

société
française
médecine
générale

n° 39-40

2ème-3ème trim. 1991

DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

NUMERO SPECIAL

SEMILOGIE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIE
EN MEDECINE GENERALE

XVII SEMINAIRE NATIONAL DE LA S.F.M.G.

CAEN - MAI 1991

Séminaire Conventionnel National
N° FAF : NLE. 103 91 IG

LE MANS - DEC. 1991

LES MEDECINS GENERALISTES
SUR LA VOIE D'UN MEME LANGAGE

" L'abc du Diagnostic "

ou

Nécessité de classer tous les cas sans exception,
qu'ils aient pu ou non conduire à l'établissement
d'un "diagnostic" complet.

Robert SOURZAC

Premier principe:

Il est impossible d'utiliser la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) créée pour l'étude de la mortalité, lorsqu'il s'agit d'étudier la morbidité en Médecine Générale (1)

En effet, on ne saurait mettre à l'écart de la Médecine Générale la plupart des résultats de consultation sous le prétexte qu'ils ne correspondent pas à un diagnostic médical certifié. Ils doivent nous intéresser au même titre, en tant que résultats de démarches.

C'est sur ce constat que s'appuie le recueil informatif en continu et en temps réel de toutes nos consultations et visites au cours de 3 ans d'activité (de Janvier 1988 à Décembre 1990).

Nous pouvons ainsi exploiter 25982 "problèmes" que nous avons dû résoudre au cours de 17571 séances.

Ce relevé est fondé sur les définitions des résultats de consultation établies par R.N.BRAUN (2) et ses élèves germanophones et celles produites en langue française sur la même base par la Société Française de Médecine Générale.

Ces définitions sont en voie de validation sur le terrain par le Réseau de Santé Publique INSERM-SFMG(3).

Les résultats de consultation apparaissant dans notre liste (314 dénominations différentes) n'ayant pas tous été définis et validés dès le départ du relevé, on ne peut parler de rigueur absolue quant à la prévalence des pathologies.

En effet, pour atteindre le degré de précision nécessaire à un relevé épidémiologique rigoureusement fiable, il est indispensable que, devant un tableau clinique donné, tous les médecins choisissent la même dénomination, le même résultat de consultation.

Cependant, les 79 résultats de consultation définis aujourd'hui correspondent à 71 % des problèmes étudiés.

Pour les autres résultats de consultation non encore définis (235 représentant seulement 29 % des problèmes étudiés), le risque d'ambiguïté de codage est minimisé par le fait qu'on y trouve pour la plupart soit des diagnostics complets (cancer, diabète, infarctus du myocarde) soit des tableaux de maladie (varicelle, épilepsie, ulcère de jambe) pour lesquels le choix de la dénomination ne présente pas de difficulté: ils figurent dans la Classification Internationale des Maladies et font l'objet d'un enseignement à la Faculté.

De toute façon, il est clair que la précision des prévalences et incidences relevées va croissant avec le nombre des résultats de consultation qui sont définis. Tel qu'il est aujourd'hui disponible, l'ordre des fréquences rencontrées donne une bonne approximation des problèmes de fréquence significative en Médecine Générale.

Deuxième principe

Dans les cas où la situation en fin de séance ne correspond pas à un tableau de maladie ni à un diagnostic certifié dont la dénomination figure dans la C.I.M., nous devons pourtant aboutir à un résultat de consultation permettant de répondre aux exigences de la réalité de la situation.

Nous pouvons affirmer à la suite de R.N.BRAUN, que le médecin se trouve dans l'impossibilité d'appliquer à tous ces cas de Médecine Générale les méthodes de travail acquises pendant sa formation universitaire actuelle. Sa manière de penser et d'agir devra subir des modifications décisives qui dans la situation actuelle le contraignent à compléter sa formation de façon autodidacte.

Pour son confort et la rigueur de sa pratique il doit apprendre l'"abc du diagnostic en Médecine Générale"

Nous avons pu vérifier, dans les conditions de notre pratique quotidienne, que les situations dans lesquelles, en fin de séance, le médecin généraliste n'a pu établir un diagnostic exact ne sont nullement moins importantes du point de vue de la pratique que celles où le diagnostic complet peut être posé. Ce qui compte est de refuser tout résultat de consultation qui ne repose pas sur une "certitude sémiologique" au moment de sa formulation, quelque soient les autres éléments qui interviennent ensuite dans la décision.

R.N.BRAUN, dans sa théorie professionnelle, définit quatre "positions diagnostiques" qui nous permettent de classer les problèmes relevés dans notre pratique:

A = les "signes cardinaux" (ex.: un mal de gorge sans autres constatations pathologiques)

B = les "groupes de symptômes ou syndromes" (ex.: une toux avec fièvre et mal de gorge sans autres éléments caractéristiques)

C = les "tableaux de maladie" (ex.: une angine caractérisée par des amygdales enflammées et douloureuses, avec fièvre et adénopathies)

D = les "diagnostics médicaux complets" (ex.: une mononucléose infectieuse confirmée par les examens biologiques)

Le tableau ci-contre indique la répartition dans ces quatre catégories des problèmes que nous avons relevés pendant les 36 mois. Il en ressort deux constatations capitales:

- d'abord que cette répartition correspond à celle relevée par R.N.BRAUN et ses disciples médecins généralistes en Autrich, et celle résultant d'une étude menée par la Société Française de Médecine Générale portant sur 1299 patients représentatifs de 13 clientèles généralistes (4).

