inclut le résultat de consultation selon la classification biaxiale de R.N.BRAUN, mais aussi les conclusions du médecin concernant le suivi, le pronostic, les prescriptions, etc., en un mot tout ce qui résulte de la séance.

Bien que dans notre langue les mots "séance" et "consultation" n'aient pas exactement la même signification, il était important, avant de poursuivre cet exposé, de définir et de distinguer deux termes que le Français rapproche jusqu'à les confondre: résultat de consultation est une chose, résultat de séance en est une autre.

La définition suivante, donnée par A.SONNLEITNER, va nous permettre de préciser encore mieux ces notions.

4.3. INANSPRUCHNAHME = "Recours au médecin"

" (mise à contribution du médecin)
 "
 " On entend par ce terme, en théorie professionnelle,
 " tout contact d'un patient avec le praticien dans le cadre
 " de l'activité médicale de celui-ci. Cette notion se
 " trouve, par là, très distinctement délimitée par rapport
 " à celle de résultat de consultation. En Médecine
 " Générale, il y a une majorité de cas suscitant plusieurs
 " recours. Dans une minorité appréciable de cas (estimée à
 " 15-20%), on en reste à une seule consultation. Ce n'est
 " que dans ces circonstances précises que le nombre des cas
 " et des recours au médecin sont identiques.

Le mot "INANSPRUCHNAHME" traduit par "recours" est un de ces innombrables mots composés qui font de l'Allemand une langue tellement vivante.

Littéralement, il pourrait être traduit par "prise en considération" (NAHME) d'une "revendication", d'une "demande" (ANSPRUCH). La particule verbale "AN-" donne l'idée du rapprochement entre deux personnes, et ramène à la notion de séance.

Chaque "recours" se terminera donc par un "résultat de séance", alors qu'un "résultat de consultation" (un cas), peut susciter plusieurs recours comme l'indique clairement A.SONNLEITNER dans sa thèse.

Une définition aussi précise du résultat de consultation et du recours, et l'indication tout aussi claire du rapport existant entre eux, nous sera précieuse lors du dénombrement des pathologies que nous avons rencontrées et de la comparaison avec les observations faites par R.N. BRAUN (Cf.1.2.).

Nous verrons également que la représentation tridimensionnelle du résultat de séance que nous proposons, nous permettra d'évaluer avec précision le rapport chiffré, estimé ci-dessus par A.Sonnleitner, entre les résultats de consultation et les recours au médecin.

Chapitre II. RECUEIL DES DONNEES AU CABINET DU MEDECIN
GENERALISTE: LE LOGICIEL "MG-DATA"

1. CONDITIONS DU RECUEIL DES DONNEES

1.1. LE CABINET MEDICAL ET SON ENVIRONNEMENT

1.1.1. Le cabinet est situé à BRUNOY, dans l'ESSONNE, à 25 Km de Paris.

Le tableau suivant montre la composition des professions de santé à Brunoy.

BRUNOY (24600 habitants)

Médecins généralistes	24	
spécialistes	24	
dont:	1	allergologue
	3	cardiologues
	1	dermatologue
	5	gynécologues
	3	ophtalmologistes
	3	O.R.L.
	3	pédiatres
	3	radiologues
	1	rhumatologues
	1	Psychiatre
Laboratoire d'analyses	1	
Chirurgiens-dentistes	14	
Infirmiers, infirmières	12	
Masseurs-kinésithérapeutes	11	
Orthodontistes	3	
Orthophonistes	6	
Orthoptiste	1	
Pédicures-podologues	3	
Pharmacies	9	
Cliniques médicales	3	
Maisons de retraites	4	

Les statistiques présentées ci-dessous (12) permettent de comparer la "population médicale" de Brunoy à celle de l'ESSONNE et de la FRANCE (au 1er Janvier 1987), et de rapporter ces chiffres à ceux de la population générale.

	Brunoy		Essonne		France	
Généralistes	24	50 %	848	56 %	53559	57 %
Spécialistes	24	50 %	665	44 %	40426	43 %
Total médecins	48		1513		93985	
Population (en milliers)	24.6		1034		55308	
Habitants/med.	512		683		588	
Habitants/M.G.	1025		1219		1032	

1.1.2. Le Dr Gérard VERY a repris en 1958 la "clientèle" d'un médecin ayant exercé 40 ans dans la même ville. Il a été associé avec ce confrère pendant cinq ans, puis avec un deuxième depuis 1973.

Depuis 1958, le Dr VERY a eu un exercice pleinement omni-praticien, typique de cette époque:

- Médecine Générale avec prise en charge des urgences jusqu'à la création d'un service de garde en 1975, accouchements (y compris à domicile) jusqu'en 1979; responsable, en Médecine de Prévention d'une consultation de P.M.I., d'un centre de placement nourricier des Allocations Familiales, de Médecine Scolaire.

- Fondateur et animateur de la formation continue locale en 1974.

- Responsable d'une clinique médicale (surveillance des malades hospitalisés)

Par ailleurs:

- Il est membre de la Société Française de Médecine Générale depuis sa fondation, en 1973.
- Enseignant la Médecine Générale à l'U.E.R. de BOBIGNY PARIS XIII, il a participé à cette expérience pédagogique (11) depuis son lancement en 1973.
- Et a suivi un "groupe BALINT" avec le Dr SAPIR de 1975 à 1980.

1.2. LA POPULATION ETUDIEE, LA POPULATION DE REFERENCE

Les tableaux 3, 4 et 5, donnés en annexe, résumant et comparant les informations concernant:

- La population étudiée: celle des 1041 patients contactés au cours de la période de référence, du 24 Mai au 15 Octobre 1987. Il est difficile d'extrapoler ces résultats pour évaluer l'importance de "la clientèle" du médecin (terme flou qui recouvre une population changeante), en raison de la brièveté de la durée d'étude.

La pyramide des âges montre que toutes les tranches d'âge sont représentées de façon assez homogène.

Quant à l'ancienneté de la clientèle, on constate que sa moyenne se situe entre 12 ans et 13 ans.

- et la population de Brunoy, où vivent la plupart des personnes concernées.

Les différences, entre les deux populations, des proportions d'individus dans les différentes tranches d'âge tiennent en particulier à la plus grande morbidité observée habituellement au delà de 60 ans.

1.3. RECUEIL EN TEMPS REEL ET EN CONTINU

Cette contrainte que nous nous étions imposée, signifie que l'ordinateur fonctionnait en permanence du début à la fin de la consultation, tous les jours de consultation.

Le logiciel "MG-DATA" devait être rapidement adapté en cas de difficulté apparaissant pendant son utilisation. Ces modifications étaient donc faites "au jour le jour", et ont permis de rendre le programme très facile à utiliser et d'exécution rapide, qualités importantes pour un fonctionnement en temps réel en présence du malade.

Pratiquement aucune réaction négative envers l'ordinateur n'a été enregistrée, à tel point que la question concernant ce point a rapidement été supprimée.

Parfois le patient manifestait son intérêt pour cette nouveauté, interrogeant le médecin sur son utilité, voulant savoir s'il "serait mieux soigné qu'avant".

Le plus souvent, l'ordinateur était manifestement perçu comme un simple outil et le malade n'y faisait pas allusion.

Cette attitude générale s'est un peu modifiée lorsque les ordonnances ont été imprimées par la machine. Il fallut quelques fois, rarement, expliquer au patient que l'imprimante ne remplaçait que le stylo du médecin qui restait entièrement libre de ses prescriptions !

1.4. LE PROBLEME DES VISITES

Ne disposant pas d'un système portable (mais est-ce bien réalisable ?), le médecin devait "rentrer" les visites à son retour au cabinet. Celles-ci représentent 28 % du total des actes pratiqués pendant la période de référence.

Le choix de la période d'été pour débiter le recueil informatique, a facilité l'adaptation des habitudes du médecin à ce surcroît de travail.

La motivation représentée par les perspectives d'exploitation d'un fichier de patients qui gardait une grande partie de ses secrets empilés sur les étagères de son bureau, a également aidé le médecin à suivre le rythme imposé par le système informatique.

L'utilisation de la représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance est, de ce point de vue, un progrès important, dans la mesure où elle permet de saisir très peu de "texte libre". Le résultat de séance, ainsi représenté, reflète les éléments essentiels de la visite ou de la consultation.

1.5. MEDECIN REMPLACE ET REMPLACANT

Je remplace régulièrement le Dr.Gérard VERY depuis deux ans, et j'ai eu l'occasion d'utiliser le programme dans les conditions réelles de deux manières: lors d'un remplacement de quinze jours, et toutes les semaines le vendredi, ce qui représente 9 % du total des actes recueillis.

C'est surtout lors de la période de deux semaines que j'ai pu me rendre compte de la difficulté de mener une consultation tout en évoluant dans un programme, aussi "convivial" soit-il.

Cependant, indépendamment de l'outil informatique, ce recueil continu et en temps réel est essentiel car il permet dans une certaine mesure la validation de la méthode. Il est en effet très intéressant de coder un résultat juste avant la prise de décision.

Formuler un résultat de séance est toujours une démarche intellectuelle très rigoureuse en raison de l'obligation d'une synthèse des données. Mais l'écrire nécessite la matérialisation d'un raisonnement, ce qui est beaucoup plus exigeant. Le processus de la décision est alors parfaitement clair ce qui est satisfaisant pour le médecin et tout le bénéfice en revient finalement au patient.

Les quelques mots ainsi notés traduisent vraiment l'ensemble des éléments retenus au moment précis de la conclusion de la séance, dans les conditions réelles de cet instant. On se rapproche ainsi du fondement du concept de résultat de séance, c'est à dire la résultante de l'ensemble des contraintes et des observations à prendre en compte dans le choix d'une démarche.

C'est un bon exercice pour un étudiant effectuant un stage au cabinet du médecin généraliste: découverte d'un langage, des notions de résultat de séance et de résultat de consultation, des contraintes de la pratique médicale quotidienne.

Bientôt peut-être suivra-t-il au préalable une formation spécifique le préparant au stage obligatoire, expérience indispensable pour le futur médecin généraliste.

2. NATURE DES DONNEES RECUEILLIES

Le logiciel "MG-DATA", que j'ai conçu à partir d'une expérience que je décrirai plus loin (Cf. 2.1.) et de l'observation de ma pratique de remplaçant de Médecine Générale, se veut le plus proche possible de cette pratique.

Il est composé de trois modules reliés entre eux, ayant chacun une fonction précise:

- le traitement du dossier et des prescriptions médicamenteuses,
- l'exploitation des données,
- la gestion du cabinet médical.

Seule la première fonction sera développée ici, les résultats de la deuxième faisant l'objet du chapitre III.

Les données recueillies s'organisent en quatre "pages", auxquelles le médecin a accès à tout moment de la séance et après la fin de celle-ci lorsqu'une précision, une modification, un examen complémentaire justifient ce retour en arrière.

Cette "ouverture" du dossier dans le temps nous est apparue indispensable. Elle ne revient pas sur la notion de simultanéité de l'information et de sa transcription. Elle permet de mettre les données à leur place, comme on le ferait avec un "dossier papier". (Certains logiciels "ferment" la consultation définitivement après chaque malade. Ainsi, un résultat radiologique, une glycémie, ou même l'oubli d'un élément important nécessitent l'ouverture d'une "nouvelle consultation")

2.1. SOURCES

Le canevas de base est celui qui avait servi de support à la saisie de données effectuée par les participants au "séminaire de préparation à l'enseignement et à la recherche en Médecine Générale" organisé en MAI 1982 à BRAVONE par la Société Française de Médecine Générale (8).

Le médecin généraliste devait, pour préparer le séminaire, analyser le contenu de 100 de ses consultations ou visites, qu'il devait transcrire sur une grille. Cette analyse avait pour but d'aider les participants à décrire ce qu'ils faisaient réellement, "avec le maximum de rigueur et d'indépendance dans la formulation", et de servir de base aux séquences pédagogiques du séminaire.

Le logiciel "MG-DATA" reprend donc en partie les critères choisis pour ce séminaire. Cependant, il est basé sur la notion de résultat de séance dont la saisie arrive en dernier lieu, et qui est l'objectif principal du recueil. Nous allons commenter rapidement le contenu des quatre pages de données dont la reproduction est assez parlante en elle-même.

2.2. PAGE 1 : IDENTIFICATION

```

Nom..... XYZ.....
Prénom..... abc.....
né le JJ.MM.AA..... 14.05.58      31 ans
sexe M/F..... M

seul=1 couple=2 fam=3 2
                    coll=4
actif 1/0..... 1
profession..... EMPLOYE PTT....

connu depuis..... 81
atcd..... APPENDICECTOMIE 76.....
          LOMBALGIES CHRONIQUES.....
          .....

Tabac..... N

attention !..... ASPIRINE.....

```

On y trouve:

- L'identité du malade: nom, prénom, sexe, date de naissance (l'âge est calculé et inscrit par le programme).

- Son mode de vie: seul (célibataire, divorcé, veuf), en couple, en famille, en collectivité.

- Sa profession indiquée en clair, ce qui a rendu inexploitable cette rubrique. Nous notons maintenant la catégorie professionnelle choisie dans une liste.

- L'ancienneté de la connaissance du patient par le médecin. Il s'agit d'une donnée recueillie dans un but de corrélation avec les autres éléments, essentielle dans la détermination du résultat de séance.

Le programme, pourtant conçu par le remplaçant, n'avait pas prévu le cas du remplacement !

Cette notion d'ancienneté n'est donc pas toujours reliée au médecin impliqué dans la consultation: c'est dans tous les cas l'année du premier contact avec le Dr.VERY qui est indiquée.

- Trois lignes pour la saisie des antécédents. Lors de l'inclusion d'un patient, cela permettait de faire le point sur son passé pathologique.

- Tabagisme: la présence de cette rubrique en première page est liée à la sensibilisation de l'auteur vis à vis de ce problème. Elle rappelle l'importance du tabagisme dans la morbidité et avait pour but de l'évaluer, ce qui n'a pas encore été fait.

Cependant elle se révèle difficile à noter en raison de l'absence de la notion d'importance de la toxicomanie (réponse OUI ou NON), et serait mieux placée en page 2.

- La dernière ligne permet de noter toute information capitale à prendre en compte dans la suite de la consultation. Son contenu apparaîtra en clignotant en bas de la quatrième page (décision).

2.3. PAGE 2 : PREVENTION

Mis à jour le 15/10/87 XYZ abc 31 ans
 DTCP.....
 Rougeole.....
 Oreillons.....
 Rubéole.....
 TETANOS.....
 BCG/IDR.....
 Cardio.....
 Biolo.....
 Frottis.....
 autres.....
 GROSSESSE 1/0.....

Son but était d'aider le médecin dans cette partie importante de son activité que représentent les actes de prévention dont la définition recouvre plus que les 5% des consultations de notre échantillon (il s'agit de celles qui ont pour seul résultat un acte de prévention).

Le passage obligatoire par cette page à l'ouverture d'un nouveau dossier et lors de chaque séance était destiné à poser au malade les questions concernant ces différentes rubriques, questions souvent oubliées dans la consultation. En fait, nous nous en sommes assez peu servi, car elle était probablement mal placée, venant s'imposer au début de la consultation, quand il est plus naturel de demander d'abord au patient le motif de sa venue.

Cette page "prévention" serait mieux située juste après la prescription, avant la fin de la consultation: après avoir répondu au problème actuel du patient, le médecin ferait le point sur les vaccinations et autres examens de prévention. La souplesse du logiciel permettait ce retour en arrière qui n'a pourtant pas été souvent fait.

2.4. PAGE 3 : OBSERVATION

le 15/10/87 Ca 4/4 XYZ abc 31 ans
 Pb nouveau 1/0.....
 Plainte/mal.connue...
 Surveil.mal.connue...
 Examen syst.....
 Acte prévention.....
 administratif...
 Pb décrits.....

 Pb découverts.....

 Communication:1/2/3..
 Autres élémnts:.....

 Suivi: 0/+1/=2/-3....

Sont rappelés les nom, prénom, et âge calculé du malade, la date de la séance (rappelons qu'on peut modifier le contenu des consultations antérieures).

- Les six premières lignes ne devaient pas refléter le motif du recours, comme c'était le cas à l'occasion du séminaire de BRAVONE, mais permettre de situer le recours dans l'évolution du malade et/ou de sa maladie, ce que l'on appelle le "suivi" (Cf annexe 2: "suivre", "suivi").

Cette notion est devenue le centre de notre réflexion, lorsqu'après trois mois de travail, le logiciel d'exploitation nous a permis de nous rendre compte qu'il fallait mieux définir les termes utilisés et rapprocher la prise en compte du suivi de celle du "résultat de consultation". Cette discussion est l'objet du chapitre III.

- Les problèmes "décrits" par le malade:

Il est apparu, à la suite de l'enquête menée à l'Université de Bordeaux II de 1980 à 1986, que le relevé des plaintes en langage non professionnel, telles qu'elles sont exprimées, est difficile à réaliser.

Dans sa thèse concernant cette enquête (9), Mme TRABELSI indique que seulement 7,86% de termes non professionnels figurent dans la rubrique "symptômes" remplie par les médecins participants !

Il s'agissait donc pour nous de traduire plus que de transcrire littéralement les problèmes décrits par le malade. Cependant, nous avons parfois noté des mots ou des phrases du patient lorsque ceci nous paraissait important.

Il est à noter à cette occasion que l'utilisation de l'ordinateur n'a jamais été ressentie par les médecins comme un frein au dialogue avec le patient. Certaines consultations concernant des problèmes psychologiques ou relationnels ont pu se dérouler normalement, et être transcrites de manière satisfaisante à travers le programme.

- Les trois lignes suivantes indiquent les éléments découverts par le médecin lors de l'entretien et de l'examen.

- La "qualité" de la communication est ensuite appréciée selon une échelle à trois niveaux: 1 pour "plutôt bonne", 2 pour "neutre", 3 pour "plutôt difficile".

- Deux lignes permettent de mettre en exergue des éléments comptant dans le choix du résultat de séance, et n'ayant pas leur place ailleurs. Elles sont utilisables pour expliciter les réponses à la rubrique précédente et à la suivante.

- Cette ligne, reprise de la grille du séminaire de BRAVONE, devait permettre, en cas de suivi, d'apprécier l'amélioration (=1) ou l'aggravation (=3) de l'état du malade. Un état "stationnaire" étant codé "2".

Cette notion est très difficile à apprécier car le plus souvent elle doit être nuancée et ne peut se résumer en un chiffre. Nous l'avons rapidement abandonnée.

2.4. PAGE 4 : DECISION

le 15/10/87 Cs 4/4 XYZ abc 31 ans
 DECISION sans recours

 avec recours
 transfert respons
 Médicaments 1.....
 2.....
 3.....
 4.....
 5.....
 6.....
 7.....
 8.....
 Acceptation: 1/2/3... .
 Nb de motifs de Cs" .. .
 Dénomination..... FIEVRE/A/N.....
 et HTA/C/P.....
 Position Braun.....

Les premières lignes permettent de savoir qui est impliqué dans la décision du médecin.

- Transfert de responsabilité: le patient est adressé en consultation à un confrère spécialiste à qui l'on transfère la responsabilité diagnostique et thérapeutique du patient. L'hospitalisation entre dans ce cadre.

- Le recours est celui demandé à un confrère sans transfert de responsabilité, pour avis spécialisé ou pratique d'un examen complémentaire du domaine de sa spécialité (fibroscopie, fond d'oeil, etc.).

- Une décision sans recours est celle qui n'entre pas dans le cadre des deux premières, et comprend également les prescriptions concernant les prestations d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute.

Par définition, nous avons inclus les examens complémentaires biologiques dans le cadre des décisions sans recours puisque l'interprétation en reste au médecin prescripteur, et les examens radiologiques dans celui des recours pour la raison inverse, bien que ces deux domaines soient très proches.

L'exploitation de ces données devra tenir compte de la fréquence et du caractère particulier du recours au radiologue pour interpréter le pourcentage des actes de la deuxième catégorie (5 % dans notre étude, tous recours confondus, la fréquence des examens radiologiques n'ayant pas encore été calculée).

- Les prescriptions médicamenteuses s'inscrivent automatiquement sur les lignes suivantes après la création de l'ordonnance par un module spécialisé permettant la reprise des traitements antérieurs.

- La façon dont le patient semble accepter la décision du médecin est ensuite codée. Cette ligne nous a semblé peu utile car la réponse est positive dans presque tous les cas, et ne sera pas reprise dans une version à venir.

- Le nombre des motifs de consultation n'a jamais été relevé car il est souvent très difficile à établir comme nous l'avons dit plus haut.

- Arrive le moment d'exprimer le résultat de séance. Son codage a évolué comme nous le verrons plus loin. Il était au départ basé sur la classification biaxiale des résultats de consultation de R.N.BRAUN décrite dans le chapitre I de cette thèse à laquelle est ajoutée la position diagnostique "0" pour les états non pathologiques.

Par exemple:

Suivi d'une grossesse:	SOINS PRENATAUX/0
Etat fébrile isolé:	FIEVRE/A
Sinusite frontale et constipation:	SINUSITE FRONTALE/B CONSTIPATION/A
Poussée chez un asthmatique connu:	ASTHME/C
Découverte d'un diabète:	DIABETE/D

Suivant ainsi nos objectifs de départ, nous avons, à la fin de la séance, un "résultat de consultation" donnant des informations précises et des données nombreuses pouvant éclairer le contexte dans lequel a été déterminé ce résultat.

Il ne restait plus qu'à exploiter les quelques 2.500.000 caractères ainsi enregistrés en quatre mois...

Chapitre III. EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES

1. NOMENCLATURE ET POSITION DIAGNOSTIQUE

1.1. DIFFICULTES D'EXPLOITATION

1.1.1. DUES A LA SAISIE

Rappelons que le recueil des données était réalisé en temps réel au cabinet du généraliste et qu'il n'est pas facile pour un médecin non entraîné, de mener une consultation à travers un programme.

Le tableau 7, donné en annexe, est la reproduction d'une partie du fichier contenant les dénominations extraites des résultats de consultation.

Il est présenté ici avec toutes ses imperfections et ses erreurs, et justement à cause d'elles. Il nous apprend les difficultés de toute recherche qui nécessite rigueur et précision, qualités inhérentes à l'outil informatique mais ni spontanées, ni naturelles, même chez le chercheur le mieux intentionné.

