



Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA
*World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of Général Practiners*

SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

de la médecine générale

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréé auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

Documents de Recherche

Recommandations aux auteurs

LES ARTICLES

Ils doivent être adressés à la SFMG au plus tard à la date limite demandée et en respectant le nombre de caractères proposés.

Ils doivent être dactylographiés avec impérativement un double interligne, sur papier A4 (21 x 29,7 cm) le plus simplement possible, en limitant les effets de mise en pages (pas de tabulations pour décaler un début de phrase,...).

Une disquette doit être jointe avec l'article sous traitement de texte Word (en Mac ou PC). Une disquette MacIntosh (Word 5.1) ne pose aucun problème. Si vous ne disposez pas de ce logiciel, merci de contacter la SFMG pour définir quel autre traitement de texte est envisageable.

RÉSUMÉ

Un résumé présentant l'article est publié au début de celui-ci. Il ne doit pas dépasser 350 caractères. La traduction anglaise du résumé peut y être jointe, elle sera bienvenue.

Vous pouvez aussi proposer des mots-clés (3 à 6).

CONVENTIONS DACTYLOGRAPHIQUES

L'emploi des abréviations doit être évité. Si une abréviation doit être utilisée, sa signification in extenso doit lui faire suite entre parenthèses la première fois qu'elle est utilisée dans le texte.

Lorsque le nom chimique d'un médicament est cité, adopter la dénomination commune internationale (DCI) et indiquer également le nom commercial du médicament princeps entre parenthèses sans astérisque.

LES NOTES

Elles ne doivent pas être indexées automatiquement mais tapées en texte libre en fin de document. Leur emplacement dans le texte sera marqué par une lettre (a, b, c, ...) entre parenthèses.

LA BIBLIOGRAPHIE

L'article comportera, sauf exception, une bibliographie qui sera comme les notes tapée en fin de texte (pas d'indexation automatique). La place des articles de bibliographie sera indiquée par un nombre (1, 2, 3, ...) placé en exposant. Elle sera présentée selon les normes suivantes :

- Article de périodique :

Nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre de

l'article" Nom du périodique ou son abréviation internationale Année ; Numéro (Tome) : Première et dernière page de l'article.

Margerit C, Castelain E "Les groupes de pairs : une réalité française" Documents de Recherche en Médecine Générale 1995 ; 46 : 115-117.

- Livre :

Nom du ou des auteurs de l'ouvrage suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre de l'ouvrage" Ville de l'éditeur : Editeur Année de l'édition : nombre d'édition.

Braun RN "Pratique, critique et enseignement de la médecine générale" Paris : Payot. 1979.

- pour une thèse ou mémoire :

Nom de l'auteur suivi de l'initiale du ou des prénoms "Titre du travail" (Ville ou éventuellement université) année.

Vandenbossche S-C "Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale - utilisation de la CIM 10" (UFR de médecine de Caen) 1994. Jusqu'à 2 auteurs, les citer. Lorsqu'il y a plus de 2 auteurs, citer le premier et ajouter "et coll."

Les références bibliographiques doivent être appelées dans le texte et l'ordre des références dans la bibliographie est celui de leur première apparition dans le texte (pas d'appel alphabétique).

Les bibliographies globales "on trouvera un utile complément de lecture dans les articles qui suivent" ne sont pas acceptées.

L'ICONOGRAPHIE

L'illustration par des schémas ou tableaux est possible. Ils doivent être fournis soit en sortie laser (si possible, sinon jet d'encre) noire et blanc, soit en sortie jet d'encre couleur pour les graphiques.

Si les illustrations sont séparées de l'article, l'auteur doit préciser à quel endroit du texte il souhaite les voir figurer, en marquant en marge en regard de leur emplacement leur numéro d'ordre par exemple "figure 3" entouré d'un cercle.

Les abréviations utilisées seront définies dans l'ordre alphabétique en bas du tableau.

ADRESSES DES AUTEURS

L'adresse professionnelle et la localisation du ou des auteurs sera indiquée en fin de texte le plus simplement possible.