- ensuite que seuls les problèmes classés en position D des "diagnostics médicaux complets" et la plupart de ceux classés en position C des "tableaux de maladie" (soit 30,8%), figurent dans la Classification Internationale des Maladies qui regroupe les autres situations diagnostiques dans un chapitre intitulé "symptômes, signes et états morbides mal définis".

Ceci confirme le premier principe.

Troisième principe:

Le résultat de consultation ne doit être formulé qu'à partir de la sémiologie observée mais la recherche du danger potentiel pesant sur chaque situation s'impose avec la même rigueur.

Il paraît en effet évident à chacun d'entre nous qu'il faut analyser soigneusement les caractères sémiologiques d'une fièvre avec douleur de la fosse iliaque droite car ce groupe de symptômes évoque le risque d'une appendicite.

Le résultat de consultation n'est donc pas une notion théorique mais bel et bien un concept hautement opérationnel. Sa formulation, basée uniquement sur la sémiologie observée au cours de la séance, permet au médecin:

- de connaître "l'espace de liberté" dont il dispose dans cette situation (5): un risque d'évolution grave évitable pourrait en effet réduire à rien la marge de manoeuvre existant entre ce qu'il doit faire et ce qu'il peut faire.

- de laisser le problème "ouvert" en évitant de s'enfermer dans un pseudo-diagnostic qui serait basé sur une hypothèse et non sur les seuls faits observés. En cas d'apport d'éléments nouveaux le résultat de consultation n'en sera que plus facile à réviser ultérieurement.

Par exemple, dans le cas de douleurs thoraciques non caractéristiques sans autres éléments sémiologiques, bien des hypothèses peuvent être formulées: myalgies intercostales, angor voire infarctus, zona, pleuropneumopathie aiguë, pneumothorax, péricardite, etc...

La seule étiquette que le médecin doit attribuer à la situation observée est celle de douleurs thoraciques non caractéristiques. On mesure bien dans cet exemple l'espace existant entre la rigueur sémiologique du choix de la dénomination et la décision prise en fonction du contexte: antécédents d'infarctus ou de pneumothorax, effort violent récent, possibilités de surveillance, milieu socio-culturel, angoisse du patient ... et du médecin, etc..

Respectant ces principes, et confronté à l'inadéquation de la Classification Internationale des Maladies à sa pratique, le médecin généraliste dispose ainsi d'un outil scientifiquement pertinent qui répond aux exigences de son Art.

L'utilisation des résultats de consultation en Médecine Générale, selon la théorie professionnelle de R.N.BRAUN telle que nous l'avons validée, donne aux données recueillies leur validité scientifique. C'est ainsi que l'on peut aborder l'étude rigoureuse du champ spécifique de la Médecine Générale. C'est aussi un outil pédagogique qui manquait à ce jour à notre discipline.

Nous pouvons également témoigner du confort que cet "abc du diagnostic" nous a permis d'acquérir dans notre pratique quotidienne.

notes bibliographiques:

1. Jérôme ANDRAL: "1983: une nouvelle taxonomie en Médecine Générale", thèse de Doctorat, Faculté de Paris-Sud, Mars 1987

2. R.N.BRAUN, BUCHSTALLER, LANDOLT THEUS: Allgemeinmedizinische Beratungsergebnisse, Vienne, 1988

3. Réseau de Santé Publique INSERM-SFMG: Morbidité en Médecine Générale de ville, aspects taxinomiques, épidémiologiques et économiques.

4. Les pratiques d'orientation en Médecine Générale. Leur rôle dans la régulation médicale des systèmes de santé en France, Document de recherche en Médecine générale n°35-36, Janvier 1990

5. R.Sourzac, G.Véry, "descriptifs des définitions et termes utilisés", la Revue du Praticien Médecine Générale, n°93 du 2 Avril 1990

4 POSITIONS DIAGNOSTIQUES

EPIGASTRALGIES

SIGNE CARDINAL

SYNDROME
DIARRHEE
VOMISSEMENTS

**GROUPE DE
SYMPTOMES**

CANCER DE
L'ESTOMAC
CONFIRME PAR
LA BIOPSIE

**DIAGNOSTIC
CERTIFIE**

APPENDICITE

**TABLEAU DE
MALADIE**

FORMATION MEDICALE INITIALE :

le "DIAGNOSTIC"
est le premier devoir du médecin
dans le cadre de la C. I. M.

EN MEDECINE GENERALE :

Répondre aux exigences de
TOUTES les situations



ELARGIR LE CADRE DIAGNOSTIQUE

4 POSITIONS DIAGNOSTIQUES :

EQUIVALENTES en CERTITUDE



FAIRE LE POINT SEMIOLOGIQUE

CERTITUDE = SECURITE

le praticien sait ce qu'il doit faire

CERTITUDE = CONFORT

le praticien sait ce qu'il peut faire

ESPACE DE LIBERTE

**Répartition selon les quatre « positions diagnostiques »
des problèmes relevés en 36 mois**

<i>Position diagnostique en fin de séance</i>		<i>Problèmes concernés</i>	
		Nombre	Pourcentage
A	Signe cardinal	9 301	35,8
B	Syndrome ou groupe de symptômes	8 677	33,4
C	Tableau de maladie	6 600	25,4
D	Diagnostic certifié	1 404	5,4

Période de janvier 1988 à décembre 1990 soit 17 571 séances.