Trois types d'erreurs peuvent être relevés:

1 - Les premières, banales, sont les fautes de frappe du médecin plus entraîné au stylo qu'au clavier.

Voir les lignes 136 et 137
les lignes 44 à 48, 51, 52, 55, 56, 71, ...!

Ce n'est qu'un problème d'apprentissage et une solution informatique existe: la programmation de l'ensemble des dénominations telles qu'elles sont actuellement définies.

Cette solution est en cours de réalisation dans notre expérience. Ceci est important, car c'est une entrave à l'exploitation informatique. Il est en effet possible de regrouper automatiquement les mots par analogie orthographique, mais cela ne permet pas de corriger toutes les fautes.

2 - Un deuxième type d'erreurs, consiste à ne pas respecter strictement la nomenclature choisie, celle de R.N.BRAUN dans notre cas. (Voir lignes 1 à 11 du tableau 9 des dénominations par fréquence)

Plusieurs raisons à cela:

- . cette nomenclature, traduite de l'Allemand, ne correspond pas toujours à des termes habituellement utilisés dans notre langue.

- . chaque médecin généraliste, en fait, utilise son propre langage où s'intriquent de façon complexe celui de sa formation universitaire initiale et continue, celui qu'il établit de manière empirique par sa pratique, celui des médias et bien sûr celui de son malade.

- . la contrainte du temps: en cas d'hésitation il faut rechercher le terme précis qui correspond au contenu de la séance et à la décision prise.

3 - Le troisième type d'erreurs est une appréciation erronée de la position diagnostique (A,B,C,D,0)

Chaque résultat de consultation nécessite une brève gymnastique mentale pour préciser cette position.

Tout le mérite de R.N.BRAUN est d'avoir donné à la Médecine Générale cette notion qui fait de sa classification un outil performant et de grande valeur scientifique.

Les décisions sont prises à chaque fin de séance en concordance avec la formulation précise du terme et de la position diagnostique, c'est à dire avec l'ensemble des données recueillies pour un malade donné à ce moment précis.

Si cette notion est bien assimilée, le risque d'erreur est quasi nul et tout le bénéfice en reviendra à la recherche épidémiologique mais surtout directement au malade.

En conclusion, le choix de la nomenclature de R.N.BRAUN, malgré des insuffisances ou des termes ne correspondant pas à notre pratique, reste le meilleur actuellement. Cette nomenclature, éprouvée par plus de 25 ans de recherche est la mieux adaptée à la pratique et à la recherche en Médecine Générale. Comme toute nomenclature, il faudra périodiquement la discuter et la remanier.

1.1.2. DUES AU LOGICIEL

Sur 2109 visites et consultations recueillies à la date de la dernière exploitation, 132 ne sont pas entièrement utilisables.

Il s'agit d'abord d'actes pratiqués au début de la période d'étude. Des codes inappropriés, des caractères "interdits", des réponses non attendues apparaissent dans la première partie du fichier.

Ces erreurs sont le fait d'une insuffisance du programme qui ne contrôlait pas assez précisément les entrées au clavier. Ce défaut a été rapidement supprimé. Le logiciel vérifie maintenant tout ce qui peut être vérifié au moment de la saisie.

"Un certain nombre" de consultations ont également été perdues à la suite d'une fausse manoeuvre du programmeur lors de la mise au point du module de prescription. Grâce aux sauvegardes sur disquettes régulièrement effectuées et à quelques heures de travail supplémentaire, le nombre, imprécis, des actes "perdus" fut ramené à une vingtaine. (contre 150 au départ).

1.2. CLASSIFICATION DES DENOMINATIONS

Les erreurs dont nous venons de parler ont été corrigées par les deux médecins travaillant ensemble et se référant au dossier dès que la situation devait être éclaircie.

Nous pouvons ainsi présenter une liste de 1347 dénominations extraites des résultats des 1000 premières consultations et visites.

Ces termes sont présentés selon trois critères de tri:

1- L'ordre alphabétique des dénominations (tableau 8).

Il est intéressant de comparer cette liste avec celle obtenue avant correction (tableau 7). On mesure ainsi encore mieux le temps que nous fera gagner la programmation de ces dénominations, "prêtes à l'emploi".

2- Le nombre absolu de chaque dénomination et sa fréquence pour 1000 recours dans l'ensemble des résultats de séance recueillis du 24 Mai au 15 Août 1987 (tableau 9).

3- Le rang de chaque dénomination dans la liste par "fréquence moyenne" établie par R.N.BRAUN de 1955 à 1959 (tableau 10).

Cette notion de "fréquence moyenne" est précisée par R.N.BRAUN dans les termes suivants: (lp.343)

"Ces derniers chiffres se rapportent à un total de 8146 résultats de consultation relevés, c'est à dire des cas nouveaux et des cas suivis."

"Les moyennes du tableau XI représentent des chiffres obtenus sur les cas de cinq ans successifs. Des faits passagers comme une fièvre non caractéristique paraissent avec leur chiffre réel. Pour les maladies chroniques comme l'anémie pernicieuse, la polyarthrite, le diabète ou l'épilepsie, par contre, les cas furent recomptés chaque année, de sorte que les chiffres pour les troubles chroniques seront augmentés."

Il faut rappeler ici la "Loi de répartition des cas" (lp.31) selon laquelle après une période d'observation de durée suffisamment longue, il est possible d'établir la fréquence des troubles de santé auxquels des groupes humains se trouvent soumis d'une façon largement analogue à moins qu'ils ne vivent dans des conditions tout à fait différentes.

Or la durée de notre recueil de données n'est pas assez longue pour que soit appliquée cette loi. Nous ne pouvons comparer la fréquence des recours pour chaque dénomination pendant quatre mois, et la fréquence moyenne des résultats de consultation étudiée par R.N.BRAUN sur plusieurs années dans les conditions indiquées ci-dessus.

Dans les tableaux donnés en annexe, nous indiquons seulement combien de séances ont eu pour résultat, par exemple, "hypertension artérielle", et non combien nous avons vu de cas d'hypertension artérielle, ce que fait R.N.BRAUN. Ceci illustre la différence entre le "recours" se terminant par un "résultat de séance" et le "résultat de consultation" ou "cas" (Cf Chapitre I.4.).

Des conclusions intéressantes pourront être tirées de notre fichier dans quelques années ... d'autant que la représentation tri-dimensionnelle du résultat de séance permet de distinguer, comme nous le verrons, les cas nouveaux, les maladies chroniques, leurs poussées, de faire des études de prévalence et d'incidence.

Nous pourrions donc aisément utiliser la même méthode de dénombrement que R.N.BRAUN et en tenir compte dans l'établissement du tableau 9 qui reflétera alors non pas la fréquence des recours, mais celle des résultats de consultation

La comparaison des tableaux 9 et 10 à période régulière devrait permettre, dans ces conditions, d'illustrer la loi de répartition des cas, si les fréquences observées tendent à se confondre.

1.3. ETUDE DES POSITIONS DIAGNOSTIQUES OBSERVEES

Le tableau suivant indique la fréquence des positions diagnostiques associées aux 2414 dénominations figurant dans les résultats de 1773 séances recueillis en temps réel.

"POSITION DIAGNOSTIQUE"	Nombre absolu	Pourcentage
A = signe cardinal	1065	44.12 %
B = syndrome	169	7.00 %
C = tableau de maladie	901	37.32 %
D = diagnostic complet	22	0.91 %
O = état non pathologique	257	10.65 %
totaux:	2414	100.00 %

Bien que le recueil ne porte que sur une courte période (quatre mois), un certain nombre d'observations peuvent être faites à la lecture de ces chiffres.

1°) Le pourcentage élevé de résultats de consultation à la position "A" pourrait laisser penser que dans une grande proportion de cas, le médecin généraliste situe son action à un "niveau diagnostique mineur".

C'est pourquoi nous rappellerons ici une des implications fondamentales du concept de résultat de consultation:

En Médecine Générale, il faut accorder une place strictement équivalente aux quatre positions diagnostiques définies par R.N.BRAUN, qui ne sont nullement des "niveaux de diagnostic".

Il s'en suit que les situations finales dans lesquelles le médecin n'a pour résultat de consultation, établi avec rigueur, qu'un signe cardinal isolé ne sont nullement inférieures aux autres.

2°) La faible proportion de syndromes ou groupes de symptômes tient à la tendance naturelle du médecin à privilégier un signe cardinal quand celui-ci domine dans un ensemble de symptômes.

En effet, l'intérêt premier de déterminer la position diagnostique en fin de séance, est de prendre une décision adaptée à la situation. Cette décision privilégie souvent le signe "dominant", ce qui peut expliquer le pourcentage peu élevé de position "B" dans ce relevé en temps réel.

En relisant la liste des résultats de consultation, on constate d'ailleurs que le code "B" se rapporte plus souvent à des syndromes qu'à des groupes de symptômes isolés.

3°) Un nombre important de tableaux de maladies, avec le code "C", ne signifie pas que la position diagnostique correspondante est d'emblée établie dans une telle proportion des cas. Il s'agit plutôt, nous semble-t-il, de maladies chroniques dont le tableau est reconnu depuis longtemps, et pour lesquelles le malade est suivi par le médecin généraliste.

Cette hypothèse pourra être vérifiée par l'utilisation de la représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance qui permet de corréler la position diagnostique avec la notion de "suivi".

4°) Moins de 1% des résultats de consultation recueillis concernent une maladie dont le diagnostic complet a été établi avec certitude. Il est intéressant de comparer ce pourcentage avec celui des recours spécialisés demandés pour 5% des actes pratiqués.

Ceci rappelle l'étude réalisée par R.N.BRAUN à propos de 100 malades qu'il avait transférés en milieu spécialisé (lchap.30-32). Pour trois sur quatre de ces malades, il n'y avait pas de différence significative entre sa propre appréciation avant l'hospitalisation et celle de ses confrères spécialistes après celle-ci. Et pour un malade sur deux du deuxième groupe, persistait un désaccord sur le diagnostic à la sortie.

Ce qui n'empêche pas R.N.BRAUN d'insister sur le point suivant, mis en exergue à la fin du même chapitre (lp.423):

"Même si la majorité écrasante des cas de consultation est de nature bénigne, le praticien généraliste ne pourra remplir sa fonction de façon optimale -et ne sera en mesure de découvrir le maximum d'évolutions dangereuses à prévenir (ou en puissance)- que dans la mesure où, malgré ses expériences contraires, il ne cessera pas d'hospitaliser les patients présentant certains phénomènes abdominaux, où il ne cessera pas de

faire radiographier ses malades toussant depuis des semaines, où il ne cessera pas de prendre au sérieux des manifestations de l'état général ou des symptômes rectaux, etc.".

Les problèmes de santé courants sont fréquents, mais cette évidence ne doit pas faire oublier qu'un symptôme rencontré fréquemment n'est pas nécessairement lié à une maladie courante.

2. LE CODE-SUIVI

La première exploitation du fichier à grande échelle a été faite après 1500 consultations et visites. C'est alors qu'apparut nettement la nécessité de lier l'évaluation du "suivi" au résultat de consultation et de revoir la définition des codes.

2.1. LES DEFINITIONS

Les symboles permettant de coder la notion de suivi étaient au départ les suivants:

- 1 = problème nouveau
- 2 = plainte par rapport à une maladie connue
- 3 = surveillance d'une maladie connue
- 4 = examen systématique
- 5 = acte de prévention
- 6 = acte administratif

Il existait ainsi une ambiguïté entre ce qui était ressenti par le malade (code 2 en particulier) et la situation objective du recours dans l'évolution du couple malade-maladie.

Nous avons donc modifié les définitions pour leur ôter leur subjectivité en remplaçant le mot plainte par celui de problème.

A l'occasion de ces modifications, nous avons baptisé "CODE-SUIVI", le code indiquant la position évolutive du malade et/ou de sa maladie.

2.2. LE CODE-SUIVI ET LE RESULTAT DE SEANCE

En examinant le fichier des résultats de consultation, nous nous sommes aperçu qu'il existait fréquemment une ambiguïté sur l'attribution d'un code-suivi à une pathologie donnée, comme le montrent les exemples suivants.

Exemple 1:

1 ANEMIE/D . 2 GASTRITE/C . "Code-suivi" /3

1 = première partie du résultat de séance
 ANEMIE = première dénomination retenue comme résultat de consultation
 /D = code indiquant la "position diagnostique"

2 = 2ème partie du résultat de séance
 GASTRITE = 2ème dénomination
 /C = "position diagnostique"

/3 = "code-suivi"

Dans ce cas, le code-suivi étant unique ("3" = surveillance d'une maladie connue), il est attribué à chaque résultat de consultation.

L'anémie et la gastrite se présentent donc comme deux maladies connues sans problème nouveau.

Exemple 2:

1 ANEMIE/C . 2 DOULEURS OSSEUSES/A . "codes-suivi" = /2 & /3

Dans ce cas avaient été notés deux codes-suivi

"2" pour problème persistant concernant une maladie connue,
 "3" pour surveillance d'une maladie connue,

qui sont à distance du résultat de consultation. Il n'est donc pas possible, sans consulter le dossier, de savoir si le problème pour lequel consulte le patient concerne l'anémie ou les douleurs osseuses, ni de connaître la maladie pour laquelle le médecin parle de simple surveillance.

Autres exemples:

	code-suivi
1 OESOPHAGITE/D . 2 ARTHROSE/C .	/2 & /3
1 ANEMIE/C . 2 DOULEURS OSSEUSES/A .	/2 & /3
1 ARTHROSE/C . 2 TROUBLES MENOPAUSIQUE	/1 & /3
1 FATIGUE/A . 2 INSOMNIE/A .	/1 & /2

C'est toujours dans le cas où le résultat de séance contient au moins deux dénominations que se pose le problème. Nous avons donc décidé, pour y remédier, d'associer un code-suivi à résultat de consultation codé selon la classification biaxiale.

Les résultats de séance suivants ont été recueillis et codés en temps réel et, selon ces nouvelles règles, en trois dimensions.

Ils comprennent, pour chaque dénomination, la mention de la position diagnostique et celle du code-suivi (ici en caractères gras).

L'exploitation en est beaucoup plus facile, et le recours au dossier très souvent inutile.

1 SINUSITE FRONTALE/C/2 . 2 ASTHME/C/3.
1 LOMBALGIES/A/1 . 2 HTA/C/3 .
1 LOMBALGIES/A/2 . 2 DEPRESSION/C/2 .
1 HTA/C/3 . 2 NAEVUS/A/1 .
1 CANCER DU SEIN/D/3 .
1 ASTHME/C/3 .
1 RHINITE/B/1 .
1 RHINITE/B/1 . 2 EXAMEN SUJET SAIN/O/4 .
1 DOULEURS EPIGASTRIQUES/B/1 . 2 METEORISME/A/1 .

2.3. RESULTATS CHIFFRES

Le tableau suivant, établi à partir de l'étude de 1773 visites et consultations, montre la proportion des actes pratiqués pour chaque "code-suivi":

"CODE-SUIVI"

- 1 = problème nouveau
- 2 = problème persistant concernant une maladie connue
- 3 = surveillance d'une maladie connue
- 4 = examen systématique
- 5 = acte de prévention
- 6 = autres (administratif, etc.)

"Codes-suivi"	Nombre absolu	Pourcentage
1	705	28.35 %
2	428	17.21 %
3	1085	43.62 %
4	94	3.78 %
5	119	4.78 %
6	56	2.25 %
totaux	2487	100.00 %

NB: total 4 + 5 + 6 = 10.81 %

On constate, sur ce tableau qu'il n'était pas possible, avec le codage ainsi défini, de repérer à l'intérieur du groupe des maladies connues, le début des épisodes ou des poussées. Nous avons donc tenté de résoudre ce problème.

2.4. UN CODE "P" BIEN EMBARRASSANT

Pour prendre en compte la notion de poussée d'une maladie, nous avons introduit le code "P", pour "problème associé à une maladie connue".

Ce problème pouvait être la maladie elle-même, ce qui correspondait à une poussée, un épisode. Ce pouvait être un problème extérieur à la maladie connue. Dans ce cas, le code "P" renvoyait à la dénomination suivante, créant une relation de cause à effet entre les deux.

Nous ne développerons pas plus ce point, car il est apparu que l'utilisation du code "P" pouvait être en contradiction avec la notion de "position diagnostique" de R.N.BRAUN, et qu'alors la discussion se terminait presque toujours à l'avantage de cette dernière.

Cependant, l'idée de relier deux résultats de consultation sera à l'origine de l'idée de "révision" dont nous allons parler dans la suite.

Nous verrons également comment fut résolu le codage des épisodes.

En même temps que ce code litigieux, nous avons supprimé du "code-suivi" les chiffres 4, 5, et 6. En effet, leur signification

- 4 = examen systématique
- 5 = acte de prévention
- 6 = autres (administratif, etc.)

renvoyait plus à la notion de position diagnostique et en tous cas de modalité de prise en charge qu'à celle de "suivi". (On pourrait donc envisager de les utiliser après la dénomination, à la place du code 0).

Analyse de fichiers, création d'un "code-suivi", codage à trois dimensions, relations entre les résultats de consultation: tous ces essais, ces modifications, ont abouti à un schéma précis et stable que nous allons maintenant présenter en détail.

3. LA REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DES RESULTATS DE SEANCE EN MEDECINE GENERALE

3.1. DEFINITION

Cette représentation repose d'abord sur la classification biaxiale des résultats de consultation, telle que l'a définie R.N.BRAUN et dont les deux axes sont:

la dénomination du résultat, en clair, selon une nomenclature actuellement utilisée et testée par la Société Française de Médecine Générale, et qui a pour base la liste établie et régulièrement mise à jour par R.N.BRAUN pendant ses 30 ans de pratique de la Médecine Générale.

la "position diagnostique" dans laquelle se situe ce résultat de consultation:

- A = signe cardinal,
- B = groupe de symptômes ou syndrome,
- C = tableau de maladie,
- D = diagnostic médical complet.

NB: Nous avons utilisé une "position diagnostique" supplémentaire codée 0 (zéro), correspondant à tout ce qui n'est pas à proprement parler un état pathologique, mais qui représente dans notre échantillon 10 % de l'ensemble des résultats de consultation (examens systématiques, actes de prévention, actes administratifs). Ce code permet de prendre en compte ces états non morbides tout en les distinguant clairement des autres résultats de consultation.

Afin de prendre en compte avec encore plus de précision l'histoire du malade et/ou de sa maladie, nous proposons de représenter le résultat de séance sous une forme tri-dimensionnelle en ajoutant à la classification biaxiale de R.N.BRAUN un "CODE-SUIVI" qui facilite l'étude épidémiologique.

Pour des raisons que nous développerons ensuite, nous avons choisi les codes suivants:

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

La représentation tri-dimensionnelle ne peut se comprendre qu'à partir de la notion de résultat de séance.

Elle n'est en effet, comme l'indique son nom, qu'un mode de représentation de ce concept qui doit être considéré comme fondamental en Médecine Générale. On ne pourra donc utiliser le "code-suivi" qu'après avoir déterminé avec rigueur la position diagnostique au sens que lui donne R.N.BRAUN, avec les conséquences que cela implique.

Nous aurons l'occasion de rappeler ce principe avec plusieurs exemples dans la suite de cet exposé.

3.2. SPECIFICITE et SENSIBILITE du codage:

Chacun de ces "codes-suivi" concerne un problème différent. Un résultat de consultation ne pourra pas admettre plus d'un code, telle 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 "code-suivi" est donc spécifique d'une évolution donnée.

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 du recours.

Ceci traduit la sensibilité du codage ainsi défini, qui recouvre de manière exhaustive l'ensemble des situations que nous avons rencontrées et de celles que nous avons construites dans un but de validation.

Voyons comment utiliser en pratique la représentation tri-dimensionnelle des résultats de consultation, son "mode d'emploi" en quelque sorte.

3.3. EXEMPLES DE REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DE RESULTATS DE SEANCE

Tous ces exemples sont extraits d'un échantillon de 204 consultations et visites (Cf annexe 11)

Un résultat de séance peut être représenté en plusieurs lignes.

La représentation des résultats de consultation à l'aide du code-suivi "R", n'apparaît pas dans ces exemples, étant étudiée plus loin.

Position diagnostique A = signe cardinal isolé

et problème Nouveau = A/N

DIARRHEE/A/N

HTA/C/P
LOMBALGIES/A/N

NB: Le fait de juxtaposer dans un même résultat de séance l'hypertension et les lombalgies n'implique aucun lien entre les deux.

VERTIGES/A/N

FIEVRE/A/N

et Problème persistant = A/P

NAUSEES/A/N
FATIGUE/A/P

HYPERLIPIDEMIE/A/P

RHINITE/A/P

et début d'Épisode = A/E

DORSALGIES/A/E

BOUFFEES DE CHALEUR/A/E

Position diagnostique B = syndrome ou groupe de symptômes

et problème Nouveau = B/N

RHINOPHARYNGITE/B/N

PROSTATISME/B/N

et problème Persistant = B/P

MAL DE GORGE/A/N
NEVROSE D'ANGOISSE/B/P

et début d'épisode = B/E

CYSTITE/B/E

Position diagnostique C = tableau de maladie

et problème Nouveau = C/N

BRONCHITE AIGUE/C/N
OTITE MOYENNE AIGUE/C/N

et problème Persistant = C/P

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P
DEPRESSION/C/P
INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P

et Episode = C/E

POLYARTHRITE RHUMATOIDE/C/E
ASTHME/C/E
FIEVRE/A/N

Position diagnostique D = diagnostic complet

et problème Nouveau = D/N

SYNDROME FRONTAL/B/R
MENINGIOME/D/N

et problème Persistant = D/P

CANCER DU SEIN/D/P

et Episode = D/E

LITHIASE URINAIRE/D/E

Etat non morbide

et problème Nouveau = 0/N

CERTIFICAT/0/N

DIAGNOSTIC DE GROSSESSE/0/N

EXAMEN SUJET SAIN/0/N

et problème Persistant = 0/P

VACCIN/0/P

NB: il s'agit donc d'un rappel.