Directeur de Publication : Docteur Pascal CLERC
(Président de la SFMG)

Rédacteur en chef : Docteur Didier DUHOT

Comité de rédaction : Docteurs Philippe BOISNAULT ;
Pierre FERRU ; Jean Luc GALLAIS ; François MOREL ; Olivier KANDEL

Conception/réalisation : Fill and Line 01 30 40 02 67

Impression : Imprimerie Nouvelle de Viarmes

N° ISSN : En cours • **Dépôt légal :** Juin 1997

**Ce document de recherche est édité avec le soutien
des laboratoires BIOGALENIQUE**

par **Dr Didier DUHOT**

Le puzzle de l'informatisation des cabinets médicaux se met doucement en place. Les logiciels fleurissent (entre 140 et 180 selon les estimations) pourtant les questions de vocabulaire et de codage restent entières en médecine malgré leur intérêt vital pour la profession. Peut-on imaginer les astronomes parlant d'une planète qui ne porterait aucun ou plusieurs noms et dont les caractéristiques ne seraient ni connues ni répertoriées ? Qu'en est il de la médecine en général et de la médecine générale en particulier ?

Avec quels outils les médecins généralistes vont-ils recueillir les données de la consultation, classer ces données et les pathologies afin de les reconnaître et de pouvoir les exploiter efficacement ? Avec quoi allons nous travailler en temps réel, avec un bottin ou un petit fascicule ?

Nous consacrons le dossier de ce Document de Recherches aux différentes classifications, nomenclatures et dictionnaires existants.

Pascal Clerc dresse l'inventaire des différents modes de classement et de description, selon leur "philosophie" (Des classifications médicales).

Serge-Christian Van den Bossche compare, dans son Mémoire de troisième cycle de médecine générale, la Classification Internationale des Maladies-10ème révision avec le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG (Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale. Utilisation de la

CIM-10). Il nous démontre qu'il n'y a pas d'opposition entre les deux, mais une complémentarité indispensable au langage commun entre tous les soignants.

Philippe Jacot nous livre la dernière mise à jour de la correspondance entre le Dictionnaire des Résultats de Consultation et la CIM-10 (Correspondance CIM-10/DRC). Ce "transcodage", grâce à l'informatique, pourra être transparent pour le médecin. Ceci nous permettra d'éviter l'un des problèmes de la CIM : sa taille, car elle comporte environ 30 000 items, alors que le Dictionnaire en compte cent fois moins.

Pierre Ferru analyse des fiches de psychiatrie pour médecin généraliste tirées de la version de santé primaire du chapitre de la CIM-10 sur les troubles mentaux.

Jean Luc Gallais remet en perspective l'importance des données que nous venons d'évoquer dans l'intérêt et l'utilisation du dossier de suivi médical en médecine générale.

Jean François Noury, décrit dans la partie hors dossier, les modalités de maintenance de la CIM 10.

La partie hors dossier de ce document de recherche nous permettra, entre autre, de mettre en perspective l'utilisation du dictionnaire des résultats de consultation à travers l'article de François Morel sur la douleur (algie : un concept de certitude) et celui de François Raineri sur l'hypnose (l'hypnose en consultation de médecine générale libérale).

sommaire

algie : un concept de certitude	2
la fin de la médecine à visage humain	5
les œuvres d'Ambroise Paré	6
l'infarctus du myocarde est-il une maladie infectieuse ?	8
DOSSIER	
des classifications médicales	9
outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale	20
correspondance entre CIM/DRC	30
troubles psy en médecine générale	37
dossier de suivi médical en médecine générale	44
l'hypnose en consultation de médecine générale	47
méthodologie de maintenance de la CIM 10	59

données du réseau

Algie : un concept de certitude

Dr François MOREL

INTRODUCTION

La douleur en France est devenue depuis quelques années un sujet de débat national : diffusion des recommandations O.M.S. auprès des médecins sur le choix des médicaments anti-douleur, reconnaissance des "centres anti-douleur", articles du code de santé publique...

De façon schématique on distingue deux types de douleur qui peuvent être bien sûr associées. Mais il est parfois difficile de faire la part de chacune de ses composantes.