CONTRACEPTION ORALE/0/P

et début d'Episode = 0/E

PROBLEMES CONJUGAUX/0/E

CONTUSIONS/A/N

CERTIFICAT/0/N

NB: il s'agissait d'un certificat de coups et blessures!

3.4. UNE PRECISION IMPORTANTE

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

S'agit-il d'un problème nouveau,
d'un problème persistant,

pour le médecin ou pour le malade ?

Examinons quelques exemples:

Ex 1: Un patient ayant, dans ses antécédents, plusieurs crises comitiales, consulte pour la première fois un nouveau médecin.

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

Ex 2: Un malade consulte pour la première fois son médecin de famille pour des lombalgies dont il souffre de façon permanente depuis trois mois environ.

Quelles sont les possibilités de codage du résultat de séance ?

LOMBALGIES/A/N : on considère le problème comme nouveau, se plaçant ainsi du point de vue du médecin;

LOMBALGIES/A/E : qui traduit une nouvelle "poussée" d'une maladie connue après un intervalle libre;

LOMBALGIES/A/P : si l'on considère que le patient souffre de façon continue de ses lombalgies.

La représentation choisie dans ce cas serait la troisième, car il importe que le résultat de séance permette de prendre la décision la mieux adaptée possible à la réalité de la situation diagnostique.

Le malade doit donc être considéré comme un "lombalgique" (problème persistant) et non pas comme un sujet faisant une première crise douloureuse (problème nouveau).

Il faut ainsi, au moment du choix du code-suivi, privilégier la connaissance de sa maladie par le malade. 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 qui doit être capable de saisir le déroulement de cette histoire.

3.5. REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DU RESULTAT D'UNE CONSULTATION DECRITE PAR R.N.BRAUN

Dans son ouvrage (1p.307), R.N.BRAUN rapporte l'exemple suivant:

TABLEAU IX. — Cas 191, symptôme cardinal : céphalées. Examen au moyen du protocole standardisé. Patiente A.O. 73 ans.

-
- *Premières questions.*
Motif de consultation : ne désire que des cachets contre ses maux de tête.
Durée des douleurs : 10 ans, plus intenses depuis 3 mois.
Épisodes fébriles antérieurs : il y a 3 mois, aggravation depuis.
Autres maladies chroniques en traitement : 0.
Autres signes de maladie : elle a « toujours froid ».
 - *Premières appréciations*
 Suspicion de maladie organique : 0.
 A signaler du point de vue psychique : 0
 Les céphalées continuent à être le symptôme cardinal : oui
 - *Autres éléments anamnestiques :*
 En progression : 0
 Moments d'apparition : dans la journée.
 Durée : toute la journée
 Caractère : indéfinissable
 Localisation en gros : Vertex
 A l'extérieur du crâne ou à l'intérieur : à l'intérieur.
 Douleurs oculaires : 0
 Voile devant les yeux : 0
 - *Déclenchement :*
 Blessure récente : 0
 Crises : 0
 Alcool, nicotine, aliments : 0
 Conditions atmosphériques, profession, position : conditions atmosphériques +
 Énervements : +
 Efforts : +
 - *Amélioration :*
 Repos : repos au lit
 Médicaments : 0
 Air frais : 0
 Café : 0
 Autres facteurs d'amélioration : 0
 - *Questions de contact :*
 Cause supposée : les nerfs
 Observation concrète : 0
 Crainte : 0

— Examen

Voûte crânienne : RAS.
 Point d'émergence du nerf trijumeau : RAS.
 Sensibilité à la pression de la colonne vertébrale : 0
 Romberg : RAS.
 Pression intra-auriculaire, chambre antérieure de l'œil :
 RAS.
 Acuité visuelle subjective : RAS.
 Nez, pharynx : RAS.

Otoscopie : 0
 Tension artérielle : 200/80 (il y a un an 140/90).

Classification : céphalées — Traitement : antihypertenseurs

Ce résultat de consultation, que nous noterions "CEPHALEES/A", ne fait pas apparaître l'hypertension artérielle découverte ce jour-là.

C'est pourtant cet élément décisif que retient R.N.BRAUN quand il décide de traiter les céphalées par des anti-hypertenseurs.

Il a d'ailleurs songé à "classifier simplement HTA en tant que tableau", mais écrit :

"il me semble toutefois plus adéquat d'attendre de voir si les céphalées baisseront ou non quand la tension artérielle baissera. Dans l'affirmative, je pourrai faire passer le cas de la rubrique A à la rubrique C. S'agissant d'accidents aussi fréquents qu'une légère HTA et des céphalées, il y a lieu d'user de prudence dans l'établissement de relations diagnostiques".

Le fait de prescrire des antihypertenseurs comme traitement des céphalées montre pourtant que la "relation diagnostique" a réellement été établie par R.N.BRAUN avant de prendre la décision thérapeutique.

Cependant, le codage du résultat de consultation tel que le propose R.N.BRAUN dans ce cas ne fait pas apparaître la dénomination "HTA".

Pourtant, toute position diagnostique qui, en fin de consultation ou de visite, permet une réponse médicale raisonnée, représente un résultat de séance généraliste qui doit être dénombré.

Il semble bien que dans le cas 191, l'hypertension artérielle puisse entrer dans le cadre ainsi défini des résultats de consultation, puisqu'elle a permis "une réponse médicale raisonnée".

Il serait donc logique de noter les deux dénominations dans la conclusion de la consultation sous la forme:

CEPHALEES/A/P
HYPERTENSION ARTERIELLE/A/N

En mettant les deux items à la position diagnostique "A", on en fait deux signes cardinaux a priori isolés, ce qui permet de laisser la situation ouverte, comme R.N.BRAUN le confirme plus loin, à propos de la même patiente.

La revoyant à l'occasion d'un évanouissement de courte durée, il écrit (lp.312):

"il serait à présent très simple de mettre l'ensemble de la symptomatologie sur le compte de l'hypertension ou de troubles vasculaires cérébraux et d'y conformer la classification. Je pense que dans de telles situations, il n'existe aucune obligation à faire entrer des symptômes dans le cadre de tableaux. Dans l'esprit du praticien expérimenté, ces ensembles existent de toute manière en tant que possibilité. Il peut également s'y conformer dans son traitement. Pour le reste il est préférable pour le malade de laisser ces symptômes dans un premier temps coexister l'un à côté de l'autre, c'est à dire en attendant l'évolution, de laisser le cas sans conclusion. On s'évitera ainsi de se fixer inutilement sur des notions inexactes."

Juxtaposer les céphalées et l'hypertension dans la représentation du résultat de séance permet de concrétiser leur coexistence sans préjuger des relations pouvant exister entre ces deux items placés dans la position diagnostique "A" des signes isolés: coexistence ne signifie pas relation, juxtaposer ne veut pas dire associer.

Cependant, s'il se révèle que la patiente du cas n°191 est réellement hypertendue, il arrivera un moment où le résultat de consultation sera l'hypertension artérielle en tant que tableau incluant les céphalées, sous la forme:

HYPERTENSION ARTERIELLE/C

La représentation tri-dimensionnelle du résultat de séance rend mieux compte de cette évolution, comme le montre le tableau suivant:

	classification biaxiale	représentation tri-dimensionnelle
consultation n°1	CEPHALEES/A	CEPHALEES/A/P HTA/A/N
consultation n°x	HTA/C	CEPHALEES/A/R HTA/C/P

Lors de la consultation n°x, au lieu de revenir sur tous les résultats de consultation antérieurs (depuis la première) pour les corriger et tenir compte de leur inclusion dans le tableau d'hypertension, le médecin reprend le résultat "CEPHALEES/A" auquel il ajoute le code-suivi "R" indiquant la révision de ce résultat de consultation pour tenir compte de l'évolution de la situation diagnostique.

La lettre "R" permet d'associer un signe isolé (les céphalées) et un tableau (l'hypertension) contenant ce symptôme. Tout autre code-suivi rendrait cette juxtaposition inadéquate et incompatible avec la notion de position diagnostique.

Le code-suivi "R" permet de faire une mise à jour (Cf. le mot "révision", annexe 2) du résultat de consultation sans gommer les précédents.

On pourra donc tenir compte de ces derniers dans l'étude des recours et de leur fréquence.

Quant à l'étude des morbidités, le code "R" permet de rattacher les recours pour "céphalées" à la morbidité "hypertension".

Le praticien de Médecine Générale dispose ainsi d'un outil de codage et de classification correspondant aux exigences et à la logique de sa discipline.

La représentation tri-dimensionnelle des résultats de consultation permet

- de mieux suivre l'évolution des états morbides
- de prendre en compte tous les recours au médecin
- de définir précisément la fréquence des différents états pathologiques.

3.6. EXPLOITATION EPIDEMIOLOGIQUE DU "CODE-SUIVI"

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 "SCLEROSE EN PLAQUES" 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.

Mais cela ne suffit pas, comme le montreront quelques exemples.

3.6.1. PREMIER EXEMPLE

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.

consultation n°	classification biaxiale	représentation tri-dimensionnelle
1	HYPERLIPIDEMIE/A ENTORSE/A/P ANGINE/A	HYPERLIPIDEMIE/A/P ENTORSE/A/P ANGINE/A/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	HYPERLIPIDEMIE/A CONSTIPATION/A	HYPERLIPIDEMIE/A/P 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 6 fois dans le relevé: 6 recours pour un même problème.

Le code-suivi "P", indiquant la persistance, la continuité de l'hyperlipidémie, permettra à l'épidémiologiste ne ne la compter qu'une seule fois pour l'année dans le dénombrement des morbidités.

Il pourra le faire:

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.

Si l'épidémiologiste a un informaticien, même "amateur" dans ses relations, ce dernier lui indiquera que 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 pourra donc faire l'objet d'un programme informatique simple dont l'utilisation pourra être répétée aussi souvent que nécessaire pendant une période donnée. On imagine aisément l'intérêt d'un tel outil dans l'étude épidémiologique du champ spécifique de la Médecine Générale.

L'expérience que nous avons menée pendant quatre mois au cabinet du Dr Gérard VERY montre ce que l'on peut faire dans ce domaine moyennant un sérieux effort d'application: avec le logiciel "MG-DATA", nous recueillons, en temps réel et donc en présence du patient, les résultats de consultation dont nous confions en permanence l'exploitation au programme. Cette thèse montre qu'un tel outil peut permettre de rendre objectif le regard que porte le médecin généraliste sur son propre exercice.

En pratique, dans le cas d'un résultat de séance contenant le code "P", le programme remonte 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 qu'il 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

Ainsi, le rapprochement sera fait entre les différents recours. L'hyperlipidémie, qui apparaît 6 fois ne sera retenue qu'une fois dans le décompte périodique de la morbidité.

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. La prévalence de l'angine dans cette période 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.

Mais 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 différentes en terme de morbidité.

Le code-suivi permet de distinguer les deux cas:

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

Cet exemple peut paraître simpliste, mais il démontre bien l'intérêt du code-suivi dans ce cas de figure.

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. 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 des morbidités.

4 - CONSTIPATION, CANCER COLIQUE

Je pense qu'en voyant ces deux dénominations apparaître successivement dans les résultats de consultation du patient, le lecteur a imaginé qu'un lien pouvait exister entre les deux pathologies. Cependant, connaissant bien 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 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 tridimensionnelle, 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/A" pour le remplacer par celui de "CANCER/D" 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 du dénombrement des morbidités.

- 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.

Nous reprendrons plus loin cette image en la rapprochant de celle du "firmament" utilisée par R.N.BRAUN.

3.6.2. LA NOTION DE "POUSSEE", LA MORBIDITE EPISODIQUE

Le diagramme ci-dessous représente les différents recours au médecin d'un lombalgique pendant un période donnée. La ligne continue horizontale représente le temps. Les numéros sont ceux des consultations dans l'ordre chronologique. Les épisodes douloureux successifs apparaissent hachurés.



En voici le détail, codé selon la représentation tri-dimensionnelle des résultats de consultation:

- | | |
|---|----------------|
| 1 | LOMBALGIES/A/N |
| 2 | LOMBALGIES/A/P |
| 3 | LOMBALGIES/A/E |
| 4 | LOMBALGIES/A/E |
| 5 | LOMBALGIES/A/P |
| 6 | LOMBALGIES/A/P |
| 7 | LOMBALGIES/A/E |

1- La consultation n°1 est la première de ce malade pour ce motif. Elle a donc le code-suivi "N".

2- Les douleurs n'ayant pas disparu, le malade consulte à nouveau une dizaine de jours plus tard (n°2). Le résultat de séance se termine alors par le code "P", pour problème "persistant".

3- Le malade n'est revu que deux mois plus tard à la suite de la réapparition des lombalgies (n°3). On code alors

LOMBALGIES/A/E

pour nouvel "Episode" après un intervalle libre: il s'agit d'une POUSSEE douloureuse.

4- Même résultat de séance quelques mois plus tard, lors d'une nouvelle poussée (consultation n°4).

5- Cet épisode dure plus longtemps que le deuxième et justifie un second recours au médecin (n°5) dont le code-suivi est "P", les douleurs n'ayant pas disparu entre les deux consultations.

6- On retrouve le même résultat une semaine plus tard (n°6), devant la persistance des symptômes.

Cette poussée douloureuse aura donc été l'occasion de 3 actes rapprochés.

7- Enfin, la consultation n°7 marque le début d'une nouvelle crise dont on ne connaît pas la durée car elle se situe à la fin de la période de référence.

Les codes-suivi associés au résultat de consultation "LOMBALGIES/A" peuvent être résumés dans le tableau suivant:

code-suivi	nombre de recours	commentaire
"N"	1	apparition d'un problème nouveau
"E"	3	3 poussées de la maladie
"P"	3	3 consultations au cours de poussées
total:	7 recours	4 épisodes dont le premier correspond à la découverte de la maladie.

Ainsi peuvent être comptabilisés:

- tous les recours;
- les épisodes, qui peuvent être retrouvés et distingués à l'intérieur des recours;
- le taux de morbidité, c'est-à-dire le nombre des malades (cas nouveaux et cas anciens) dans un groupe donné (lombalgies) et dans un temps déterminé.

Un travail identique pourrait être fait avec des maladies telles la bronchite chronique, l'asthme, la dépression, l'eczéma, dont l'évolution se fait par épisodes entre lesquels se situent des périodes de "rémission" en dehors de toute prise en charge médicale. La réapparition de la symptomatologie ne se définissant pas alors comme un problème nouveau mais comme la résurgence d'une maladie chronique.

Ainsi, le fait de noter, pour un enfant:

RHINOPHARYNGITE/B/E

met en évidence le caractère récidivant (et souvent désespérant pour les parents) des infections rhinopharyngées chez cet enfant, que ne montre pas le résultat suivant:

RHINOPHARYNGITE/B/N

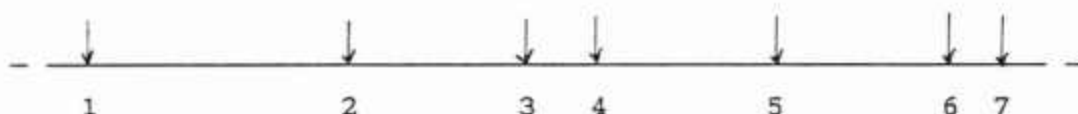
La distinction n'est pas gratuite. Les décisions prises dans un cas et dans l'autre le montreraient.

De plus, la relecture de ces simples codes peut en apprendre autant que la longue exploration d'un dossier complexe.

3.6.3. AUTRES EXEMPLES DE MALADIES CHRONIQUES

3.6.3.1. LE DIABETE

Ce diagramme représente les diverses consultations d'un patient diabétique insulino-dépendant au cours d'une année.



Sont d'abord représentées les consultations "programmées" qui amènent le patient chez son médecin tous les deux mois environ pour surveillance de sa maladie.

Il s'agit des actes n° 1, 2, 3, 5 et 7 dont les résultats sont représentés ci-dessous:

- N°1: DIABETE/D/P
- N°2: DIABETE/D/P
 ANGINE/B/N
- N°3: DIABETE/D/P
 VACCIN/O/P (Rappel vaccin anti-tétanique)
- N°5: DIABETE/D/P
- N°7: DIABETE/D/P
 ENTORSE CHEVILLE/C/N

Par ailleurs, à deux reprises, le malade est venu consulter pour des problèmes aigus en dehors des dates prévues pour la surveillance de sa maladie. Il s'agit des consultations n° 4 et 6:

- N°6: ANGINE/B/N

Consultation pour une angine sans mention du diabète.

N°4: DIABETE/D/P

Le malade avait présenté un malaise en rapport avec une hypoglycémie confirmée par la mesure immédiate de la glycémie. On ne peut dans ce cas coder "E" pour "Episode" car il n'y a pas eu d'intervalle libre entre cet épisode et la consultation précédente.

Diabète et hypoglycémie sont si évidemment liées qu'on ne peut pas non plus écrire un résultat du type

DIABETE/D/P
HYPOGLYCEMIE/D/N

En effet, ceci indiquerait que l'hypoglycémie pourrait ne pas être due au diabète, ne pas entrer dans le tableau de cette maladie, qu'elle aurait pu se produire dans les mêmes circonstances si le patient n'avait pas été diabétique, ce qui n'est pas le cas.

Une telle situation est cependant vraisemblable dans d'autres cas:

DIABETE/D/P
FURONCLE/D/N

Le furoncle est une pathologie plus fréquemment rencontrée chez le diabétique que dans le reste de la population. Il est cependant impossible de faire rentrer avec certitude le résultat de consultation "furoncle" dans le cadre de la maladie diabétique. C'est pourquoi on est autorisé à faire apparaître les deux dénominations dans le même résultat de séance. Il n'existe en effet a priori aucun lien de cause à effet entre deux lignes d'un résultat de séance. Les juxtaposer permet de concrétiser leur coexistence sans préjuger des relations pouvant exister entre elles: coexistence ne signifie pas relation, juxtaposer ne veut pas dire associer.

Il faut rappeler ici que ce qui fait la valeur de la notion de résultat de consultation, ce qui la rend opératoire en Médecine Générale, comme l'a démontré R.N.BRAUN: ce résultat indique une position diagnostique établie avec certitude.

Le médecin précise ainsi ce dont il est certain à la fin de la consultation, et seulement ce dont il est certain, même s'il envisage des hypothèses concernant l'évolution, laissant ainsi le cas "ouvert".

Restant fidèle à cette conception, on doit considérer:

1°) les résultats "furoncle" et "diabète" comme indépendants en les notant tous les deux dans le résultat de séance; ce qui n'empêche pas de considérer que l'apparition d'un furoncle chez ce diabétique n'a pas la même signification diagnostique et thérapeutique que chez un sujet non diabétique.

2°) que le résultat "diabète/D" est un tableau comprenant l'hypoglycémie qui ne peut donc pas apparaître indépendamment dans le résultat de séance.

NB: Nous verrons plus loin l'application de la représentation tridimensionnelle à une autre maladie chronique, l'hypertension artérielle.

Au total:

On dénombre 7 recours au médecin dont 6 résultats de consultation avec DIABETE/D/P concernant donc une maladie connue et persistante. En terme de morbidité, on ne comptera donc qu'une seule fois le DIABETE pour l'année de référence.

En ce qui concerne le résultat de consultation "ANGINE", il apparaît deux fois, mais toujours avec le code-suivi "N" pour "problème nouveau". Il sera donc comptabilisé deux fois.

Le VACCIN et l'ENTORSE, apparaissant une fois chacun comme problèmes nouveaux, seront comptés une fois.

Pour ce malade, la morbidité pourra être représentée comme suit:

DIABETE	+ 1
VACCIN	+ 1
ENTORSE CHEVILLE	+ 1
ANGINE	+ 2

3.6.3.2 L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Voici l'exemple réel de M. LOU..., un homme de 65 ans, hypertendu connu et traité, qui demande la visite de son médecin de famille, en raison de vertiges importants ayant débuté le matin même.

A l'arrivée du médecin, le malade est couché, ne pouvant tenir debout en raison de sensations vertigineuses importantes. La T.A. au repos est ce jour-là de 23/11, revenant à 16/9 en 20 minutes après la prise sub-linguale d'une gélule d'ADALATE. Le reste de l'examen est identique à ce que constate habituellement le médecin qui décide donc d'ajuster le traitement anti-hypertenseur de M. LOU..., l'hypothèse d'une complication de l'HTA étant la plus probable.

Le résultat de séance noté par le médecin est cependant:

HTA/C/P
VERTIGES/A/N

En effet, à l'issue de la visite, aucun lien ne peut être établi avec certitude entre ces vertiges, nouveau problème, et l'hypertension connue.

Voyons maintenant ce que renferme le dossier de ce patient.

On y trouve les dernières consultations de M. LOU... qui était régulièrement suivi pour son hypertension artérielle et une artériopathie ayant nécessité un pontage axillo-fémoral il y a cinq ans. Chacune de ces consultations se termine par les mêmes résultats:

HTA/C/P
ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS/D/P

Et quand survient une pathologie intercurrente, on y trouve, associés ou non aux deux premiers, des résultats de consultation comme:

ANGINE/A/N
VACCIN/O/N

Jamais le résultat de consultation "VERTIGES" n'était apparu.

Il n'apparaîtra d'ailleurs qu'une seule fois, car à la consultation suivante, M. LOU... ne se plaint plus de vertiges, sa tension artérielle s'étant stabilisée après le réajustement du traitement. Les vertiges ont d'ailleurs disparu dès le soir de la précédente visite.

L'hypothèse d'une conséquence passagère de l'HTA était donc vraisemblablement fondée.

Ce qu'exprime le résultat de cete dernière consultation:

VERTIGES/A/R
HTA/C/P

C'est l'évolution qui a permis de réviser le résultat de consultation en rattachant, a posteriori, les vertiges à la maladie hypertensive. Le lien de cause à effet n'est établi avec certitude que lors de la dernière consultation: l'efficacité incontestable et rapide du traitement anti-hypertenseur sur les vertiges le justifie.

Dans l'exemple cité plus haut d'une hypoglycémie chez un diabétique, la révision du diagnostic n'apparaît pas car il a été possible d'établir d'emblée une relation suffisamment certaine entre le problème nouveau et la maladie connue, permettant d'intégrer a priori le premier dans le tableau de la deuxième.

Quant au point de vue de l'épidémiologiste:

S'il étudie la morbidité, il aura à faire à un sujet présentant:

Une hypertension artérielle, toujours suivie du code "P", donc comptée une seule fois pour la période de référence;

Une artérite des membres inférieurs prise en compte de la même manière que l'HTA (fréquence = +1);

Des problèmes pathologiques ou non (angine, vaccin, etc.), apparaissant comme nouveaux à chaque consultation les concernant, et voyant la fréquence de leur morbidité augmenter de 1 à chaque recours les mentionnant;

Et les vertiges ?

Il seront ignorés en tant que "morbidité" puisque considérés comme inclus dans le tableau de l'HTA après la révision matérialisée par le code "R". Les compter serait compter deux fois cette maladie.

Cependant, ils restent inscrits dans le résultat de la visite que nous avons décrite. Il est donc possible de les retrouver, ce qui peut être exploité d'une manière ou d'une autre, par exemple dans une étude sur l'hypertension artérielle.

3.6.3.3. LE "FACTEUR TEMPS"

Cet exemple met 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 le chapitre I, 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. Risque et comportement rationnel ne sont pas incompatibles dès lors que le risque est reconnu et que l'évolution évitable est prévenue.

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 "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" (1p.215)

En résumé:

la représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance 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 ainsi la vigilance du médecin confronté au "facteur temps".

4. EXPLORER LE FIRMAMENT

La figure ci-dessous est celle qu'utilise R.N.BRAUN (1p.96) pour mettre en évidence le champ spécifique de la Médecine Générale ("dans un ciel par une nuit sans nuage, les diagnostics des maladies figurent les étoiles, et les états non diagnostiqués le noir qui les entoure") et développer les conséquences de cette représentation sur le concept de la "théorie professionnelle" ("recherche qui considère la Médecine dans le contexte global que lui impose le monde des faits").

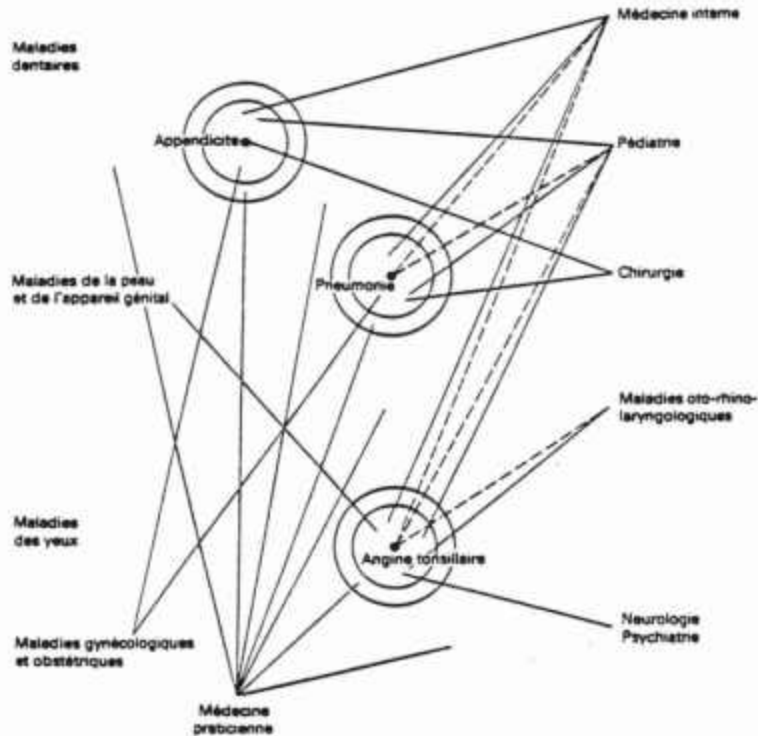


FIG. 12. — Résultats de diagnostics-consultations situés les uns par rapport aux autres sur un plan d'égalité. Les points : diagnostics exacts. Les cercles définissent des situations finales en relation étroite avec des diagnostics. Les cas de médecine pratique se placent dans l'espace libre et dans la zone comprise entre les cercles intérieurs et extérieurs. Les lignes pleines indiquent des relations importantes; les tracés en pointillé celles qui le sont moins.

Nous essaierons de voir comment l'utilisation de la représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance peut nous aider à préciser le contenu du "noir qui entoure les étoiles".

Etudions d'abord quelques exemples réels de consultation de Médecine Générale, qui nous serviront de "rampe de lancement" vers ce que R.N.BRAUN appelle le "firmament".

Cas n°1:

Il s'agit de M. PH..., un jeune homme de 23 ans qui consulte pour des céphalées frontales avec douleurs rétro-orbitaires d'intensité modérée, accentuées par l'effort, sans signes neurologiques associés ni signes infectieux.

Résultat de séance:

CEPHALEES/A/N

Traitement: antalgiques

Trois jours plus tard, le malade rappelle pour un malaise post-prandial. Les céphalées se sont accentuées, accompagnées de vomissements d'apparition brutale et récente, de vertiges; les reflexes ostéo-tendineux sont très vifs; la nuque est un peu raide.

Résultat de séance:

CEPHALEES/A/R
HYPERTENSION INTRACRANIENNE/B/N

Décision: Hospitalisation d'urgence en milieu neuro-chirurgical

Le lendemain, le malade est opéré d'un abcès frontal découvert à l'examen tomodensitométrique du crâne.

Cas n°2:

Nom.....	DU [REDACTED]
Prénom.....	NICOLE
né le JJ.MM.AA.....	13.11.35
sexe M/F.....	F
seullcoupl2fam3coll4 2	
actif O/N.....	0
profession.....	COMPTABLE
connu depuis 19AA...	61
atcd.....	HEMATOME SEIN GAUCHE 73
.....
.....
Attention.....

Mme DU..., demande une visite à domicile; elle est fatiguée, surmenée, dit avoir des difficultés à fixer son attention, faire des erreurs dans son travail. Elle veut quelques jours de repos. L'examen clinique ne retrouve pas d'anomalie notable (Cf.annexe 6).

Résultat de séance:

ASTHENIE/B/P

Décision: arrêt de travail de huit jours
rendez-vous de consultation dans deux jours

Le surlendemain, au cabinet médical, il apparait que Mme DU... présente depuis quelques semaines, une fatigue matinale, des difficultés à se lever, un certain désintéressement de son travail, "l'envie de ne rien faire". Elle a souvent des maux de tête sans horaires, non durables. L'examen clinique est normal.

Son dossier ne contient que des consultations pour de "petits problèmes" (angines, douleurs articulaires). Dans ses antécédents, on note une intervention en 1973 pour un hématome du sein gauche.

Résultat de séance:

ASTHENIE/B/R
DEPRESSION/C/N

Décision: traitement antidépresseur
bilan biologique: NFS, VS, iono, thy.

Les conditions favorables de la consultation et le temps consacré à ce cas, ont donc permis de réviser le résultat de la dernière consultation en complétant le tableau de dépression.

Le bilan biologique est demandé pour rechercher une cause organique d'asthénie. Les résultats obtenus trois jours plus tard sont normaux.

Je revois Mme DU... une semaine plus tard, accompagnée de son mari. Elle présente un "syndrome frontal" évident, avec euphorie, logorrhée, troubles mnésiques, troubles de l'attention, troubles de l'équilibre!

Son mari décrit l'installation progressive de la symptomatologie au cours de la semaine écoulée. Il est inquiet, mais semble dépassé par les événements. Après avoir examiné Mme DU.. j'écris une lettre pour le service de neurologie de l'hôpital voisin.

Résultat de séance:

DEPRESSION/C/R
SYNDROME NEUROLOGIQUE FRONTAL/B/N

Décision: hospitalisation en neurologie.

Un mois plus tard, Mme DU... vient en consultation pour parler de sa maladie. Elle a été opérée et va faire un séjour en maison de convalescence. Le compte-rendu d'hospitalisation reçu quelques jours plus tôt fait état du diagnostic histologique de méningiome malin.

Résultat de séance:

CONSEILS/O/N
 SYNDROME NEUROLOGIQUE FRONTAL/B/R
 MENINGIOME MALIN/D/P

Le recours pour conseils est ici mis à profit pour faire apparaître la modification du résultat de la consultation précédente, et mettre à jour le dossier en tenant compte du diagnostic établi.

Ces deux observations concernent des pathologies rarement observées en Médecine Générale (1 cas sur 3000 dénominations dans notre échantillon) ayant pour points de départ des symptômes très fréquemment observés dans le champ spécifique de la Médecine Générale.

C'est la rigueur qui découle de la notion de résultat de consultation, de position diagnostique d'égale valeur sur le plan décisionnel, et de code-suivi qui permet de saisir le processus conduisant du signe isolé à la maladie caractérisée.

A chaque consultation, la position diagnostique établie avec rigueur permet de laisser le cas "ouvert", évitant de se fixer sur des notions inexactes ou de suivre une hypothèse mal fondée. C'est ainsi qu'est réduit au minimum le risque d'une évolution évitable. Dans le cas de Mme DU... il s'est écoulé 9 jours entre la première consultation et le diagnostic fait à l'hôpital; trois jours dans le cas de M. PH...

L'exemple suivant concerne des maladies plus courantes. Nous l'aborderons à partir des résultats de séance.

Cas n°3:

Consultation à J 1	SINUSITE/B/N
Consultation à J 3	SINUSITE/B/R ARTHROSE/C/P

La patiente, Mme GU..., consulte pour des maux de tête diffus durant depuis plusieurs jours. Pas de fièvre. Pas de rhinorrhée, plutôt une obstruction nasale bilatérale.

L'examen met en évidence une douleur bilatérale à la pression dans la région des sinus frontaux. Le rachis cervical est un peu raide (Mme GU... est une "arthrosique")

Le syndrome "Sinusite" est retenu comme résultat de consultation.

Décision: radio des sinus et du rachis cervical
traitement antalgique, décongestion nasale,
inhalations

Mme GU... revient 2 jours plus tard, ayant toujours "mal à la tête". Elle est moins "encombrée du nez". Les radios montrent des sinus non opaques, mais il existe des signes d'unco-discarthrose. La reprise de l'interrogatoire permet de découvrir que les douleurs irradient souvent vers la nuque, surtout quand la patiente est fatiguée. Les points douloureux sinusiens, découverts précédemment sont devenus incertains.

Révision du résultat de consultation

Décision: traitement anti-inflammatoire et
décontracturant, conseils.

Cas n°4:

M. LEF..., 57 ans, cadre moyen, est connu de son médecin traitant depuis 30 ans.

La partie "antécédents" de son dossier indique qu'il présente depuis des années une angoisse pathologique s'étant manifestée par des épisodes d'asthénie, de douleurs imprécises, de céphalées et migraines, de "points au coeur", etc.

Il présente également une hypercholestérolémie traitée médicalement et un tabagisme modéré.

M. LEF.. est suivi par un cardiologue qui chaque année pratique un contrôle cardio-vasculaire permettant d'écarter l'origine organique des précordialgies dont il se plaint fréquemment.

De nombreux résultats de séance se présentent donc de la manière suivante:

HYPERLIPIDEMIE/A/P
ANGOISSE PATHOLOGIQUE/B/P

La lettre "B" choisie comme position diagnostique pour l'angoisse pathologique traduit que ce terme recouvre un syndrome dont les composantes varient dans le temps, comme nous l'avons vu plus haut.

Un mois avant la dernière consultation, une épreuve d'effort pratiquée après un nouvel épisode de douleurs rétro-sternales, se révèle positive sur l'ECG, sans récurrence de la douleur thoracique. A la suite de cet examen, est débuté un traitement par bêta-bloquant, dérivé nitré et anti-aggrégant plaquettaire. Une coronaro-ventriculo-graphie est programmée.

Le résultat de la consultation suivant l'examen spécialisé devient:

HYPERLIPIDEMIE/A/P
INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/N

Le choix de la lettre "N", comme problème nouveau, indique que le médecin ne rattache à ce résultat d'insuffisance coronarienne que le dernier épisode de douleurs thoraciques et non tous ceux qui se sont succédés depuis des années.

En effet, les examens complémentaires pratiqués jusqu'alors étaient normaux, et la bonne connaissance du patient par son médecin permettait à ce dernier de les faire entrer dans le cadre du syndrome de l'angoisse pathologique.

Voici, enfin, le résultat de la dernière consultation, quelques semaines plus tard:

INSUFFISANCE CORONARIENNE/A/R
ANGOISSE PATHOLOGIQUE/B/P
HYPERLIPIDEMIE/A/P

M. LEF.. vient consulter pour une crise douloureuse précordiale sans irradiation, survenue la veille. L'examen clinique est normal. Le patient apporte le résultat de la coronarographie: elle est normale.

Le médecin exprime donc, à travers le résultat de séance, sa décision de rattacher la symptomatologie douloureuse à l'angoisse de ce patient qu'il connaît depuis trente ans.

Sa décision thérapeutique découle de ce résultat: arrêt du traitement à visée cardiaque, poursuite du traitement de l'hypercholestérolémie, prescription d'un anxiolytique déjà utilisé avec succès chez ce patient.

Le codage suivant aurait indiqué au contraire le choix d'une thérapeutique à visée préventive:

INSUFFISANCE CORONARIENNE/A/P
 ANGOISSE PATHOLOGIQUE/B/P
 HYPERLIPIDEMIE/A/P

Le choix est discutable et doit être discuté avec le cardiologue car on sait l'importance sur un tel terrain du spasme coronarien et des risques toujours présents malgré des coronaires radiologiquement normales.

Ce n'est pas le principe de représentation tri-dimensionnelle du résultat de séance qui est en cause dans ce cas. Au contraire, elle y fait la preuve de sa capacité d'éclairer la démarche du médecin et de mettre en évidence le choix difficile qu'il a fait.

"Réviser" le résultat de consultation à ce stade n'implique pas de la part du médecin l'oubli d'une potentielle insuffisance coronarienne.

L'examen radiologique a, dans ce cas, apporté au malade une certaine réassurance qu'il a exprimée spontanément en décrivant sa dernière crise douloureuse comme une manifestation de son angoisse fondamentale.

Dans le choix du codage et donc de la décision thérapeutique, apparaît toute la complexité de la relation médecin-malade. C'est une dimension de la Médecine Générale qu'il ne faut pas oublier.

Ces quatre exemples démontrent l'importance du facteur temps dans la pratique de la Médecine Générale: il n'est pas possible, pas souhaitable, de faire un scanner à toute personne souffrant de céphalées ou une coloscopie à tous les constipés.

Les maladies débutent pourtant le plus souvent par des signes isolés (A) ou par des syndromes (B) que seule leur évolution permet de rattacher à des tableaux de maladie (C) qui peuvent être ensuite confirmés par des examens complémentaires (D).

A partir des quelques cas développés dans ce chapitre, le schéma suivant montre comment l'utilisation du "code-suivi" dans la représentation des résultats de consultation permet de relier

- un signe isolé aux maladies qui en sont la cause
- une maladie diagnostiquée aux signes isolés, syndromes et tableaux qu'elle génère.

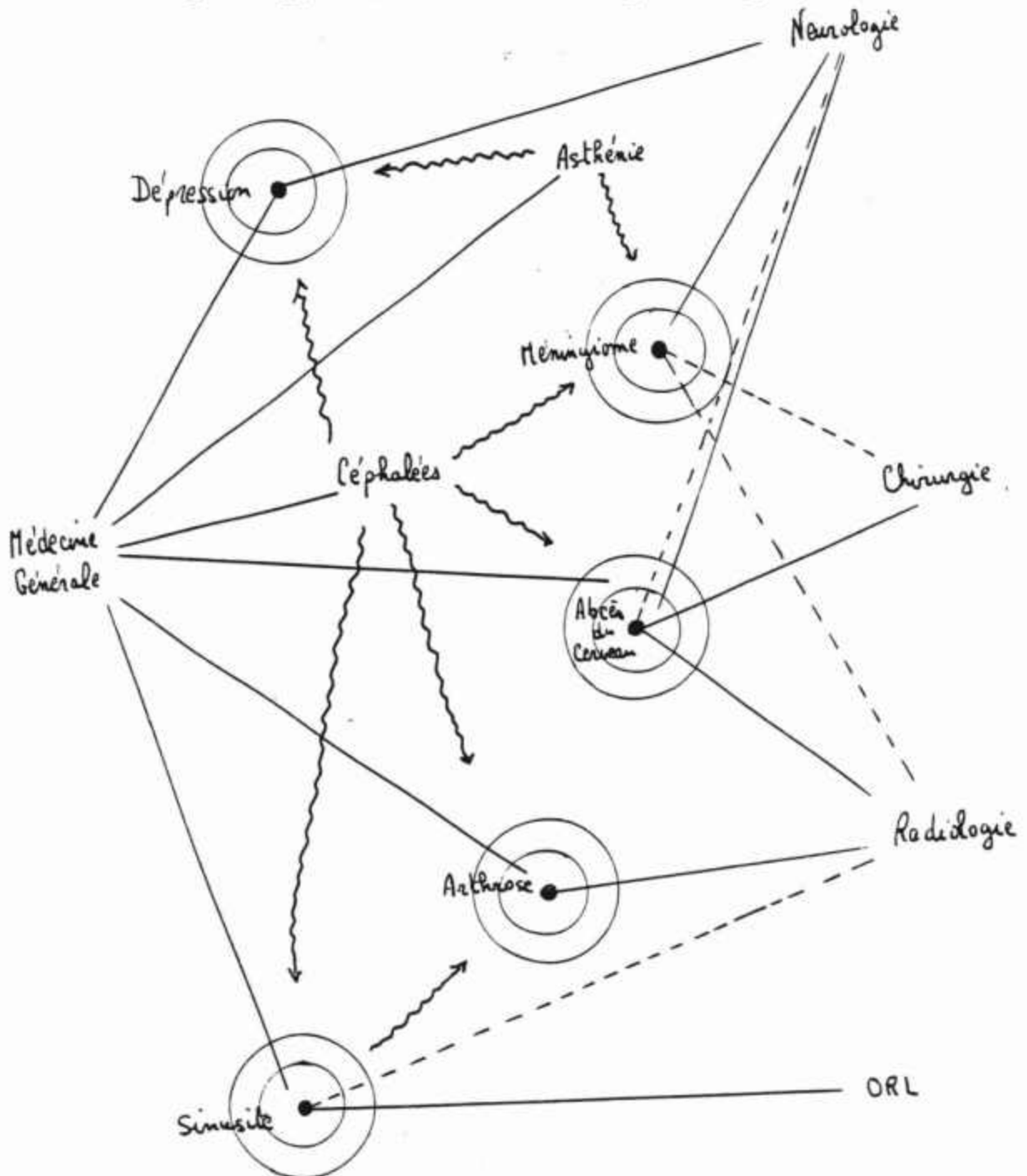
Sur cette figure, les points représentent les diagnostics complets, les petits cercles les tableaux de maladie, les grands cercles les syndromes en relation avec les diagnostics.

Les lignes brisées indiquent les révisions de résultat de consultation et leur sens. En les suivant, on suit l'évolution des maladies du signe isolé au diagnostic complet.

Les lignes pleines indiquent une relation importante, de certitude, entre une discipline médicale et une pathologie, à une position diagnostique donnée.

Les lignes pointillées ne permettent qu'une hypothèse diagnostique très probable dans une position diagnostique donnée.