- La douleur physique que le dictionnaire (Petit Robert N°1) définit comme une **sensation pénible en un point du corps** (extérieur ou intérieur).

- La douleur morale (référence identique) qui est un **sentiment ou une émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins**.

La douleur est un chapitre très riche de la sémiologie enseignée dans les facultés de médecine.

C'est aussi le symptôme le plus fréquemment rencontré par le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

La Société Française de Médecine Générale s'est intéressée à ce problème de la douleur, et grâce à son réseau de médecins généralistes informatisés et travaillant avec le Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale, nous apportons ici une approche épidémiologique de ce symptôme.

Certaines situations douloureuses sont parfaitement définies sur le plan étio-pathogénique (colique néphrétique : douleur de mise en tension d'un organe creux, insuffisance coronaire : douleur d'ischémie tissulaire) et reconnues comme telles par le médecin généraliste. Nous les aborderons de façon globale de ce travail.

Mais dans notre pratique il existe des situations fréquentes où le médecin, malgré l'entretien avec son malade, son examen clinique et la consultation des examens supplémentaires éventuellement demandés, ne peut aboutir à un diagnostic sur l'origine de la douleur et laissent complètement ouvertes les hypothèses diagnostiques.

Il nous est donc apparu nécessaire à la Société Française de Médecine Générale de créer une dénomination qui rendrait compte de cette situation de pratique quotidienne. La dénomination Algie a ainsi été choisie. Nous aborde-

rons de façon plus détaillée cet état morbide dans la deuxième partie.

METHODES

Nous avons utilisé les données issues du recueil en continu et en temps réel du réseau des médecins qui ont participé à la validation du Dictionnaire des Résultats de Consultation.

La dénomination Algie a été définie de la façon suivante :

+++ MANIFESTATION DOULOUREUSE
LOCALISÉE
++1|| spontanée
++1|| à la palpation
+ - irradiation
+ - récidive

Il était entendu, dans le mode d'emploi de cette définition, que son utilisation ne pouvait se faire qu'après une sémiologie soigneusement recueillie, et la certitude au moment de la consultation qu'aucun élément clinique ne permettait de choisir une autre définition.

RESULTATS

LA DOULEUR DANS LE RESEAU

Les 200 premières définitions du Dictionnaire représentaient 95 % de l'activité des médecins. Parmi ces 200 états morbides, 102 possèdent un item relatif à la douleur physique, que cet item soit obligatoire pour le choix de la dénomination (47 définitions) ou facultatif (55 définitions). Quinze possèdent un item relatif à la douleur morale.

En terme d'activité, la douleur physique est présente dans 30 % de la totalité des recours et la douleur psychique dans 20 %. C'est-à-dire que dans le réseau, la douleur représentait au moins 50 % de l'activité des médecins généralistes.

Les 25 premiers états morbides ont représenté 50 % de l'activité du réseau. Dans 33 % des cas, ce recours était motivé par une douleur physique et dans 16 % des cas par une douleur psychique. Au total, près de 50 % des 25 premiers états morbides ont une sémiologie en rapport avec la douleur.

Si nous différencions les types de séances :

- En consultation sur les 25 premiers états morbides, la douleur (physique ou psychique) était présente dans 34 % des cas (respectivement 22 % pour la douleur physique et 12 % pour la douleur morale).

- En visite sur les 25 premiers états morbides, la douleur (physique ou psychique) était présente dans 38 % des cas (respectivement 26 % et 12 %).

Selon l'âge, les "appareils" en cause ont été différents. Si par exemple pour les enfants de moins de 10 ans, c'est la pathologie O.R.L. qui a été la première cause de contact pour douleur, chez les femmes de plus de 60 ans en visite, c'est la pathologie rhumatologique puis cardiologique qui a été en cause. Chez les hommes de plus de 60 ans en visite, l'ordre était inverse.

ETUDE DE LA DENOMINATION ALGIE

Elle représentait 4,20 % de l'activité totale des médecins du réseau.

Elle représentait 3 % de l'activité sur les 25 premiers états morbides.

1) Rang de fréquence de la dénomination.