Résultats de consultation et diagnostics situés les uns par rapport aux autres sur un plan d'égalité.



- ~~~~~> indique le sens de la révision d'un résultat de consultation
 ———> relation de certitude
 - - -> relation de probabilité

CONCLUSION

Outil de codage correspondant aux exigences et aux logiques de la Médecine Générale, fruit d'un recueil de données réalisé à partir et sous le contrôle de la pratique quotidienne, la représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance respecte les contraintes et les règles de la recherche en Médecine Générale.

Le "code-suivi", tel que nous le présentons, n'est validé que par notre expérience personnelle de recueil et d'analyse informatiques de 2000 résultats de séance de Médecine Générale.

Si nous l'avons présenté comme un instrument adapté à l'étude épidémiologique de la Médecine Générale, il apparaît aussi, dans notre expérience, le complément indispensable de la classification biaxiale des résultats de consultation de R.N.BRAUN, éclairant l'histoire naturelle du malade et/ou de sa maladie.

Conclure chaque consultation en s'imposant ce codage contribue à une décision qui, pouvant rendre compte de la situation du malade par rapport à sa maladie, permet une réponse mieux adaptée.

Mon intention est de continuer de l'appliquer dans ma pratique quotidienne et mon souhait qu'il puisse être expérimenté pour des travaux de recherche et d'enseignement de la Médecine Générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

=====

- 1 * Robert N.BRAUN: Pratique, critique, et enseignement de la Médecine Générale, ouvrage publié sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale, Payot, Paris 1979

- 2 * Documents de Recherche en Médecine Générale: bulletin de la Société Française de Médecine Générale, 29 avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

- 3 * Dr BENSAID: la consultation, Mercure de France, 1974

- 4 * Jérôme ANDRAL: "1983: une nouvelle taxinomie en Médecine Générale", thèse de Doctorat, Faculté de Paris-Sud, Mars 1987

- 5 * Recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale: rapport introductif, documents de recherche en Médecine Générale, n°17, Février/Mars 1985

- 6 * Rapport de la C.N.A.T.S., in "Le médecin de France", hebdomadaire de la C.S.M.F., n°508, 29 Octobre 1987

- 7 * Service des stastitiques, des études et des systèmes d'information du Ministère des affaires sociales et de la solidarité, N°22, Juillet 1986: Etude de la médecine de ville, comparaison des enquêtes

- 8 * Documents préparatoires au "Séminaire de préparation à l'enseignement et à la recherche en Médecine Générale", Bravonne, 19-23 Mai 1982, Société Française de Médecine Générale, 29 avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

- 9 * M.VALLADE-TRABELSI: "Etude critique de l'utilisation du code OMS pour la morbidité ressentie: à propos d'une enquête menée avec 55 médecins généralistes de l'Aquitaine", thèse de Doctorat, Bordeaux 1983.

- 10 * Adolf SONNLEITNER: "De la nature actuellement individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en Médecine Générale. Effets sur les calculs de fréquence statistique en Médecine Générale", mémoire en vue de l'accession au grade de Docteur en Médecine, Vienne 1986

11 * "Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en Médecine Générale praticienne - Corpus : trois recherches en cours dans deux sociétés savantes à l'initiative de médecins praticiens", rapport rédigé en 1979 dans le cadre du contrat passé entre la C.N.A.M.T.S., l'I.N.S.E.R.M. et le Docteur O.ROSOWSKI, Société Française de Médecine Générale, 29 avenue du Général Leclerc, 75014 Paris

12 * Paul ROBERT: "Le Petit Robert", dictionnaire alphabétique et analytique de la Langue Française, Société du Nouveau Littre

13 * M.GARNIER & V.DELAMARE, Dictionnaire des termes techniques de Médecine, 19ème édition, Librairie MALOINE, PARIS

14 * "Petit Larousse illustré", Librairie LAROUSSE, PARIS 1987

BIBLIOGRAPHIE

=====

- * Introduction à la Médecine Générale, Dossier documentaire de référence, tomes 1 (n°244) et 2 (n°245), U.E.R. expérimentale de Bobigny, Université de Paris Nord, 1984/1985

- * Eléments essentiels d'analyse et de décision en Médecine Générale, Certificat de synthèse clinique et thérapeutique, tomes 1 (n°250) et 2 (n°251), U.E.R. expérimentale de Bobigny, Université de Paris Nord, 1984/1985

- * Revue Prospective & Santé, n°37, Informatique et santé, Printemps 1986

- * Revue CADUTIQUE, 103 Bd Macdonald 75019 Paris, n°1 mars-avril 1984, numéro spécial mai 1986

- * Le Quotidien du Médecin, dossier informatique, supplément n°44 du 24 mai 1984

- * La Pratique Médicale, dossiers informatique, supplément du n°10 du 10 Mars 1984, supplément du n°46, du 1er Décembre 1984

- * Médica Gestion, le médecin et son entreprise, numéro spécial Octobre 1984, n°125, Octobre 1986

- * Association pour la Recherche et le Développement de l'innovation en Médecine, recueil de données avec utilisation de codes-diagnostic

- * E. BALINT et J.S. NORELL: Six minutes par patient, interactions en consultation de Médecine Générale, Collection science de l'homme, Payot, Paris 1976

- * Les fonctions du médecin omnipraticien: Corporation Professionnelle des Médecins du Québec, Volume XVII, n°3, édition spéciale du 3 Septembre 1977.

- * Revue des thèses en Médecine Générale, années 1977 à 1984, recueillies par le Dr Michel DOUMENC, Département de médecine de famille, Faculté de Médecine de Paris-Sud, Décembre 1984

ANNEXES

1.	Résumé du mode de codage	a 1
2.	Définitions	a 2
3.	Pyramide des âges (patients)	a 6
4.	Populations comparées	a 7
5.	Ancienneté de la clientèle	a 8
6.	Le cas de Mme DU... ..	a 9
7.	Liste alphabétique non corrigée des termes recueillis en temps réel	a10
8.	Liste alphabétique des dénominations	a21
9.	Fréquence observée des recours	a26
10.	Fréquence moyenne des résultats de consultation selon R.N.BRAUN	a31
11.	204 résultats de consultation codés selon la représentation tri-dimensionnelle	a36

TABLEAU 1

REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE
DES RESULTATS DE SEANCE EN MEDECINE GENERALE

I DENOMINATION (R.N.BRAUN)

II POSITION DIAGNOSTIQUE (R.N.BRAUN)

A SIGNE CARDINAL

B SYNDROME ou GROUPE DE SYMPTOMES

C TABLEAU DE MALADIE

D DIAGNOSTIC COMPLET

(O ETAT NON PATHOLOGIQUE)

III CODE-SUIVI

N Problème NOUVEAU

P Problème PERSISTANT

E EPISODE après intervalle libre

R REVISION d'un résultat de consultation

TABLEAU 2

DEFINITIONS

CONSULTATION: (12)

1° réunion de personnes qui délibèrent sur une affaire, un cas.

2° action de prendre avis

3° action de donner avis

4° médecine: le fait de recevoir des malades

EPISODE: (12)

(gr. epeisodion "partie d'un drame entre [epi] deux entrées [eisodoi])

1° Théat. action accessoire rattachée plus ou moins naturellement à l'action principale.

2° fait accessoire qui se rattache plus ou moins à un ensemble

V. aventure, incident, péripétie

INCIDENCE: (13)

fréquence des cas nouveaux

O.M.S. 1966: "nombre de cas de maladies qui ont commencé ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée dans une population". L'incidence s'exprime généralement en proportion par rapport au nombre d'individus.

MALADIE: (12)

1° altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité définissable.

ANT. santé

MORBIDITE: (13)

état de maladie.

Somme des maladies qui ont frappé un individu ou un groupe d'individus dans un temps donné (prévalence ou incidence).

PERSISTANT: (12)

qui persiste, qui se maintient sans faiblir ou qui dure malgré les obstacles.

V. constant, continu, durable, fixe, tenace

PREVALENCE: (13)

fréquence globale

O.M.S.1966: "nombre de cas de maladies ou de malades ou de tout autre évènement tel qu'un accident, dans une population donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens".

la prévalence est toujours précisée dans le temps.

PROBLEME: (12)

1° question à résoudre qui prête à discussion dans une science

2° difficulté qu'il faut résoudre pour obtenir un certain résultat; situation instable ou dangereuse exigeant une décision

RESULTAT: (12)

1° tout ce qui arrive à la suite et comme effet de qqch., avec un caractère durable

ce que produit une activité consciente dirigée vers une fin

2° solution (d'un problème)

REVISER: (12)

1° Examiner pour changer, corriger

V. modifier, améliorer, corriger

2° Vérifier le bon état, le bon fonctionnement de qqch.

REVISION: (12)

2° Mise à jour par un nouvel examen

3° Examen par lequel on vérifie qu'une chose est bien dans l'état où elle doit être

SEANCE: (12)

1594 "le fait d'être assis": de séant, p. présent de seoir

3° Durée généralement déterminée consacrée à un travail, une occupation qui réunit deux ou plusieurs personnes.

"Les progrès de la guérison, d'ailleurs, sont apparents après chaque séance" (Maupassant)

SUIVI: (14)

Mot récemment admis, ne figure pas encore dans le "LITRE"

opération permettant la mise en oeuvre d'un processus

SUIVRE: (12)

(la définition occupe 150 lignes)

I. venir après

II. garder une direction

III. se conformer à

...

IV. Porter son attention sur.

1° rester attentif à.

2° observer attentivement et continuellement dans son cours (l'évolution d'une action)

en prenant connaissance des états successifs, en se tenant au courant

♦ suivre quelqu'un: être attentif à son comportement, pour le surveiller. Médecin qui suit son malade.

3° Comprendre dans son déroulement

TABLEAU 3

PATIENTS

1041

HOMMES

FEMMES

439

602

42.17 %

57.83 %

âge

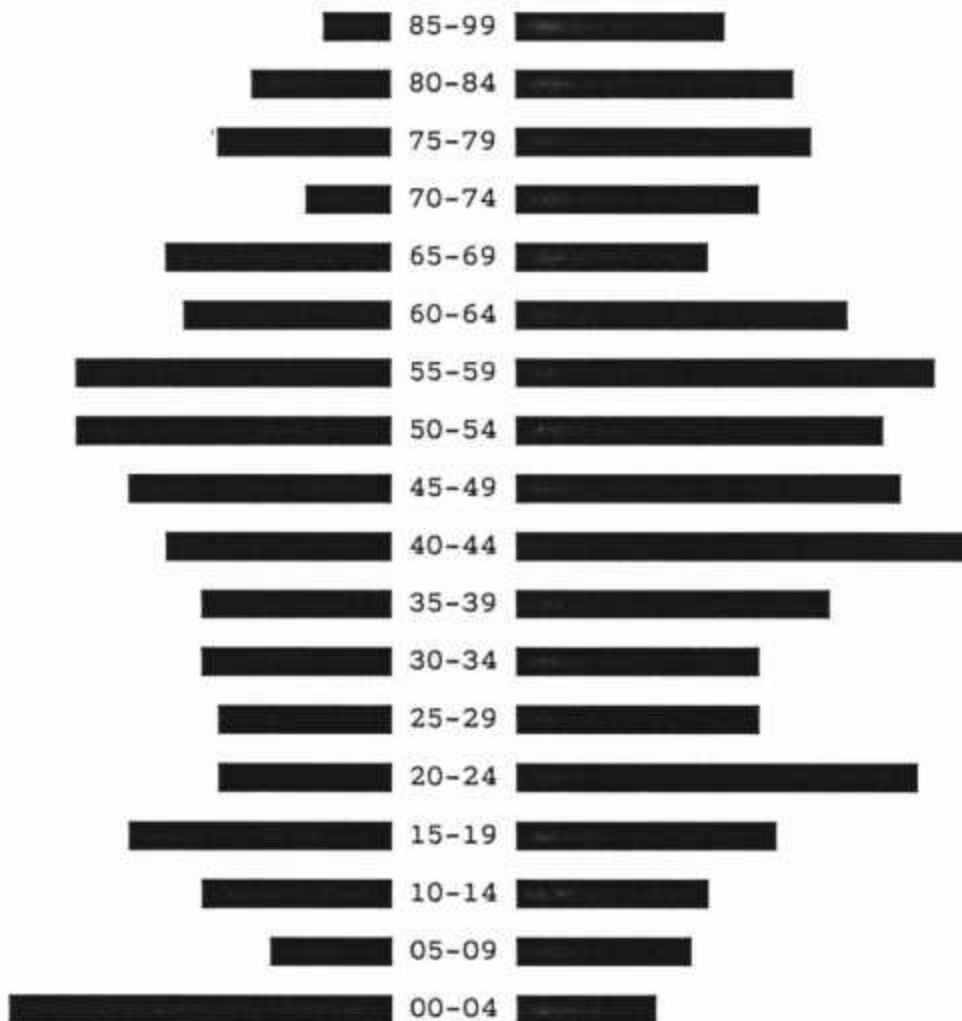


TABLEAU 4

			HOMMES	FEMMES
POPULATION BRUNOY = 24600			48.46 %	51.54 %
PATIENTS contactés = 1041			439 =	602 =
			42.17 %	57.83 %
Age	% pour Brunoy	% des patients		
85-99	1.6	3.17 %	8	25
80-84	1.5	4.80 %	17	33
75-79	1.6	5.28 %	21	34
70-74	1.8	3.75 %	10	29
65-69	2.4	4.80 %	27	23
60-64	3.9	6.15 %	25	39
55-59	4.7	8.36 %	39	48
50-54	6.0	7.49 %	36	42
45-49	8.6	7.20 %	30	45
40-44	5.6	7.68 %	27	53
35-39	8.0	5.76 %	23	37
30-34	10.2	5.00 %	23	29
25-29	6.3	4.61 %	20	28
20-24	8.1	6.53 %	21	47
15-19	7.3	5.76 %	30	30
10-14	8.6	4.42 %	23	23
05-09	7.6	3.27 %	14	20
00-04	5.9	5.96 %	45	17

TABLEAU 5

ANCIENNETE DE LA CLIENTELE

Patient connu depuis	nombre	%	pourcentage "cumulé"
plus de 28 ans	132	12.66	12.66
1959 = 28 ans	10	0.96	13.61
1960 = 27 ans	69	6.62	20.23
1961 = 26 ans	7	0.67	20.90
1962 = 25 ans	9	0.86	21.76
1963 = 24 ans	6	0.58	22.34
1964 = 23 ans	1	0.10	22.44
1965 = 22 ans	50	4.79	27.23
1966 = 21 ans	10	0.96	28.19
1967 = 20 ans	7	0.67	28.86
1968 = 19 ans	34	3.26	32.12
1969 = 18 ans	23	2.21	34.32
1970 = 17 ans	31	2.97	37.30
1971 = 16 ans	11	1.05	38.35
1972 = 15 ans	15	1.44	39.79
1973 = 14 ans	17	1.63	41.42
1974 = 13 ans	16	1.53	42.95
1975 = 12 ans	98	9.40	52.35
1976 = 11 ans	24	2.30	54.65
1977 = 10 ans	12	1.15	55.80
1978 = 9 ans	27	2.59	58.39
1979 = 8 ans	13	1.25	59.64
1980 = 7 ans	87	8.34	67.98
1981 = 6 ans	28	2.68	70.66
1982 = 5 ans	35	3.36	74.02
1983 = 4 ans	24	2.30	76.32
1984 = 3 ans	27	2.59	78.91
1985 = 2 ans	61	5.85	84.76
1986 = 1 an	56	5.37	90.12
1987 =	103	9.88	100.00
totaux:	1041	100.00 %	

TABLEAU 6

Nom..... DU [REDACTED]
 Prénom..... NICOLE
 né le JJ.MM.AA..... 13.11.35
 sexe M/F..... F
 seullcoup12fam3coll4 2
 actif O/N..... O
 profession..... COMPTABLE
 connu depuis 19AA... 61
 atcd..... HEMATOME SEIN GAUCHE 73

 Attention.....

Le 23.09.87 4/4 R*

toujours fatiguée hypersomnique lenteur idéatoire euphorique
 ptose paupières discrète assymétrie faciale
 troubles majeurs équilibre et coordination pas de deficit ROT vifs
 HOSP CHIC NEURO
 DEPRESSION/C/R
 SYNDROME FRONTAL/B/N

Le 16.09.87 3/4 R*

fatiguée depuis trois mois surtout depuis retour vacances apathie
 difficultés intellectuelles hypersomnie perte des envies anxieuse
 surmenage prof. EX. NL (neuro) 14/8 thyr=0
 HUMORYL 3Gel/J LEXOMIL 1.5/J
 ASTHENIE/B/R
 DEPRESSION/C/N

Le 14.09.87 2/4 V* R*

fatiguée depressive? EX NL AT8J à revoir cons
 ASTHENIE/B/P

Le 27.08.87 1/4

douleur avec blocage épaule D depuis juil87 dorsalgies periarthrite
 ALTIM:lboîte VOLTARENE LP:1/J PERCUTALGINE GEL:3/J
 PERIARTHROPATHIE/C/P

Notes: R* = Remplaçant
 V* = Visite à domicile

TABLEAU 7

LES 1350 DENOMINATIONS
RECUEILLIES EN TEMPS REEL
CLASSEES PAR ORDRE ALPHABETIQUE

Légende: a = rang dans l'ordre alphabétique
b = Nombre absolu des résultats de séance
contenant la dénomination
c = Dénomination telle qu'elle a été notée

a	b	c
1	1	ABCES DENTAIRE
2	1	ABCES(BECEGITE)
3	8	ABDOMINOPATHIE
4	1	ABLATION FILS CICATRICE
5	1	ACCID BUCCAL ANTIB
6	1	ACNE
7	5	ACOUPHENES
8	1	ACROSYNDROME
9	1	ACTE ADMINISTRATIF
10	2	ACTE PREVENT
11	1	ACTE PREVENTIF
12	1	ADAPTATION TTNT
13	1	AFFECT FEBR NON CARACT
14	1	AFFECT FEBRILE NON CARACT
15	1	ALLERGIE
16	1	ALOPECIE
17	2	AMAIGRISSEMENT
18	1	AMENORRHE PILULE
19	1	AMENORRHEE
20	1	AMENORRHEE PRIMAIRE
21	1	AMGDALITE AIGUE
22	7	AMYGDALITE
23	1	AMYGDALITE AIGUE
24	1	AMYGDALITE CRYPTIQUE
25	5	ANEMIE
26	2	ANEMIE HYPOCHROME
27	1	ANEMIE INFLAMMATOIRE
28	24	ANGINE
29	1	ANGINE + ADENOPATHIES
30	6	ANGINE ROUGE
31	1	ANGINE ROUGE
32	1	ANGINE ROUGE & ADENOPHTHIES
33	1	ANGINE+GGLS.
34	1	ANGNE
35	5	ANGOISSE
36	1	ANGOISSE APRES AFFECT.AIGUE
37	24	ANGOR
38	1	ANGOR
39	1	ANGOR AVEC ISCHEMIE
40	1	ANGOR STABLE

a	b	c
41	1	ANNEXITE CHRONIQUE
42	1	APPENDICECTOMIE
43	1	ARTERIOPATHIE
44	1	ARTERIOPATHIE M. INF
45	3	ARTERIOPATHIE M. INF.
46	2	ARTERIOPATHIE M.INF
47	6	ARTERIOPATHIE M.INF.
48	4	ARTERIOPATHIE M.INFERIEURS
49	16	ARTERIOSCLEROSE
50	2	ARTERIOSCLEROSE GENERALISEE
51	1	ARTERITE MENBRES INF.
52	1	ARTERITE MENBRES INFERIEURS
53	1	ARTERITE STADE IV
54	1	ARTEROISCLEROSE
55	1	ARTERRIOOPATHIE M.INF.
56	1	ARTERRIOPATHIE M.INF
57	1	ARTHOSE
58	1	ARTHRALGIES DU PIED D.
59	1	ARTHRITE OMO THORACIQUE
60	4	ARTHROPATHIE
61	1	ARTHROPATHIE GENOU D
62	1	ARTHROPATHIE GNOU D.
63	1	ARTHROPATHIE LUPIQUE
64	1	ARTHROPATHIE POST TRAUMA
65	3	ARTHROPATHIES
66	14	ARTHROSE
67	1	ARTHROSE
68	2	ARTHROSE DEFORMANTE
69	1	ARTHRALGIES
70	1	ARTRIOSCLEROSE
71	1	ARTYERIOPATHIE M.INF.
72	1	ARYTHMIE COMPLETE
73	1	ASCITE ETHYL
74	13	ASTHENIE
75	1	ASTHENIE POST OPERATOIRE
76	8	ASTHME
77	1	ASTHME ALLERGIQUE
78	1	ATTITUDE SCOLIOTIQUE
79	1	BILAN CONTRACEPTION
80	1	BILAN PATIENT A RISQUE
81	1	BLESSURE LEGERE
82	14	BRONCHITE AIGUE
83	2	BRONCHITE AIGUE
84	4	BRONCHITE CHRONIQUE
85	1	BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRON
86	1	BRULURE
87	1	BRULURES
88	1	CANCER SEIN
89	2	CARDIOPATHIE OPEREE
90	2	CATARRHE VOIES RESPIR.
91	1	CELLULITE
92	3	CEPHALEES
93	1	CERTICAT SPORT
94	1	CERTICAT VACANCES

a	b	c
95	1	CERTIF
96	1	CERTIFICAT
97	1	CERTIFICAT BASKET
98	3	CERTIFICAT SPORT
99	1	CERTIFICAT TRAVAIL
100	3	CERVICALGIES
101	1	CERVICTE
102	1	CHALAZION
103	2	CHUTE CHEVEUX
104	1	CHUTE DE CHEVEUX
105	1	CHUTE DIFFUSE CHEVEUX
106	1	CICATRICE SEIN
107	1	CICATRICES INFL
108	1	CIRRHOSE ALCOOLIQUE
109	1	CIRRHOSE ETHYL
110	1	COLIQUES ABDOMINALES
111	3	COLITE
112	1	COLOPATHIE CHRON.
113	11	COLOPATHIE CHRONIQUE
114	2	COLOPATHIE FONCTIONNELLE
115	1	COLOPATHIE FONCTIONNELLE
116	1	COMITIALITE
117	1	CONJONCTIVITE
118	1	CONJONCTIVITE ALLERGIQUE
119	1	CONSEIL
120	1	CONSEILS HYGIENE
121	12	CONSTIPATION
122	4	CONTRACEPTION
123	15	CONTRACEPTION ORALE
124	1	CONTRACT GROSSESSE
125	1	CONTRACTURES MUSCULAIRES
126	1	CONTUIONS
127	4	CONTUSION
128	1	CONTUSION EPAULE
129	2	CONTUSIONS
130	1	CORPS ETRANGER COND.AUDITIF
131	1	CRAMPES EPIG CHEZ ULCEREUSE
132	1	CYSTALGIES & URINES TROUBLES
133	4	CYSTITE
134	1	DENUTRITION
135	1	DEPRESSION
136	24	DEPRESSION
137	1	DEPRESSION
138	2	DEPRESSION CHEZ PSYCHOTIQUE
139	1	DEPRESSION REACTIONNELLE
140	1	DEPRSSION
141	1	DERMATOMYCOSE
142	2	DERMATOMYCOSE INTERDIGITALE
143	1	DERMATOPHYTOSE
144	1	DERMATOSE INDETERMINEE
145	1	DERMATOSE PRURIGINEUSE
146	1	DERMATOSE TYPE TRICHOPHYT.
147	5	DESHYDRATATION
148	16	DIABETE

a	b	c
149	1	DIABETE INSLINO DEPENDANT
150	9	DIARRHEE
151	3	DIARRHEE AIGUE
152	2	DIARRHEE FEBRILE
153	1	DIARRHEE REPETITION
154	1	DOIGT A RESSORT
155	4	DORSALGIES
156	1	DORSALGIES LOMBALGIES
157	1	DOUL. NON CARACTER.PIED D
158	6	DOULEUR OSSEUSE
159	1	DOULEUR OSSEUSE
160	1	DOULEUR PLANTAIRE
161	1	DOULEUR SACROILIAQUE G.
162	1	DOULEUR SCIATIQUE
163	1	DOULEUR TORAC. D.TRAUMAT
164	1	DOULEUR TYPE TENDINITE
165	1	DOULEUR URETHROVESICALE
166	1	DOULEURS DORSALES
167	1	DOULEURS CRANE POST TRAUMA
168	1	DOULEURS EPAULE D.
169	1	DOULEURS EPIGASTRIQUES
170	1	DOULEURS EPIGASTRIQUES
171	1	DOULEURS MAL DEFINIES JAMBE
172	1	DOULEURS OSSEUSES
173	1	DOULEURS POST TRAUMA
174	2	DOULEURS RHUMATISMALES
175	1	DOULEURS VERTEBRALES
176	3	DYSMENORRHEE
177	1	DYSMENORRHEE
178	1	DYSPEPSIE
179	1	DYSPEPSIE NOURRISSON
180	1	DYSPNEE CHRONIQUE
181	1	DYSYMETRIE MAMMAIRE
182	2	ECZEMA
183	1	ECZEMA ATOPIQUE
184	2	ECZEMA DYSHIDROTIQUE
185	1	ECZEMA DYSHYDROTIQUE
186	1	ECZEMA PAUPIERE
187	1	ENTORSE CHEVILLE
188	1	ENTORSE GENOU
189	1	ENTORSE TIBIOTARS.
190	1	ENTORSE TIBIOTARSIENNE
191	2	EPICONDYLITE
192	1	EPIGASTRALGIE
193	3	EPILEPSIE
194	4	ERYTHEME FESSIER
195	1	ETAT CACHECTIQUE
196	1	ETAT FEBRILE NON CARACTERI
197	1	ETAT GRABATAIRE
198	1	ETAT MIGRAINEUX
199	1	ETAT SEMI GRABATAIRE
200	1	EVANOUISSEMENT
201	1	EX SYST
202	1	EX SYST NOURRISSON

a	b	c
203	1	EX SYSTEMATIQUE
204	1	EX. SPORT
205	1	EX.NOURRISSON
206	1	EX.SYSTEMATIQUE NOURRISSON
207	1	EXAMEN 9 EME MOIS
208	1	EXAMEN ENFANT SYSTEMATIQUE
209	1	EXAMEN GROSSESSE
210	5	EXAMEN NOURRISSON
211	2	EXAMEN PRENUPTIAL
212	1	EXAMEN SYSTEM.GROSSESSE
213	3	EXAMEN SYSTEMATIQUE
214	1	EXAMEN SYSTEMATIQUE 2 ANS
215	1	EXOSTOSE
216	1	FAIBLESSES MUSCULAIRES
217	26	FATIGUE
218	1	FATIGUE
219	1	FATIGUE ADOLESCENCE
220	1	FATIGUE ORIG NON DETERMIN
221	2	FIBROME
222	1	FIEVRE
223	1	FIEVRE AVEC MALAISE GAL.
224	3	FIEVRE ISOLEE
225	1	FIEVRE MALAISE GENERAL
226	1	FIEVRE ORIGINE URINAIRE
227	1	FISSURE ANALE
228	1	FRACTURE 1ER METACARPIEN
229	2	FRACTURE L1
230	1	FRACTURE MALLEOLE EXT. D.
231	1	GASTRITE
232	1	GINGIVITE
233	1	GLAUCOME CHRONIQUE
234	2	GLOSSODYNIE
235	1	GOITRE SIMPLE ?
236	1	GONALGIE
237	1	GONALGIE ISOLEE
238	5	GONARTHROSE
239	1	GONARTHROSE GAUCHE
240	1	GOUTTE
241	1	GRABATAIRE SURV.
242	1	HALLUX DOULOUREUX
243	4	HEMATOME
244	1	HEMATOME SUPERF.POST TRAUM
245	4	HEMIPLEGIE
246	1	HEMIPLEGIE
247	1	HEMIPLEGIE DROITE
248	1	HEMORRAGIE DE GROSSESSE
249	1	HEMORRAGIES 2EME MOIS GROSS
250	1	HEMORROIDE
251	1	HEMORROIDES
252	5	HERNIE HIATALE
253	1	HERNIE INGUINALE
254	1	HERNIE INGUINALE G
255	1	HERNIES INGUINALES
256	1	HERPES LABIAL

a	b	c
257	1	HERPES OCULAIRE
258	152	HTA
259	2	HTA
260	1	HTA SUIVIE
261	2	HTA TRAITEE
262	1	HYDARTHROSE GENOU D
263	1	HYPERCHOLESTEROLEMIE
264	33	HYPERLIPEMIE
265	1	HYPERLIPEMIE STABILISEE
266	1	HYPERLIPEMIEE
267	7	HYPERURICEMIE
268	1	HYPRILIPEMIE
269	1	ICTERE
270	1	IMPUISSANCE
271	1	INFECT NASOSINUSIENNE
272	1	INFECTION RHINOPHARYNGEE
273	10	INSOMNIE
274	4	INSUFFISANCE CARDIAQUE
275	1	INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
276	2	INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRON
277	3	INSUFFISANCE CIRCULATOIRE
278	1	INSUFFISANCE CORONAIENNE
279	20	INSUFFISANCE CORONARIENNE
280	2	INSUFFISANCE RENALE
281	1	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE
282	1	INSUFFISANCE THYROIDIENNE
283	1	INTERTRIGO
284	3	JAMBES LOURDES
285	1	KYSTE POPLITE
286	1	LARYNGITE
287	1	LESION CUTANEE LUPIQUE
288	1	LESION MELANIQUE PLANTAIRE
289	1	LESIONS TYPE ECZEMA LICHEN
290	1	LITHIASE BILIAIRE
291	1	LITHIASE VESICULAIRE
292	4	LOMBALGIE
293	1	LOMBALGIE
294	18	LOMBALGIES
295	2	LOMBALGIES
296	1	LUMBAGO AIGU
297	1	LUXATION ACROMIOCLAVICUL
298	1	MAIGREUR
299	2	MAL DE GORGE
300	1	MALADIE PARKINSON
301	1	MALAISES
302	1	MASTODYNIE
303	1	MASTOSE
304	1	MASTOSE SANS T.INDIVID.
305	5	MENOPAUSE
306	1	MENOPAUSE SUIVI
307	5	METEORISME
308	1	METRORRAGIE DE GROSSESSE
309	1	METRORRAGIES
310	1	MIGRAINE OPHTALMIQUE AIGUE

a	b	c
311	6	MIGRAINES
312	1	MORSURE MAIN
313	1	MYALGIE
314	11	MYALGIES
315	1	MYALGIES ABDOM D'EFFORT
316	1	MYALGIES NON CARACT.
317	1	MYDRIASE IATROGENE
318	1	MYOCARDIOPATHIE NON OBSTR.
319	1	MYOCARDIOPATHIE NON OBSTRUCT
320	1	MYOCARDITE
321	1	NAEVUS
322	1	NERVOSIME
323	10	NERVOSISME
324	2	NEURALGIE SCIATIQUE
325	1	NEURALGIES
326	1	NEURALGIES FRONTALES G.
327	1	NEURALGIES SCIATIQUES
328	1	NEVROSE ANGOISSE
329	2	NEVROSE D'ANGOISSE
330	1	NEZ SEC
331	3	OBESITE
332	1	OBSERVATION PATIENT RISQUE
333	1	OEDEME DES M.INFERIEURS
334	1	OEDEME DES MEMBRES INF.
335	1	OEDEME M.INF.
336	1	OEDEME MEMBRE SUPERIEUR
337	1	OEDEME MEMBRES INFERIEURS
338	1	OEDEME POST ENTORSE
339	1	OEDEMES M.INFERIEURS
340	2	OREILLONS
341	3	OSTEOPOROSE
342	1	OTALGIE
343	5	OTITE
344	1	OTITE EXTERNE
345	1	OTITE SEREUSE
346	4	PALPITATIONS
347	1	PARESTHESIES M.SUP
348	3	PARKINSON
349	6	PERIARTHROPATHIE
350	1	PERIARTHROPATHIE EPAULE
351	1	PERICARDITE POSTOPERATOIRE
352	1	PERTES VAG.PURULENTES
353	1	PHARINGITE & RHINITE
354	24	PHARYNGITE
355	1	PHLEGMON DE L'AMYGDALE
356	1	PHOBIES
357	1	PLAIE DE LA MAIN
358	1	PLAINTES CIRCUL.MAL DEFINI
359	1	PLAINTES MULTIPLES HYST
360	1	PLAINTES NON CARACTRISTIQUES
361	3	PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE
362	1	POLYARTHRITE
363	1	POLYPE
364	1	POUSSEE D'ARTHROSE

a	b	c
365	1	PR. EXISTENTIELS
366	1	PREMENOPAUSE
367	1	PREVENTION PALUDISME
368	1	PROBLEME RELATIONNEL
369	1	PROBLEMES DE SOINS DOMICILE
370	1	PROLONG.REPOS
371	3	PROSTATISME
372	4	PRURIT
373	1	PRURIT ANAL
374	2	PRURIT LOCALISE
375	1	PRURIT VULVAIRE
376	1	PRURIT(ORIGINE VEINEUSE)
377	1	PSH POST TRAUMA
378	7	PSYCHOSE CHRONIQUE
379	1	PSYCHOSE MANIACODEPRESSIVE
380	1	PYODERMITE
381	4	PYURIE
382	1	RENOVELL CONTRACEPTION
383	1	RETINOPATHIE
384	1	RETRECISSEMENT AORTIQUE
385	1	RETRECISSEMENT MITRAL
386	19	RHINITE
387	1	RHINITE
388	1	RHINITE & DOUL SINUS
389	3	RHINITE ALLERGIQUE
390	1	RHINITE ET CONJONCTIVITE
391	1	RHINOPHARYNGITE
392	1	RHUMATISME ARTHROSIQUE
393	1	RHUMATISME VERTEBRAL
394	2	RHUMATISMES
395	1	RUMINATIONS OBSEDANTES
396	1	SCIATIQUE
397	1	SENILITE
398	1	SEP
399	1	SEQUELLES HEMIPLEGIE
400	1	SINUSITE
401	1	SINUSITE FRONTALE
402	1	SINUSITE FRONTO MAXILLAIRE
403	1	SPASMES ADDOMINAUX
404	1	SUITE DEPRESSION
405	2	SUIVI CARDIOPATHIE
406	1	SUIVI DOULEURS VERTEBR
407	1	SUIVI HTA
408	1	SUIVI INSUFF VENTR G
409	1	SUIVI K LANGUE
410	1	SUIVI K SEIN
411	1	SUIVI REEDUCATION
412	1	SURCHARGE PONDERALE
413	1	SURINFECTION BRONCHIQUE
414	2	SURMENAGE
415	1	SURMENAGE ASTHENIE
416	1	SURMENAGE BILAN
417	1	SURMENAGE HYPEREXCITATION
418	1	SURV HTA

a	b	c
419	1	SURV. ANUS ARTIF.
420	1	SURV. GROSSESSE
421	1	SURV.CARDIOPATHIE
422	1	SURV.POLYPES COLON
423	1	SURVEIL.PATIENT A RISQUE
424	1	SURVEILLANCE CANCER SEIN
425	1	SURVEILLANCE ETAT GAL
426	1	SURVEILLANCE F. RISQUE
427	1	SURVEILLANCE GRABATAIRE
428	1	SURVEILLANCE K.COLON OPERE
429	2	SURVEILLANCE PATIENT RISQUE
430	1	SURVEILLANCE POST OPER.
431	1	SURVEILLANCE PROLAPSUS
432	1	SURVEILLANCE STIMULATEUR
433	1	SUSPICION POLYPE COECUM
434	1	SYNDR FEBR NON CEARACT
435	1	SYNDR.BRONCHITE CHRON.
436	1	SYNDROME ABDOMINAL AIGU
437	1	SYNDROME PREMENSTRUEL
438	1	T.A. A SURVEILLER
439	1	TABAGISME
440	1	TABLEAU ALLERGIE RESPIRAT
441	1	TABLEAU D'APPENDICITE
442	1	TABLEAU DE COLLAPSUS
443	1	TACHYCARDIE
444	2	TALALGIE
445	1	TARSALGIES
446	2	TENDINITE
447	1	TENDINITE TRICEPS
448	1	TENSION ARTERIELLE SURV
449	1	THROMBOPHLEBITE(SEQUELLES)
450	1	THROMBOSE ARTERIELLE
451	1	TIQUE CUTANEE
452	1	TOENIA
453	3	TORTICOLIS
454	10	TOUX
455	1	TR CONSCIENCE
456	1	TR DE LA MARCHE
457	2	TR DIGESTIFS FONCT
458	1	TR DIGESTIFS NON CARACT
459	1	TR DYSPEPTIQUES NON CARACT
460	1	TR EXISTENTIELS
461	1	TR FONCT DIGESTIFS FONCT
462	1	TR NON CARACT M SUP
463	1	TR SENSITFS M INF
464	1	TR. CIRCULATOIRES CEREBR.
465	1	TR. MAL DEFINIS PAR ACCES
466	1	TR. MENOPAUSE
467	1	TR. NERVEUX & AGITATION
468	1	TR. RELAT.& EXISTENTIELS
469	1	TR.ADOLESCENCE
470	1	TR.DIGESTIFS
471	1	TR.DIGESTIFS FONCT.
472	2	TR.DU RYTHME

a	b	c
473	2	TR.MAL DEFINIS PAR ACCES
474	3	TR.MENOPAUSE
475	1	TR.MENOPAUSE(SUIVI)
476	1	TR.MICTION.
477	1	TR.MICTIONNELS
478	1	TR.POLYMORPHES EVOL.BREVE
479	1	TR.PSY
480	1	TR.PSY IATROGENES
481	1	TR.VEINEUX M.INF.
482	1	TRAUMA CRANIEN
483	1	TRAUMA GENOU D. ECCHYMOSE
484	1	TRAUMA MAIN
485	2	TREMBLEMENTS
486	1	TRHOMBOSE HEMORROIDAIRE
487	1	TRHOMBOSES VEINEUSES SEQU.
488	2	TROUBLES DE MEMOIRE
489	3	TROUBLES DU COMPORTEMENT
490	5	TROUBLES DU RYTHME
491	1	TROUBLES DU RYTHME
492	1	TROUBLES DU SOMMEIL
493	3	TROUBLES MAL DEFINIS
494	1	TROUBLES MAL DEFINIS
495	7	TROUBLES MENOPAUSE
496	6	TROUBLES MENOPAUSIQUES
497	1	TROUBLES PREMENOPAUSIQUES
498	3	TROUBLES RYTHME
499	1	TROUBLES SEXUELS
500	1	TROUBLES STATIQUES
501	1	TROUBLES TROPHIQUES M.INF
502	1	TROUBLES VIE SEXUELLE
503	1	TROUBLES VISUELS
504	1	TUMEUR SEIN GAUCHE
505	1	TUMEUR SOUS CUTANEE
506	1	ULCERE DUODENAL
507	1	ULCERE JAMBE
508	1	ULCUS DUODENAL
509	1	ULCUS EVOLUTIF
510	3	URETHRITE
511	5	URTICAIRE
512	1	URTICAIRE SOLAIRE
513	43	VACCIN
514	1	VACCIN TETANOS
515	1	VAGINITE
516	1	VALVULOPATHIE(BARLOW)
517	1	VARICELLE
518	17	VARICES
519	1	VARICES SAPHENE INTERNE
520	1	VERGETURES POURPRES
521	1	VERRUE
522	7	VERTIGES
523	1	VERTIGES ANCIENS
524	1	VIROSE RESPIRATOIRE
525	1	ZONA
526	1	ZONA ABDOMINAL D

a	b	c
527	1	ZONA COMPLIQUE
528	1	ZONA FESSE
529	1	ZONA INTERCOSTAL

TABLEAU 8

LES 1347 DENOMINATIONS RECUEILLIES
CLASSEES PAR ORDRE ALPHABETIQUE

Légende: a = rang dans l'ordre alphabétique
b = Nombre absolu des résultats de seance
contenant chaque dénomination
c = Fréquence pour 1000 recours
d = rang par "fréquence moyenne" dans la liste des
résultats de consultation établie par R.N.BRAUN
(Cf chapitre II 1.2)
(... = dénomination non codée par R.N.BRAUN)
e = Dénomination selon la nomenclature de R.N.BRAUN

a	b	c	d	e
1	1	0.74	242	ABCES DENTAIRE
2	1	0.74	007	ABCES
3	10	7.42	16	ABDOMINOPATHIES
4	1	0.74	...	ABLATION FILS CICATRICE
5	1	0.74	148	ACNE
6	5	3.71	201	ACOUPHENES
7	1	0.74	358	ACROSYNDROME
8	11	8.17	650	ACTE ADMINISTRATIF
9	4	2.97	602	ACTE DE PREVENTION
10	1	0.74	...	ALLERGIE
11	1	0.74	282	ALOPECIE
12	4	2.97	116	AMAIGRISSEMENT
13	2	1.48	129	AMENORRHEE HYPOMENORRHEE
14	8	5.94	230	ANEMIES
15	45	33.41	009	ANGINE AMYGDALITE
16	1	0.74	252	ANNEXITE CHRONIQUE
17	1	0.74	256	ANOMALIES DE LA MARCHE
18	1	0.74	231	ANOMALIES POSTURALES
19	2	1.48	032	APPENDICITE
20	22	16.33	101	ARTERIOSCLEROSE
21	23	17.07	308	ARTERITE MEMBRES INFERIEURS
22	27	20.04	012	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE
23	25	18.56	071	ARTHROSE
24	1	0.74	163	ARYTHMIE COMPLETE
25	48	35.63	128	ASTHENIE
26	10	7.42	269	ASTHME
27	4	2.97	689	AUTRES PROBLEMES RELATIONNELS
28	1	0.74	191	BLESSURE LEGERE
29	1	0.74	068	BLESSURE PAR MORSURE
30	17	12.62	056	BRONCHITE AIGUE
31	6	4.45	099	BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE
32	2	1.48	227	BRULURE DE LA LANGUE
33	2	1.48	083	BRULURES
34	1	0.74	074	CANCER AUTRE
35	1	0.74	206	CANCER EPITHELIOMA DE LA PEAU
36	3	2.23	338	CANCER SEIN

a	b	c	d	e
37	2	1.48	029	CATARRHE VOIES RESPIRATOIRES
38	1	0.74	...	CELLULITE
39	3	2.23	010	CEPHALEES
40	3	2.23	380	CERVICALGIES
41	1	0.74	137	CERVICITE
42	1	0.74	217	CHALAZION
43	4	2.97	278	CHUTE DIFFUSE DES CHEVEUX
44	2	1.48	233	CICATRICES CUTANEEES DOULOUREUSE
45	3	2.23	234	CIRRHOSE DU FOIE
46	20	14.85	361	COLITE
47	2	1.48	014	CONJONCTIVITE
48	1	0.74	671	CONSEILS HYGIENE
49	12	8.91	021	CONSTIPATION
50	1	0.74	644	CONTRACEPTION CONSEILS
51	20	14.85	641	CONTRACEPTION ORALE
52	13	9.65	006	CONTUSION
53	1	0.74	506C	CORPS ETRANGER CONDUIT AUDITIF
54	11	8.17	117	CYSTITE
55	32	23.76	257	DEPRESSION
56	4	2.97	103	DERMATOMYCOSE AUTRE
57	6	4.45	058	DERMITE AIGUE
58	5	3.71	...	DESHYDRATATION
59	17	12.62	144	DIABETE
60	15	11.14	324	DIARRHEE ISOLEE
61	1	0.74	324	DOIGT A RESSORT
62	2	1.48	...	DORSALGIES
63	3	2.23	028	DOULEURS EPIGASTRIQUES
64	9	6.68	325	DOULEURS OSSEUSES
65	4	2.97	090	DYSMENORRHEE
66	8	5.94	252	DYSPEPSIE ADULTE
67	1	0.74	036	DYSPEPSIE NOURRISSON
68	1	0.74	067	DYSPNEE
69	1	0.74	510	DYSYMETRIE MAMMAIRE
70	3	2.23	141	ECZEMA DYSHIDROTIQUE
71	4	2.97	008	ECZEMA
72	1	0.74	261	EMBOLIE DES EXTREMITES
73	4	2.97	053	ENTORSE CHEVILLE
74	1	0.74	123	ENTORSE GENOU
75	2	1.48	123	EPICONDYLITE
76	4	2.97	115	EPILEPSIE
77	18	13.36	600	EXAMEN SUJET SAIN
78	1	0.74	354	EXOSTOSE
79	1	0.74	238	FAIBLESSE MUSCULAIRE LOCALISEE
80	1	0.74	294	FAUSSES DOULEURS D'ACCOUCHEMENT
81	2	1.48	225	FIBROME
82	2	1.48	023	FIEVRE AVEC MALAISE GENERAL
83	8	5.94	001	FIEVRE ISOLEE
84	1	0.74	277	FISSURE ANALE
85	1	0.74	125	FRACTURE DOIGTS
86	3	2.23	042	FRACTURES AUTRES
87	1	0.74	164	GINGIVITE
88	1	0.74	284	GLAUCOME
89	1	0.74	210	BOULE DANS LA GORGE
90	1	0.74	070	GOITRE SIMPLE

a	b	c	d	e
91	1	0.74	307	HALLUX VALGUS
92	5	3.71	079	HEMATOME
93	7	5.20	062	HEMIPLEGIE
94	3	2.23	511	HEMORRAGIES GROSSESSE
95	3	2.23	134	HEMORROIDES
96	5	3.71	386	HERNIE HIATALE
97	3	2.23	045	HERNIE INGUINALE
98	2	1.48	109	HERPES
99	161	119.52	018	HTA
100	38	28.21	310	HYPERLIPIDEMIE
101	8	5.94	411	HYPERURICEMIE GOUTTE
102	4	2.97	395	HYPOCHONDRIE
103	1	0.74	...	ICTERE
104	1	0.74	265	IMPUISSANCE
105	11	8.17	142	INSOMNIE
106	2	1.48	147	INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
107	12	8.91	031	INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQU
108	49	36.38	027	INSUFFISANCE CORONARIENNE
109	1	0.74	390	INSUFFISANCE RESP. CHRONIQUE