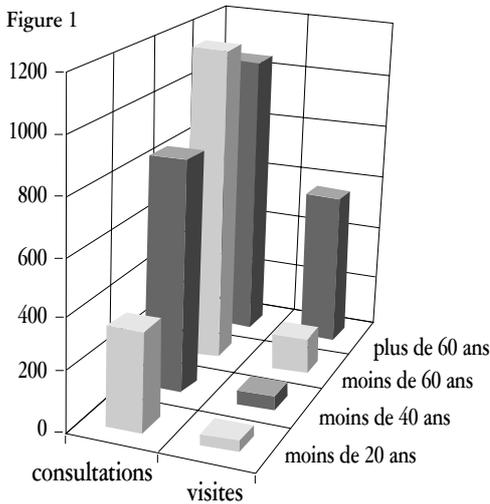
- 1 HTA
- 2 ETAT FEBRILE
- 3 HYPERLIPIDEMIE
- 4 INSOMNIE
- 5 ETAT AFEBRILE
- 6 RHINOPHARYNGITE
- 7 INSUFFISANCE CORONAIRE
- 8 ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE
- 9 LOMBALGIE
- 10 DIABETE SUCRE
- 11 ARTHROSE
- 12 ANXIETE-ANGOISSE
- 13 ALGIE
- 14 HUMEUR DEPRESSIVE

Le tableau montre par ordre de fréquence décroissante le nombre de fois où chaque état morbide a été pris en charge pendant la période étudiée. De façon globale, tout âge et sexe confondus, Algie était en 13^{ème} position dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.

En consultation, cette dénomination était en 13^{ème} position et en 20^{ème} position en visite. Il s'agit donc d'une pathologie fréquente.



Figure 1

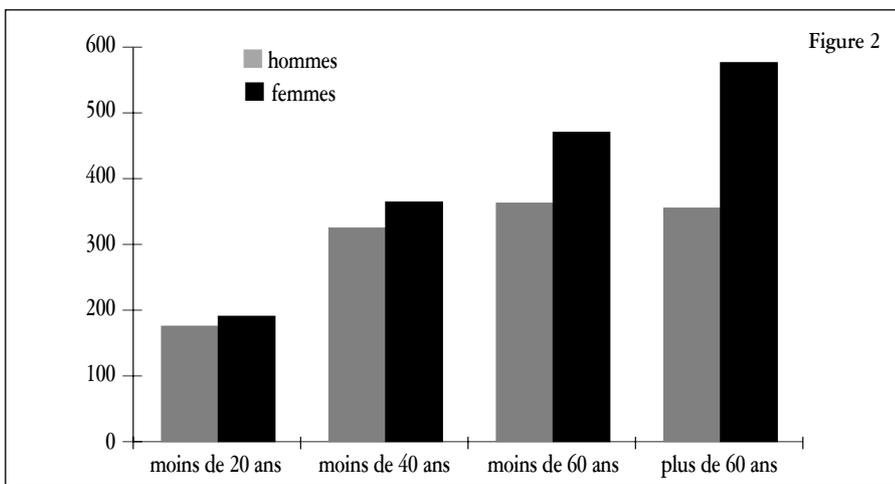


2) Répartition de algie en fonction du type de séance et de l'âge.

Pendant cette année d'étude, la dénomination Algie a été utilisée au cours de 4 234 séances (soit 4 234 fois). Les contacts par lettre ou par téléphone représentaient 0,60 % des séances, ils n'ont pas été représentés dans le tableau, de même que les patients dont l'âge n'avait pas été mentionné (ils représentaient 0,80 % des séances). Nous avons constaté que le nombre de séances où l'état morbide Algie était pris en charge augmentait avec l'âge. Il s'agissait d'une pathologie présentée essentiellement en consultation (81 % des séances), de façon très significative par rapport à l'ensemble des autres états morbides.

Les deux dernières tranches d'âge ont représenté 69 % des demandes de prise en charge pour cet état morbide. Tous résultats de consultation confondus, la tranche d'âge des plus de 50 ans représentait 66 % des prises en charge. Pour les 4 tranches d'âge successives, la dénomination Algie représentait respectivement : 0,9 % ; 2,17 % ; 3,21 % et 2,9 8 % de l'activité sur l'année, tous RC confondus. Autrement dit, la fréquence de la prise en charge pour une douleur dont l'étiopathogénie n'a pas été caractéristique d'un état morbide nosologiquement défini augmentait avec l'âge.