110	1	0.74	258	INSUFFISANCE THYROIDIENNE
111	1	0.74	182	INTERTRIGO
112	3	2.23	...	JAMBES LOURDES
113	1	0.74	130	KYSTE SYNOVIAL
114	1	0.74	085	LARYNGITE
115	1	0.74	127	LEUCORRHEES
116	1	0.74	327	LICHEN PLAN
117	2	1.48	077	LITHIASE BILIAIRE
118	29	21.53	013	LOMBALGIES
119	2	1.48	264	LUPUS ERYTHEMATEUX
120	1	0.74	192	LUXATION
121	2	1.48	078	MAL DE GORGE
122	1	0.74	169	MASTODYNIE
123	3	2.23	318	MASTOSE
124	5	3.71	219	METEORISME
125	1	0.74	090	METRORRAGIES
126	8	5.94	246	MIGRAINE
127	1	0.74	088	MONOARTHRITE AVEC EPANCHEMENT
128	2	1.48	221	MYALGIES EXOGENES
129	20	14.85	002	MYALGIES
130	1	0.74	506B	MYDRIASE IATROGENE
131	3	2.23	312	MYOCARDITE
132	1	0.74	272	NAEVUS
133	2	1.48	351	NEPHROPATHIES CHRONIQUES
134	13	9.65	145	NERVOSISME
135	4	2.97	382	NEURALGIE SCIATIQUE
136	1	0.74	382	NEURALGIES SCIATIQUES
137	2	1.48	015	NEURALGIES
138	9	6.68	273	NEVROSE D'ANGOISSE
139	1	0.74	377	NEZ SEC
140	4	2.97	133	OBESITE
141	5	3.71	122	OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS
142	1	0.74	...	OEDEME DES MEMBRES SUPERIEURS
143	2	1.48	084	OREILLONS
144	3	2.23	375	OSTEOPOROSE

a	b	c	d	e
145	1	0.74	093	OTALGIE
146	1	0.74	170	OTITE EXTERNE
147	6	4.45	011	OTITE MOYENNE AIGUE
148	4	2.97	135	PALPITATIONS
149	1	0.74	043	PARESTHESIES NOCTURNES EXTREMIT
150	3	2.23	096	PARESTHESIES
151	4	2.97	213	PARKINSON
152	15	11.14	617	PATIENT A RISQUE
153	3	2.23	012B	PERIARTHRITE SCAPULO-HUMERALE
154	3	2.23	228	PERTE DE CONNAISSANCE
155	24	17.82	020	PHARYNGITE
156	1	0.74	359	PHLEBITE SUPERFICIELLE
157	1	0.74	113	PHLEGMON DE L'AMYGDALE
158	2	1.48	355	PHOBIES
159	1	0.74	004	PLAIE CUTANEE ISOLEE
160	4	2.97	038	PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE
161	2	1.48	110	POLLAKIURIE
162	1	0.74	171	POLYARTHRITE AIGUE
163	1	0.74	683	PROBLEMES DE SOINS MEDICAUX
164	1	0.74	082	PROLAPSUS UTERIN VAGINAL
165	3	2.23	407	PROSTATISME
166	9	6.68	196	PRURIT
167	7	5.20	216	PSYCHOSES CHRONIQUES
168	1	0.74	063	PYODERMITE
169	1	0.74	506B	RETINOPATHIE
170	25	18.56	047	RHINITE
171	3	2.23	181	RHINOPHARYNGITE
172	1	0.74	398	RUMINATIONS OBSEDANTES
173	1	0.74	334	SEP
174	4	2.97	059	SINUSITE FRONTALE
175	3	2.23	661	SOINS PRENATAUX
176	2	1.48	039	SPASMES ADDOMINAUX
177	1	0.74	175	STOMATITE
178	1	0.74	429	SYNDROME PREMENSTRUEL
179	1	0.74	...	TABAGISME
180	1	0.74	107	TACHYCARDIE
181	5	3.71	249	TARSALGIES
182	4	2.97	155	TENOSYNOVITE
183	1	0.74	353	TIQUES
184	1	0.74	501	TOENIA
185	10	7.42	003	TOUX
186	2	1.48	617	TRAITEMENT A RISQUE
187	2	1.48	...	TREMBLEMENTS
188	1	0.74	330	TROUBLES ATTRIBUES A LA PILULE
189	2	1.48	348	TROUBLES DE MEMOIRE
190	11	8.17	413	TROUBLES DU RYTHME SAUF ACFA
191	3	2.23	112	TROUBLES MAL DEFINIS PAR ACCES
192	26	19.30	131	TROUBLES MENOPAUSIQUES
193	3	2.23	024	TROUBLES POLYMORPHES EVOL. BREV
194	7	5.20	017	TROUBLES POLYM. NON ORGANIQUES
195	1	0.74	172	TROUBLES STATIQUES
196	2	1.48	366	TROUBLES VIE SEXUELLE
197	1	0.74	374	TROUBLES VISUELS
198	4	2.97	037	ULCERE GASTRODUODENAL

a	b	c	d	e
199	1	0.74	066	ULCERE JAMBE
200	3	2.23	303	URETHRITE NON SPECIFIQUE
201	6	4.45	075	URTICAIRE
202	44	32.67	...	VACCIN
203	1	0.74	200	VAGINITE VULVITE
204	6	4.45	208	VALVULOPATHIE
205	1	0.74	061	VARICELLE
206	19	14.11	073	VARICES
207	1	0.74	385	VERGETURES MAMMAIRES
208	2	1.48	092	VERRUES
209	8	5.94	026	VERTIGES
210	5	3.71	105	ZONA

TABLEAU 9

LES 1347 DENOMINATIONS RECUEILLIES
CLASSEES PAR ORDRE DE FREQUENCE OBSERVEE DES RECOURS

Légende: a = numéro d'ordre
b = Nombre absolu des résultats de seance
contenant chaque dénomination
c = Fréquence de chaque dénomination pour 1000 recours
d = rang par "fréquence moyenne" dans la liste des
résultats de consultation établie par R.N.BRAUN
(Cf chapitre II 1.2)
(... = dénomination non codée par R.N.BRAUN)
e = Dénomination selon la nomenclature de R.N.BRAUN

a	b	c	d	e
1	161	119.52	018	HTA
2	49	36.38	027	INSUFFISANCE CORONARIENNE
3	48	35.63	128	ASTHENIE
4	45	33.41	009	ANGINE AMYGDALITE
5	44	32.67	...	VACCIN
6	38	28.21	310	HYPERLIPIDEMIE
7	32	23.76	257	DEPRESSION
8	29	21.53	013	LOMBALGIES
9	27	20.04	012	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE
10	26	19.30	131	TROUBLES MENOPAUSIQUES
11	25	18.56	047	RHINITE
12	25	18.56	071	ARTHROSE
13	24	17.82	020	PHARYNGITE
14	23	17.07	308	ARTERITE MEMBRES INFERIEURS
15	22	16.33	101	ARTERIOSCLEROSE
16	20	14.85	002	MYALGIES
17	20	14.85	641	CONTRACEPTION ORALE
18	20	14.85	361	COLITE
19	19	14.11	073	VARICES
20	18	13.36	600	EXAMEN SUJET SAIN
21	17	12.62	144	DIABETE
22	17	12.62	056	BRONCHITE AIGUE
23	15	11.14	617	PATIENT A RISQUE
24	15	11.14	324	DIARRHEE ISOLEE
25	13	9.65	145	NERVOSISME
26	13	9.65	006	CONTUSION
27	12	8.91	031	INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQU
28	12	8.91	021	CONSTIPATION
29	11	8.17	413	TROUBLES DU RYTHME SAUF ACFA
30	11	8.17	142	INSOMNIE
31	11	8.17	117	CYSTITE
32	11	8.17	650	ACTE ADMINISTRATIF
33	10	7.42	003	TOUX
34	10	7.42	269	ASTHME
35	10	7.42	16	ABDOMINOPATHIES

a	b	c	d	e
36	9	6.68	196	PRURIT
37	9	6.68	273	NEVROSE D'ANGOISSE
38	9	6.68	325	DOULEURS OSSEUSES
39	8	5.94	026	VERTIGES
40	8	5.94	246	MIGRAINE
41	8	5.94	411	HYPERURICEMIE GOUTTE
42	8	5.94	001	FIEVRE ISOLEE
43	8	5.94	252	DYSPEPSIE ADULTE
44	8	5.94	230	ANEMIES
45	7	5.20	017	TROUBLES POLYM. NON ORGANIQUES
46	7	5.20	216	PSYCHOSES CHRONIQUES
47	7	5.20	062	HEMIPLEGIE
48	6	4.45	208	VALVULOPATHIE
49	6	4.45	075	URTICAIRE
50	6	4.45	011	OTITE MOYENNE AIGUE
51	6	4.45	058	DERMITE AIGUE
52	6	4.45	099	BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE
53	5	3.71	105	ZONA
54	5	3.71	249	TARSALGIES
55	5	3.71	122	OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS
56	5	3.71	219	METEORISME
57	5	3.71	386	HERNIE HIATALE
58	5	3.71	079	HEMATOME
59	5	3.71	...	DESHYDRATATION
60	5	3.71	201	ACOUPHENES
61	4	2.97	037	ULCERE GASTRODUODENAL
62	4	2.97	155	TENOSYNOVITE
63	4	2.97	059	SINUSITE FRONTALE
64	4	2.97	038	PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE
65	4	2.97	213	PARKINSON
66	4	2.97	135	PALPITATIONS
67	4	2.97	133	OBESITE
68	4	2.97	382	NEURALGIE SCIATIQUE
69	4	2.97	395	HYPOCHONDRIE
70	4	2.97	115	EPILEPSIE
71	4	2.97	053	ENTORSE CHEVILLE
72	4	2.97	008	ECZEMA
73	4	2.97	090	DYSMENORRHEE
74	4	2.97	103	DERMATOMYCOSE AUTRE
75	4	2.97	278	CHUTE DIFFUSE DES CHEVEUX
76	4	2.97	689	AUTRES PROBLEMES RELATIONNELS
77	4	2.97	116	AMAIGRISSEMENT
78	4	2.97	602	ACTE DE PREVENTION
79	3	2.23	303	URETHRITE NON SPECIFIQUE
80	3	2.23	024	TROUBLES POLYM. D'EVOLUTION BRE
81	3	2.23	112	TROUBLES MAL DEFINIS PAR ACCES
82	3	2.23	661	SOINS PRENATAUX
83	3	2.23	181	RHINOPHARYNGITE
84	3	2.23	407	PROSTATISME
85	3	2.23	228	PERTE DE CONNAISSANCE
86	3	2.23	012B	PERIARTHRITE SCAPULO-HUMERALE
87	3	2.23	096	PARESTHESIES
88	3	2.23	375	OSTEOPOROSE
89	3	2.23	312	MYOCARDITE

a	b	c	d	e
90	3	2.23	318	MASTOSE
91	3	2.23	...	JAMBES LOURDES
92	3	2.23	045	HERNIE INGUINALE
93	3	2.23	134	HEMORROIDES
94	3	2.23	511	HEMORRAGIES GROSSESSE
95	3	2.23	042	FRACTURES AUTRES
96	3	2.23	141	ECZEMA DYSHIDROTIQUE
97	3	2.23	028	DOULEURS EPIGASTRIQUES
98	3	2.23	234	CIRRHOSE DU FOIE
99	3	2.23	380	CERVICALGIES
100	3	2.23	010	CEPHALEES
101	3	2.23	338	CANCER SEIN
102	2	1.48	092	VERRUES
103	2	1.48	366	TROUBLES VIE SEXUELLE
104	2	1.48	348	TROUBLES DE MEMOIRE
105	2	1.48	...	TREMBLEMENTS
106	2	1.48	617	TRAITEMENT A RISQUE
107	2	1.48	039	SPASMES ADDOMINAUX
108	2	1.48	110	POLLAKIURIE
109	2	1.48	355	PHOBIES
110	2	1.48	084	OREILLONS
111	2	1.48	015	NEURALGIES
112	2	1.48	351	NEPHROPATHIES CHRONIQUES
113	2	1.48	221	MYALGIES EXOGENES
114	2	1.48	078	MAL DE GORGE
115	2	1.48	264	LUPUS ERYTHEMATEUX
116	2	1.48	077	LITHIASE BILIAIRE
117	2	1.48	147	INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
118	2	1.48	109	HERPES
119	2	1.48	023	FIEVRE AVEC MALAISE GENERAL
120	2	1.48	225	FIBROME
121	2	1.48	123	EPICONDYLITE
122	2	1.48	...	DORSALGIES
123	2	1.48	014	CONJONCTIVITE
124	2	1.48	233	CICATRICES CUTANEEES DOULOUREUSE
125	2	1.48	029	CATARRHE VOIES RESPIRATOIRES
126	2	1.48	083	BRULURES
127	2	1.48	227	BRULURE DE LA LANGUE
128	2	1.48	032	APPENDICITE
129	2	1.48	129	AMENORRHEE HYPOMENORRHEE
130	1	0.74	385	VERGETURES MAMMAIRES
131	1	0.74	061	VARICELLE
132	1	0.74	200	VAGINITE VULVITE
133	1	0.74	066	ULCERE JAMBE
134	1	0.74	374	TROUBLES VISUELS
135	1	0.74	172	TROUBLES STATIQUES
136	1	0.74	330	TROUBLES ATTRIBUES A LA PILULE
137	1	0.74	501	TOENIA
138	1	0.74	353	TIQUES
139	1	0.74	107	TACHYCARDIE
140	1	0.74	...	TABAGISME
141	1	0.74	429	SYNDROME PREMENSTRUEL
142	1	0.74	175	STOMATITE
143	1	0.74	334	SEP

a	b	c	d	e
144	1	0.74	398	RUMINATIONS OBSEDANTES
145	1	0.74	506B	RETINOPATHIE
146	1	0.74	063	PYODERMITE
147	1	0.74	082	PROLAPSUS UTERIN VAGINAL
148	1	0.74	683	PROBLEMES DE SOINS MEDICAUX
149	1	0.74	171	POLYARTHRITE AIGUE
150	1	0.74	004	PLAIE CUTANEE ISOLEE
151	1	0.74	113	PHLEGMON DE L'AMYGDALE
152	1	0.74	359	PHLEBITE SUPERFICIELLE
153	1	0.74	043	PARESTH. NOCTURNES DES EXTREMIT
154	1	0.74	170	OTITE EXTERNE
155	1	0.74	093	OTALGIE
156	1	0.74	...	OEDEME DES MEMBRES SUPERIEURS
157	1	0.74	377	NEZ SEC
158	1	0.74	382	NEURALGIES SCIATIQUES
159	1	0.74	272	NAEVUS
160	1	0.74	506B	MYDRIASE IATROGENE
161	1	0.74	088	MONOARTHRITE AVEC EPANCHEMENT
162	1	0.74	090	METRORRAGIES
163	1	0.74	169	MASTODYNIE
164	1	0.74	192	LUXATION
165	1	0.74	327	LICHEN PLAN
166	1	0.74	127	LEUCORRHEES
167	1	0.74	085	LARYNGITE
168	1	0.74	130	KYSTE SYNOVIAL
169	1	0.74	182	INTERTRIGO
170	1	0.74	258	INSUFFISANCE THYROIDIENNE
171	1	0.74	390	INSUFFISANCE RESP. CHRONIQUE
172	1	0.74	265	IMPUISSANCE
173	1	0.74	...	ICTERE
174	1	0.74	307	HALLUX VALGUS
175	1	0.74	070	GOITRE SIMPLE
176	1	0.74	210	GLOBE BOULE DANS LA GORGE
177	1	0.74	284	GLAUCOME
178	1	0.74	164	GINGIVITE
179	1	0.74	125	FRACTURE DOIGTS
180	1	0.74	277	FISSURE ANALE
181	1	0.74	294	FAUSSES DOULEURS DE ACCOUCHEMEN
182	1	0.74	238	FAIBLESSES MUSCULAIRES LOCALISE
183	1	0.74	354	EXOSTOSE
184	1	0.74	123	ENTORSE GENOU
185	1	0.74	261	EMBOLIE DES EXTREMITES
186	1	0.74	510	DYSYMETRIE MAMMAIRE
187	1	0.74	067	DYSPNEE
188	1	0.74	036	DYSPEPSIE NOURRISSON
189	1	0.74	324	DOIGT A RESSORT
190	1	0.74	506C	CORPS ETRANGER CONDUIT AUDITIF
191	1	0.74	644	CONTRACEPTION CONSEILS
192	1	0.74	671	CONSEILS HYGIENE
193	1	0.74	217	CHALAZION
194	1	0.74	137	CERVICITE
195	1	0.74	...	CELLULITE
196	1	0.74	206	CANCER EPITHELIOMA DE LA PEAU
197	1	0.74	074	CANCER AUTRE

a	b	c	d	e
198	1	0.74	068	BLESSURE PAR MORSURE
199	1	0.74	191	BLESSURE LEGERE
200	1	0.74	163	ARYTHMIE COMPLETE
201	1	0.74	231	ANOMALIES POSTURALES
202	1	0.74	256	ANOMALIES DE LA MARCHE
203	1	0.74	252	ANNEXITE CHRONIQUE
204	1	0.74	282	ALOPECIE
205	1	0.74	...	ALLERGIE
206	1	0.74	358	ACROSYNDROME
207	1	0.74	148	ACNE
208	1	0.74	...	ABLATION FILS CICATRICE
209	1	0.74	007	ABCES
210	1	0.74	242	ABCES DENTAIRE

TABLEAU 10

LES 1347 DENOMINATIONS CLASSEES
 SELON LA "FREQUENCE MOYENNE" DES RESULTATS
 DE CONSULTATION RELEVÉE PAR R.N.BRAUN

Légende:

- a = numéro d'ordre
 b = Nombre absolu des résultats de seance
 contenant chaque dénomination
 c = Fréquence de chaque dénomination pour 1000 recours
 d = rang par "fréquence moyenne" dans la liste des
 résultats de consultation établie par R.N.BRAUN
 (Cf chapitre II 1.2)
 (... = dénomination non codée par R.N.BRAUN)
 e = Dénomination selon la nomenclature de R.N.BRAUN

a	b	c	d	e
1	1	0.74	...	ABLATION FILS CICATRICE
2	1	0.74	...	ALLERGIE
3	1	0.74	...	CELLULITE
4	5	3.71	...	DESHYDRATATION
5	2	1.48	...	DORSALGIES
6	1	0.74	...	ICTERE
7	3	2.23	...	JAMBES LOURDES
8	1	0.74	...	OEDEME DES MEMBRES SUPERIEURS
9	1	0.74	...	TABAGISME
10	2	1.48	...	TREMBLEMENTS
11	44	32.67	...	VACCIN
12	8	5.94	001	FIEVRE ISOLEE
13	20	14.85	002	MYALGIES
14	10	7.42	003	TOUX
15	1	0.74	004	PLAIE CUTANEE ISOLEE
16	13	9.65	006	CONTUSION
17	1	0.74	007	ABCES
18	4	2.97	008	ECZEMA
19	45	33.41	009	ANGINE AMYGDALITE
20	3	2.23	010	CEPHALEES
21	6	4.45	011	OTITE MOYENNE AIGUE
22	27	20.04	012	ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE
23	3	2.23	012B	PERIARTHRITE SCAPULO-HUMERALE
24	29	21.53	013	LOMBALGIES
25	2	1.48	014	CONJONCTIVITE
26	2	1.48	015	NEURALGIES
27	10	7.42	016	ABDOMINOPATHIES
28	7	5.20	017	TROUBLES POLYM. NON ORGANIQUES
29	161	119.52	018	HTA
30	24	17.82	020	PHARYNGITE
31	12	8.91	021	CONSTIPATION
32	2	1.48	023	FIEVRE AVEC MALAISE GENERAL
33	3	2.23	024	TROUBLES POLYM. D'EVOLUTION BRE

a	b	c	d	e
34	8	5.94	026	VERTIGES
35	49	36.38	027	INSUFFISANCE CORONARIENNE
36	3	2.23	028	DOULEURS EPIGASTRIQUES
37	2	1.48	029	CATARRHE VOIES RESPIRATOIRES
38	12	8.91	031	INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQU
39	2	1.48	032	APPENDICITE
40	1	0.74	036	DYSPEPSIE NOURRISSON
41	4	2.97	037	ULCERE GASTRODUODENAL
42	4	2.97	038	PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE
43	2	1.48	039	SPASMES ADDOMINAUX
44	3	2.23	042	FRACTURES AUTRES
45	1	0.74	043	PARESTH. NOCTURNES DES EXTREMIT
46	3	2.23	045	HERNIE INGUINALE
47	25	18.56	047	RHINITE
48	4	2.97	053	ENTORSE CHEVILLE
49	17	12.62	056	BRONCHITE AIGUE
50	6	4.45	058	DERMITE AIGUE
51	4	2.97	059	SINUSITE FRONTALE
52	1	0.74	061	VARICELLE
53	7	5.20	062	HEMIPLÉGIE
54	1	0.74	063	PYODERMITE
55	1	0.74	066	ULCERE JAMBE
56	1	0.74	067	DYSPNEE
57	1	0.74	068	BLESSURE PAR MORSURE
58	1	0.74	070	GOITRE SIMPLE
59	25	18.56	071	ARTHROSE
60	19	14.11	073	VARICES
61	1	0.74	074	CANCER AUTRE
62	6	4.45	075	URTICAIRE
63	2	1.48	077	LITHIASE BILIAIRE
64	2	1.48	078	MAL DE GORGE
65	5	3.71	079	HEMATOME
66	1	0.74	082	PROLAPSUS UTERIN VAGINAL
67	2	1.48	083	BRULURES
68	2	1.48	084	OREILLONS
69	1	0.74	085	LARYNGITE
70	1	0.74	088	MONOARTHRITE AVEC EPANCHEMENT
71	4	2.97	090	DYSMENORRHEE
72	1	0.74	090	METRORRAGIES
73	2	1.48	092	VERRUES
74	1	0.74	093	OTALGIE
75	3	2.23	096	PARESTHESIES
76	6	4.45	099	BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE
77	22	16.33	101	ARTERIOSCLEROSE
78	4	2.97	103	DERMATOMYCOSE AUTRE
79	5	3.71	105	ZONA
80	1	0.74	107	TACHYCARDIE
81	2	1.48	109	HERPES
82	2	1.48	110	POLLAKIURIE
83	3	2.23	112	TROUBLES MAL DEFINIS PAR ACCES
84	1	0.74	113	PHLEGMON DE L'AMYGDALE
85	4	2.97	115	EPILEPSIE
86	4	2.97	116	AMAIGRISSEMENT
87	11	8.17	117	CYSTITE

a	b	c	d	e
88	5	3.71	122	OEDEME DES MEMBRES INFERIEURS
89	1	0.74	123	ENTORSE GENOU
90	2	1.48	123	EPICONDYLITE
91	1	0.74	125	FRACTURE DOIGTS
92	1	0.74	127	LEUCORRHEES
93	48	35.63	128	ASTHENIE
94	2	1.48	129	AMENORRHEE HYPOMENORRHEE
95	1	0.74	130	KYSTE SYNOVIAL
96	26	19.30	131	TROUBLES MENOPAUSIQUES
97	4	2.97	133	OBESITE
98	3	2.23	134	HEMORROIDES
99	4	2.97	135	PALPITATIONS
100	1	0.74	137	CERVICITE
101	3	2.23	141	ECZEMA DYSHIDROTIQUE
102	11	8.17	142	INSOMNIE
103	17	12.62	144	DIABETE
104	13	9.65	145	NERVOSISME
105	2	1.48	147	INSUFFISANCE CARDIAQUE AIGUE
106	1	0.74	148	ACNE
107	4	2.97	155	TENOSYNOVITE
108	1	0.74	163	ARYTHMIE COMPLETE
109	1	0.74	164	GINGIVITE
110	1	0.74	169	MASTODYNIE
111	1	0.74	170	OTITE EXTERNE