3) Répartition des différents patients concernés en fonction de l'âge et du sexe.



Deux mille sept cent trente quatre (2 734) patients différents ont été concernés par cette pathologie, dans la période considérée, ce qui représentait 4,78 % de l'ensemble des patients. Parmi ces 2 734 patients, nous n'avions de renseignement sur l'âge pour 33 d'entre eux (1,20 %).

Le nombre de patients pris en charge pour cet état morbide augmentait avec l'âge. Cette courbe était inverse de celle représentant les patients concernés par l'ensemble des états morbides. Les femmes ont été plus souvent concernées que les hommes pour ce phénomène algique (différence significative $p < 0,01$), même en tenant compte du sex-ratio de chaque classe d'âge.

4) Les états morbides associés.

Au cours de ces séances, la douleur était le seul motif de demande de séance dans 42,8 % des cas (1 813 séances). Lorsque la douleur n'était pas le seul motif de rencontre, il y avait en moyenne 2 autres états morbides associés.

Le tableau suivant montre par ordre décroissant de fréquence les états morbides les plus fréquemment associés.

La deuxième colonne montre le nombre de fois où le résultat de consultation (RC) de la première colonne a été associé à Algie. La troisième colonne montre la fréquence cumulative de chaque RC parmi l'ensemble des RC associés à Algie. La quatrième colonne montre la place de chaque RC dans l'ordre décroissant d'association avec Algie, et la cinquième colonne montre la place de chaque RC considéré dans les recours en général.

Nous constatons que, en dehors de Cancer, Epigastralgie, Ostéoporose et Arterite, les 20 premiers états morbides associés à Algie avaient presque le même rang que dans les recours en général.

RESULTATS DE CONSULTATION ASSOCIE	NOMBRE RESULTAT DE CONSULTATION	FREQUENCE CUMULATIVE	RANG	RANG GENERAL
HTA	525	10,39 %	1	1
INSOMNIE	256	15,45 %	2	4
HYPERLIPIDEMIE	219	19,78 %	3	3
INSUF. CORONAIRE	152	21,78 %	4	7
DENOMINATION HORS LISTE	139	24,53 %	5	2
HUMEUR DEPRESSIVE	118	26,86 %	6	14
DIABETE SUCRE	105	28,94 %	7	10
CANCER	103	33,02 %	8	32
JAMBES LOURDES	103	30,98 %	9	21
ANGOISSE	98	34,96 %	10	12
VACCIN	95	36,84 %	11	5
ASTHENIE FATIGUE	86	38,54 %	12	16
CONSTIPATION	76	40,04 %	13	18
EPIGASTRALGIE	73	41,48 %	14	35
OSTEOPOROSE	71	42,88 %	15	46
TOUX	64	44,15 %	16	22
DEPRESSION	63	46,65 %	17	23
VERTIGE	63	45,40 %	18	27
ARTHROSE	61	47,86 %	19	11
ARTERITE MB INF.	60	49,05 %	20	42
TOTAL	2530			

5) Etude des codes suivi.

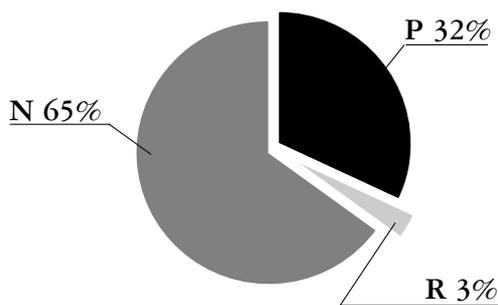


Figure 3

Ces douleurs, d'étiopathogénie non définie, ont-elles été des douleurs aiguës ou chroniques ? Ce schéma nous montre leurs répartitions dans le temps.

Le code N a été utilisé lorsque le problème présenté par le patient était un problème nouveau pour lui, le code P étant utilisé lorsque le problème était déjà connu. Nous verrons la signification du code R un peu plus loin.

L'incidence de la dénomination Algie est de 2 750 pour 57 205 patients sur 1 an, soit une incidence réelle de 4,80 % par an.

Cet état morbide évolue-t-il pour son propre compte ou bien est-il le premier signe d'une autre maladie ?

Deux éléments nous permettent de répondre à cette question : Le taux de recours et le taux de révision.

6) Répartition du taux de recours en fonction de l'âge et du sexe.

Le taux de recours est la fréquence avec laquelle chaque patient revient pour ce même état morbide. Il est calculé par le rapport du nombre total de séances où Algie a été utilisée sur le nombre de patients différents qui ont été concernés.

Le recours pour cet état morbide augmente avec l'âge. Ainsi le "risque" de revoir le patient une deuxième fois pour ce même problème est globalement de : 3 % pour les moins de 20 ans, 12 % pour les moins de 40 ans, 18 % pour les moins de 60 ans et de

25 % pour les plus de 60 ans.

Il n'existe pas de différence significative dans chaque classe d'âge entre les hommes et les femmes pour le taux de recours.

7) Taux de révision par tranche d'âge et par sexe.

Ce taux identifie le nombre de fois où cet état morbide était le point de départ d'une autre maladie. Il était repéré dans le recueil de données par le code R. Ce code était utilisé à chaque fois qu'un élément sémiologique nou-

veau (clinique ou paraclinique) permettait de mieux caractériser l'étiopathogénie de la douleur. Le taux global tous résultats de consultation confondus était de moins de 3 %. Dans 3 % des cas Algie était l'origine

d'une autre maladie pour les moins de 20 ans et ce taux progressait en passant par le taux de 2 % pour la tranche d'âge des 20 à 39 ans, 5 % pour ceux de 40 à 59 ans pour atteindre 8 % chez les plus de 60 ans.

8) Quels sont les états morbides issus de la révision d'Algie ?

Le tableau suivant montre les 20 premiers états morbides issus de cette révision. Algie a été révisée 113 fois comme indiqué au paragraphe 5.

Le sigle DHL signifie Dénomination Hors Liste. Il correspond au choix fait par le médecin devant la sémiologie présentée par son patient et pour laquelle il ne trouve pas de

correspondance dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation. Le médecin écrit donc en texte libre la pathologie qui correspond toujours à un élément de la nosologie. Si nous effectuons un regroupement par appareil, nous constatons la répartition suivante : **Figure 4**. Il s'agit essentiellement des pathologies rhumatologiques, cardiolo-

giques et digestives qui ont été à l'origine de douleurs dont l'étiopathogénie en tout début de maladie n'était pas univoque. Seuls l'évolution de la sémiologie et/ou la demande d'examen complémentaires ont permis d'affiner la recherche de l'origine de la douleur.

ARTHROSE	9
DHL	8
FRACTURE	8
ARTHROPATHIE	7
ARTERITE MB INFS	5
EPIGASTRALGIE	5
ORCHIEPIDIDYMITE	5
SYNDROME COLIQUE	4
CERVICALGIE	4
NEURALGIE	4
OSTEOPOROSE	4
CANCER	3
THROMBOPHLEBITE	3
VARICES DES MB INF	3
ZONA	3
PARKINSON	3
DYSPNEE	2
INSUF CARDIAQUE	2
INSUF CORONAIRE	2
NEURALGIE SCIATIQUE	2