112	1	0.74	171	POLYARTHRITE AIGUE
113	1	0.74	172	TROUBLES STATIQUES
114	1	0.74	175	STOMATITE
115	3	2.23	181	RHINOPHARYNGITE
116	1	0.74	182	INTERTRIGO
117	1	0.74	191	BLESSURE LEGERE
118	1	0.74	192	LUXATION
119	9	6.68	196	PRURIT
120	1	0.74	200	VAGINITE VULVITE
121	5	3.71	201	ACOUPHENES
122	1	0.74	206	CANCER EPITHELIOMA DE LA PEAU
123	6	4.45	208	VALVULOPATHIE
124	1	0.74	210	GLOBE BOULE DANS LA GORGE
125	4	2.97	213	PARKINSON
126	7	5.20	216	PSYCHOSES CHRONIQUES
127	1	0.74	217	CHALAZION
128	5	3.71	219	METEORISME
129	2	1.48	221	MYALGIES EXOGENES
130	2	1.48	225	FIBROME
131	2	1.48	227	BRULURE DE LA LANGUE
132	3	2.23	228	PERTE DE CONNAISSANCE
133	8	5.94	230	ANEMIES
134	1	0.74	231	ANOMALIES POSTURALES
135	2	1.48	233	CICATRICES CUTANEEES DOULOUREUSE
136	3	2.23	234	CIRRHOSE DU FOIE
137	1	0.74	238	FAIBLESSES MUSCULAIRES LOCALISE
138	1	0.74	242	ABCES DENTAIRE
139	8	5.94	246	MIGRAINE
140	5	3.71	249	TARSALGIES
141	1	0.74	252	ANNEXITE CHRONIQUE

a	b	c	d	e
142	8	5.94	252	DYSPEPSIE ADULTE
143	1	0.74	256	ANOMALIES DE LA MARCHE
144	32	23.76	257	DEPRESSION
145	1	0.74	258	INSUFFISANCE THYROIDIENNE
146	1	0.74	261	EMBOLIE DES EXTREMITES
147	2	1.48	264	LUPUS ERYTHEMATEUX
148	1	0.74	265	IMPUISSANCE
149	10	7.42	269	ASTHME
150	1	0.74	272	NAEVUS
151	9	6.68	273	NEVROSE D'ANGOISSE
152	1	0.74	277	FISSURE ANALE
153	4	2.97	278	CHUTE DIFFUSE DES CHEVEUX
154	1	0.74	282	ALOPECIE
155	1	0.74	284	GLAUCOME
156	1	0.74	294	FAUSSES DOULEURS DE ACCOUCHEMEN
157	3	2.23	303	URETHRITE NON SPECIFIQUE
158	1	0.74	307	HALLUX VALGUS
159	23	17.07	308	ARTERITE MEMBRES INERIEURS
160	38	28.21	310	HYPERLIPIDEMIE
161	3	2.23	312	MYOCARDITE
162	3	2.23	318	MASTOSE
163	15	11.14	324	DIARRHEE ISOLEE
164	1	0.74	324	DOIGT A RESSORT
165	9	6.68	325	DOULEURS OSSEUSES
166	1	0.74	327	LICHEN PLAN
167	1	0.74	330	TROUBLES ATTRIBUES A LA PILULE
168	1	0.74	334	SEP
169	3	2.23	338	CANCER SEIN
170	2	1.48	348	TROUBLES DE MEMOIRE
171	2	1.48	351	NEPHROPATHIES CHRONIQUES
172	1	0.74	353	TIQUES
173	1	0.74	354	EXOSTOSE
174	2	1.48	355	PHOBIES
175	1	0.74	358	ACROSYNDROME
176	1	0.74	359	PHLEBITE SUPERFICIELLE
177	20	14.85	361	COLITE
178	2	1.48	366	TROUBLES VIE SEXUELLE
179	1	0.74	374	TROUBLES VISUELS
180	3	2.23	375	OSTEOPOROSE
181	1	0.74	377	NEZ SEC
182	3	2.23	380	CERVICALGIES
183	4	2.97	382	NEURALGIE SCIATIQUE
184	1	0.74	382	NEURALGIES SCIATIQUES
185	1	0.74	385	VERGETURES MAMMAIRES
186	5	3.71	386	HERNIE HIATALE
187	1	0.74	390	INSUFFISANCE RESP. CHRONIQUE
188	4	2.97	395	HYPOCHONDRIE
189	1	0.74	398	RUMINATIONS OBSEDANTES
190	3	2.23	407	PROSTATISME
191	8	5.94	411	HYPERURICEMIE GOUTTE
192	11	3.71	413	TROUBLES DU RYTHME SAUF ACFA
193	1	0.74	429	SYNDROME PREMENSTRUEL
194	1	0.74	501	TOENIA
195	1	0.74	506C	CORPS ETRANGER CONDUIT AUDITIF

a	b	c	d	e
196	1	0.74	506B	MYDRIASE IATROGENE
197	1	0.74	506B	RETINOPATHIE
198	1	0.74	510	DYSYMETRIE MAMMAIRE
199	3	2.23	511	HEMORRAGIES GROSSESSE
200	18	13.36	600	EXAMEN SUJET SAIN
201	4	2.97	602	ACTE DE PREVENTION
202	15	11.14	617	PATIENT A RISQUE
203	2	1.48	617	TRAITEMENT A RISQUE
204	20	14.85	641	CONTRACEPTION ORALE
205	1	0.74	644	CONTRACEPTION CONSEILS
206	11	8.17	650	ACTE ADMINISTRATIF
207	3	2.23	661	SOINS PRENATAUX
208	1	0.74	671	CONSEILS HYGIENE
219	1	0.74	683	PROBLEMES DE SOINS MEDICAUX
210	4	2.97	689	AUTRES PROBLEMES RELATIONNELS

TABLEAU 11

204 RESULTATS DE SEANCE CODES SELON LA REPRESENTATION
TRI-DIMENSIONNELLE AVANT L'UTILISATION DU CODE-SUIVI "R"

(NB: Voir exemples de résultats de séance avec)
(le code-suivi "R" dans l'exposé, chapitre III)

Représentation du résultat de séance:

I	II	III
DENOMINATION / "POSITION DIAGNOSTIQUE" / CODE-SUIVI		

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
 SINUSITE FRONTALE/C/P . ASTHME/C/E .
 DORSALGIES/A/E .
 HTA/C/P . LOMBALGIES/A/N .
 DEPRESSION/C/E . LOMBALGIES/A/P .
 HTA/C/P . NAEVUS/A/N .
 CANCER/D/P .
 ASTHME/C/P .
 HTA/C/P . JAMBES LOURDES/A/P .
 RHINITE/B/N .
 VACCIN IMMUNISATION/O/N . CERTIFICAT/O/N .
 FATIGUE/A/P . ANNEXITE/B/N .
 HTA/C/P .
 RHINITE/B/N . EXAMEN SUJET SAIN/O/P .
 VAGINITE/B/P . CYSTITE/B/P .
 GOITRE SIMPLE/A/P . GERURES ET CREVASSES DES MAINS/A/N .
 DOULEURS EPIGASTRIQUES/B/N . METEORISME/A/N .
 TROUBLES MENOPAUSIQUES/C/P . ACROSYNDROME/B/P .
 DIARRHEE/A/N .
 ERYTHEME INFECTIEUX/B/P .
 HTA/C/P .
 DIABETE/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/N . (2)
 HEMORRAGIE VEINEUSE/B/N . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P . (2)
 EVENTRATION/C/P . PSYCHOSE CHRONIQUE/C/P .
 HTA/C/P . CERTIFICAT/O/N .
 ARTHROSE/C/P . INSOMNIE/A/P .
 ANGINE/C/N .
 SINUSITE FRONTALE/B/N .
 HTA/C/P . ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS/C/P .
 DEPRESSION/C/P . HYPERLIPIDEMIE/A/P .
 PHARYNGITE/B/P .
 HTA/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 LOMBALGIES/B/P .

EXAMEN SUJET SAIN/O/N .
 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
 VACCIN IMMUNISATION/O/N . ANGOISSE PATHOLOGIQUE/A/P .
 HTA/C/P .
 CERTIFICAT/O/N . VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 URETHRITE/A/N .
 PHARYNGITE/B/N .
 BRONCHITE AIGUE/C/N .
 PHARYNGITE/A/N .
 ASTHENIE/A/P .
 ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE/C/P .
 HTA/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P . THROMBOPHLEBITE/C/P .
 NERVOSISME/A/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 RHINOPHARYNGITE/B/N . (1)
 ANGINE/A/N .
 FATIGUE/A/P .
 MAL DE GORGE/A/N .
 PHARYNGITE/A/N .
 LYMPHADENITE/A/P . RHINITE/A/N .
 NAUSEES/A/N . FATIGUE/A/P .
 PHARYNGITE/B/N .
 LOMBALGIES/B/P . SCLEROSE EN PLAQUES/D/P .
 ASTHME/C/P . BRONCHITE AIGUE/C/N .
 POLYARTHRITE RHUMATOIDE/C/P . BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P . ANGOISSE PATHOLOGIQUE/A/P
 HTA/C/P .
 TRAITEMENT A RISQUE/O/P .
 DIABETE/C/P .
 FIEVRE AVEC MALAISE GENERALISE/B/N .
 HTA/C/P . HYPERLIPIDEMIE/A/P .
 MAL DE GORGE/A/N .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P . ARTHROSE/C/P . DEPRESSION/C/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE /C/P . ARTERITE MEMBRES INFERIEURS/C/P .
 SUJET A RISQUE/O/P . HTA/C/P .
 ANGINE/C/N .
 DYSPEPSIE/A/P . ARTHROSE/C/P .
 CERVICALGIES/A/N . ANGOISSE PATHOLOGIQUE/B/P .
 BOUFFEES DE CHALEUR/A/P .
 HTA/C/P . ARTHROSE/C/P . OBESITE AUGMENTATION PONDERALE/A/N .
 LEUCORRHEES/A/N .
 HTA/C/P . DOULEURS OSSEUSES/A/P .
 HTA/C/P . NEURALGIES/A/N .
 HTA/C/P . NERVOSISME/A/P .
 SINUSITE FRONTALE/C/N . ASTHME/C/P .
 HTA/C/P . PROSTATISME/B/N .
 MIGRAINES/C/P .
 RHINITE/A/P . EXAMEN SUJET SAIN/O/P . (3)
 DIABETE/D/P . FURONCLE/C/N . VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 HTA/A/N . (4)
 MYALGIES EXOGENES/A/N .
 FATIGUE/A/N .
 PALPITATIONS/A/N . MASTOSE/A/N .
 SINUSITE FRONTALE/C/P .
 COLITE/B/P .
 DIARRHEE/A/N .

INSUFFISANCE CORONARIENNE/D/P . HYPERLIPIDEMIE/A/P .
 RHINOPHARYNGITE/B/N .
 MIGRAINES/C/P .
 BOULE ANGOISSE/A/P .
 LYMPHANGITE/C/P .
 RHINOPHARYNGITE/C/P . OTITE MOYENNE AIGUE/C/N .
 ENTORSE DU GENOU/B/N . CONTRACEPTION ORALE/O/P .
 LUXATION/A/N .
 RHINOPHARYNGITE/C/N .
 DIARRHEE/A/N . HYPOTENSION ARTERIELLE/A/N .
 EXAMEN SUJET SAIN/O/N . (4)
 EVENTRATION/A/N .
 EXAMEN SUJET SAIN/O/P . VACCIN IMMUNISATION/O/P . (4)
 ANGOISSE PATHOLOGIQUE/A/P . COLITE/C/P .
 ENTORSE/A/N . HYPERURICEMIE/A/P .
 RHINOPHARYNGITE/B/N .
 CONTRACEPTION ORALE/O/P . VARICES/A/N .
 HTA/C/P . HYPERLIPIDEMIE/A/P .
 HTA/C/P . ECZEMA/A/N .
 RHINOPHARYNGITE/B/N .
 TOUX/A/R . PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE/C/N . (6)
 ASTHME/C/P .
 LITHIASE URINAIRE/D/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/A/P .
 SINUSITE FRONTALE/B/N . AMAIGRISSEMENT/A/P .
 METEORISME/A/N . VAGINITE/C/P .
 THROMBOPHLEBITE/C/P . URTICAIRE/C/N .
 RHINOPHARYNGITE/C/P . DIARRHEE/A/N . (1)
 ANGINE/C/N .
 VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 RHINOPHARYNGITE/B/N .
 CONTRACEPTION ORALE/O/P . TARSALGIES/C/P .
 CONSTIPATION/A/P . HTA/C/P . CYSTITE/A/N .
 CHUTE DE CHEVEUX/A/P .
 ARTERIOSCLEROSE/C/P .
 COLITE/C/P . ARTHROSE/C/P .
 HTA/C/P . ARTHROSE/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/A/N . (2)
 EXAMEN GROSSESSE/O/P
 ARTERIOSCLEROSE/C/P .
 ARTERIOSCLEROSE/C/P . FATIGUE/A/P . VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 FATIGUE/A/P . TROUBLES CONJUGAUX/O/P .
 ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS/D/P . HEMORRAGIE VEINEUSE/A/N .
 HTA/C/P . NERVOSISME/A/P . PROSTATISME/B/P .
 VACCIN IMMUNISATION/O/N . ARTERIOSCLEROSE/C/P .
 RHINITE/A/P . VERGETURES/A/P .
 EXAMEN SUJET SAIN/O/N .
 HTA/C/P .
 HTA/C/P . ARTERITE DES MEMBRES INFERIEURS/D/P . ULCERE GASTR
 DUODENAL/C/P .
 DIARRHEE/A/P .
 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
 SINUSITE FRONTALE/C/P . DOULEUR OSSEUSE/A/P .
 ARTHROSE/C/P . DOULEURS EPIGASTRIQUES/A/N .
 MAL DE GORGE/A/N .
 DIABETE/D/P . LOMBALGIES/A/N .

CERTIFICAT/O/N .
 PHARYNGITE/C/N .
 CYSTITE/B/P .
 PROSTATITE/C/P .
 DOULEUR OSSEUSE/A/N . MYALGIES/A/N .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 FATIGUE/A/N .
 PROBLEMES RELATIONNELS/O/P .
 SINUSITE FRONTALE/C/N .
 RHINOPHARYNGITE/B/P . DIARRHEE/A/N .
 LITHIASE URINAIRE/D/P .
 PHARYNGITE/B/N .
 RHINITE/A/N .
 SINUSITE FRONTALE/B/N .
 PRURIT/A/P .
 INSUFFISANCE CARDIAQUE/C/P . INSUFFISANCE RENALE/C/P .
 TABLEAU D'APPENDICITE/B/N .
 HTA/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 HERNIE/D/P . VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 EPICONDYLITE/A/P . OBESITE/C/P .
 VACCIN IMMUNISATION/O/P .
 FATIGUE/A/P . ANNEXITE/B/P .
 HTA/C/P .
 CANCER SEIN/D/P . NAUSEES/A/N .
 EXAMEN SUJET SAIN/O/N . VACCIN IMMUNISATION/O/N .
 CERTICAT/O/N .
 ARTHROSE/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 DYSMENORRHEE/A/N . CONTRACEPTION ORALE/O/P .
 HTA/C/P .
 EXAMEN SUJET SAIN/O/N .
 GROSSESSE/O/N .
 SINUSITE/C/P . MYALGIES/A/N .
 SINUSITE/C/N .
 DOULEURS EPIGASTRIQUES/A/N .
 RHINOPHARYNGITE/C/N . ASTHME/C/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 DIABETE/D/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
 HYPERLIPIDEMIE/A/P .
 HERNIE/D/N .
 HTA/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE /C/P .
 FIEVRE ISOLEE/A/N .
 MAL DE GORGE/A/N . EVANOUISSEMENT/A/N .
 VERTIGES/A/N .
 TROUBLES MENOPAUSIQUES/C/P . HTA/C/P
 ARTHROSE/C/P . PROLAPSUS UTERIN/D/P .
 LOMBALGIES/A/N . METEORISME/A/N .
 PLEUROPNEUMOPATHIE AIGUE/C/N .
 ASTHENIE/A/P . ARTERIOSCLEROSE/C/P . HTA/C/P .
 SYNDR. HEMORR. ET PURPURA/C/N .
 HTA/C/P .
 HEMATOME/D/N .
 BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P . ARTERIOSCLEROSE/C/P .
 ARTERIOSCLEROSE/C/P . VERTIGES/A/P .
 INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .

EXAMEN SUJET SAIN/O/P .
BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE/C/P .
PHARYNGITE/B/N .
HTA/C/P . INSUFFISANCE CORONARIENNE/C/P .
PHARYNGITE/B/N .
HTA/C/P . ANGOISSE PATHOLOGIQUE/B/P . ARTHROSE/C/P .
PHARYNGITE/B/P . BRONCHITE AIGUE/C/N .

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
I. L'état de la question, objectifs qui en résultent	5
1. Nécessité d'un outil de codage en Médecine Générale	5
1.1. Communiquer une expérience	5
1.2. Des solutions	6
2. R.N.BRAUN: médecin généraliste et chercheur	7
2.1. Les exigences de la profession	7
2.2. Les résultats de consultation	9
3. Objectifs	11
3.1. Objectifs de départ	11
3.2. Le "code-suivi"	12
4. Définitions préalables	13
II. Recueil des données au cabinet du médecin généraliste: le logiciel "MG-DATA"	16
1. Conditions du recueil des données	16
1.1. Le cabinet médical	16
1.2. La population étudiée	18
1.3. Recueil en temps réel et en continu	18
1.4. Le problème des visites	19
1.5. Médecin remplacé et remplaçant	24
2. Nature des données recueillies	21
2.1. Sources	21
2.2. Identification	22
2.3. Prévention	24
2.4. Observation	25
2.5. Décision	27
III. Exploitation	30
1. Nomenclature et position diagnostique	30
1.1. Difficultés d'exploitation	30
1.1.1. Dues à la saisie	30
1.1.2. Dues au logiciel	32
1.2. Classification des dénominations	32
1.3. Etude des positions diagnostiques	34

2. Le code-suivi	37
2.1. Les définitions	37
2.2. Le "code-suivi" et le résultat de consultation.....	38
2.3. Des résultats chiffrés	40
2.4. Un code "P" bien embarrassant	41
3. La représentation tri-dimensionnelle des résultats de séance	42
3.1. Définition	42
3.2. Spécificité et sensibilité	44
3.3. Exemples de codage	44
3.4. Une précision importante	47
3.5. Un cas décrit par R.N.BRAUN	49
3.6. Exploitation épidémiologique du "code-suivi"	53
3.6.1. Premier exemple	53
3.6.2. Morbidité épisodique	58
3.6.3. Autres maladies chroniques	61
4. Explorer le firmament	68
 CONCLUSION	 78
 BIBLIOGRAPHIE	
Références bibliographiques	79
Liste des ouvrages consultés	81
 ANNEXES	 82
1. Résumé du mode de codage	a 1
2. Définitions	a 2
3. Pyramide des âges (patients)	a 6
4. Populations comparées	a 7
5. Ancienneté de la clientèle	a 8
6. Le cas de Mme DU...	a 9
7. Liste alphabétique non corrigée des termes recueillis en temps réel	a10
8. Liste alphabétique des dénominations	a21
9. Fréquence observée des recours	a26
10. Fréquence moyenne des résultats de consultation selon R.N.BRAUN	a31
11. 204 résultats de consultation codés selon la représentation tri-dimensionnelle	a36

A partir de la CLASSIFICATION BIAXIALE DES RESULTATS DE CONSULTATION de R.N.BRAUN, l'auteur s'appuie sur le recueil et l'analyse INFORMATIQUES de 2000 séances de Médecine Générale avec le logiciel "MG-DATA" conçu par lui, pour élaborer une REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE DES RESULTATS DE SEANCE qui, grâce au "CODE-SUIVI", rend compte de l'évolution du malade et de sa pathologie. Avec de nombreux exemples à l'appui, il propose ce NOUVEL OUTIL DE CODAGE, pour l'étude EPIDEMIOLOGIQUE du CHAMP SPECIFIQUE DE LA MEDECINE GENERALE encore largement inexploré.

BRAUN R.N., CLASSIFICATION BIAXIALE
CODE-SUIVI
EPIDEMIOLOGIE
INFORMATIQUE
MEDECINE GENERALE, CONSULTATION, RESULTATS
MEDECINE GENERALE, RECHERCHE
REPRESENTATION TRI-DIMENSIONNELLE

TITLE

COLLECTION AND ANALYSIS OF 2000 SESSIONS IN GENERAL PRACTICE.
PROPOSITION ABOUT A THREE DIMENSIONS REPRESENTATION OF SESSION'S
RESULTS

SUMMARY

STARTING WITH THE R.N. BRAUN BIAXIAL CLASSIFICATION OF CONSULTATION'S RESULTS, THE AUTHOR COLLECTS AND ANALYSES 2000 SESSIONS IN GENERAL PRACTICE USING HIS APPLICATION PROGRAM "MGDATA".

HE ELABORATES A THREE DIMENSIONS REPRESENTATION OF SESSION'S RESULTS WHICH , THANKS TO THE "CODE-SUIVI" (CODE FOR EVOLUTION), RENDERS AN ACCOUNT OF THE EVOLUTION OF THE PATIENT AND HIS ILLNESS.

PRODUCING MANY EXAMPLES, THE AUTHOR PROPOUNDS THIS NEW EPIDEMIOLOGIC IMPLEMENT TO INVESTIGATE THE SPECIFIC AND UNEXPLORED FIELD OF GENERAL PRACTICE.