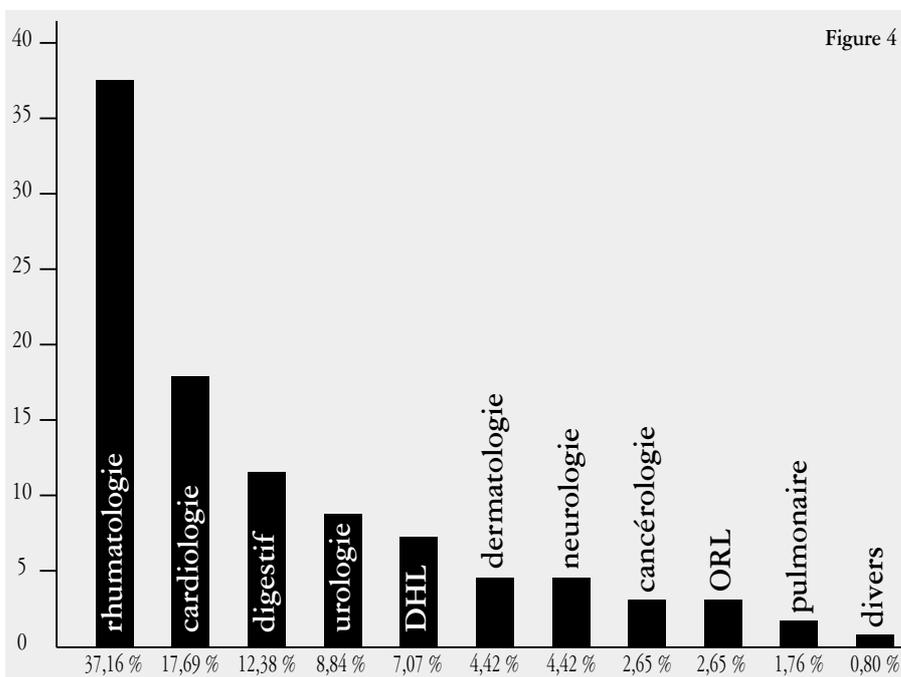


Figure 4



DISCUSSION

L'état morbide Algie est mal identifié (et encore moins défini) dans d'autres études : Classification Internationale des Maladies, Classification International en Soins Primaires ou CREDES, et les comparaisons sont donc difficiles.

Il s'agit pourtant d'une pathologie très fréquente tant en visite qu'en consultation. Sa prise en charge nécessitait une augmentation du nombre de séance avec l'âge. Sa place dans les recours augmentait plus vite avec l'âge que

l'ensemble des autres états morbides. Les femmes étaient souvent plus concernées par cette pathologie que les hommes.

Dans plus de la moitié des séances, les patients ne venaient pas uniquement pour le problème d'Algie, mais profitaient de cette rencontre, où d'autres problèmes habituels étaient exposés, pour parler de cette douleur.

La place "inhabituelle" de Cancer, Epigastralgie, Ostéoporose et Arterite dans la liste des RC associés pouvait s'expliquer sans

doute par les éléments vus plus hauts : les patients concernés par l'état morbide Algie sont essentiellement des patients âgés.

La prise en charge par les médecins généralistes était excellente. Le risque de revoir les patients pour ce problème ou de méconnaître une pathologie nécessitant une prise en charge plus spécifique étaient rares.

CONCLUSION

La mise en place d'un réseau de médecins généralistes informatisés pour la gestion de leurs dossiers médicaux et utilisant un outil permettant un langage commun sur les états

morbides rencontrés en pratique courante, améliore la connaissance des activités. Cette connaissance porte sur la fréquence des états morbides, leur répartition au sein de la popu-

lation qui vient consulter, et permet d'apprécier la pertinence des prises en charge par le médecin généraliste.

note de lecture

Petr Stkrabauek
la fin de la médecine à visage humain
 Editions Odile Jacob 1995

Caen - André FLACHS

Une petite déception pour le lecteur qui aura aimé "Idées folles, idées fausses en médecine", du même auteur. L'humour incontestable de cet ouvrage venait-il du coauteur, James Mc Cormick ? Ou bien, plus tristement est-ce la fin prochaine de Petr Skrabauek qui donne à son dernier ouvrage "La fin de la médecine à visage humain" ce ton presque grinçant et hélas prophétique ?

Le livre est polémique, parfois injuste, souvent partial et procède plus par affirmations que par démonstration, comme la partie adverse d'ailleurs. Il y a beaucoup de références, et de Popper à Marguerite Yourcenar, en passant par Jouvanel, Montaigne et Bernard Shaw, Skrabauek peut montrer sa vaste érudition et ses revues de presses, car abondent aussi les articles de journaux médicaux ou non.

Mais la cause est belle, car "ce livre ne traite pas de la médecine, mais de la perversion de ses idéaux" et du passage d'un médecin qui n'est pas au service de la science, de la race et de la vie. C'est un individu au service d'un autre individu, le patient. Ses décisions se fondent toujours sur l'intérêt individuel vers une médecine "pilier du contrôle social".

Passage qui se ferait par le biais d'une science corrompue : "une science corrompue ne part pas d'une hypothèse et de données pour arriver à une conclusion ; elle part d'une conclusion présumée ou acceptable et sélectionne les données qui permettent d'y accéder".

Derrière ces perversions de la santé publique, de l'épidémiologie, des statistiques, des dépistages, se profile sous le voile du "politiquement correct", de la lutte contre tabac, alcool, sexe, féminité par le biais des facteurs de risque. Tout un fascisme bio-médical qui pro-

vient du pouvoir, des puissances d'argent, des croyances en un monde meilleur et d'un désir de régulation économique.

Le pire étant bien sûr l'utilisation perverse de la génétique : "Celle-ci est une science, le dépistage génétique n'en n'est pas une".

Au total, un livre à lire absolument, comme était à lire jadis et peut être à relire aujourd'hui l'expropriation de la santé sous-titre de Nemesis médicale, d'un autre empêcheur de penser en ron-ron).

les oeuvres d'Ambroise Paré

Dr Jacques VALLART

Nous venons de terminer la lecture des oeuvres d'Ambroise Paré publiées de 1545 à 1582, véritable encyclopédie médico-chirurgicale de l'époque.

De nombreux termes médicaux utilisés par "Maître Ambroise" ont eu cours jusqu'au XIX^{ème} siècle mais le vocabulaire est celui de l'époque avec sa part de fantaisie malgré l'esprit très rationnel de l'auteur.

Il est né près de Laval, au Bourg Hersent, vers 1510 d'un père artisan en coffre, préparateur d'emplâtres. Un de ses frères est barbier. Il n'apprend pas tôt les bonnes lettres, échappe à la "tyrannie" du latin, est marmiton, apprenti barbier, puis part comme infirmier à l'Hôtel Dieu de Paris, trois ans, et contracte la peste lors de la grande épidémie de 1533.

Manquant d'argent pour passer les examens de maîtrise, il part en campagne en Piémont car François 1^{er} entre en guerre pour la troisième fois avec la maison d'Autriche. Il a 25 ou 26 ans, fait sa première découverte chirurgicale en traitant les plaies d'arquebuse par un mélange de jaune d'oeuf, d'huile rosat et de térébenthine (car il n'avait plus d'huile de sureau) ; ceci avec succès.

A son retour à Paris, il est reçu dans la compagnie des barbiers chirurgiens, repart en campagne, découvre la ligature des vaisseaux, sa troisième découverte majeure, et devient le médecin des princes (Mr de Rohan, le père du futur Henri IV, François de Guise) grâce à ses talents.

Il devient chirurgien, sans connaître le latin et publie en Français, ce qui est une nouveauté.

Sa notoriété s'accroît et il vit dans l'intimité des rois, devient Premier Chirurgien de Charles IX puis de Henri III, après avoir été médecin de Henri II et François 1^{er} avec d'autres confrères.

Marié deux fois, il a trois enfants de son

premier mariage et six autres en neuf ans du second. Le dernier enfant naît lors du soixante treizième anniversaire du père. Il écrit "Dieu a permis à ceux qui ne peuvent modérer leurs convoitises et qui sont dépourvus de don de continence, le lit de mariage, afin qu'ils puissent se contenir dans ces bornes et ne pas se contaminer par une paillardise çà et là vagabonde". Comme cela est bien dit en vieux Français, délicatement et à la fois avec verve pour parler du "Jeu de Venus".

Il continue à écrire et publie une première édition de ses oeuvres complètes avec un sonnet de Ronsard, au début du règne d'Henri III, présentée en public, en quatrain, sans autorisation de la faculté.

D'une robustesse exceptionnelle, il contracte la peste, se casse une jambe, faillit être empoisonné, est mordu par une vipère et connaît toutes les privations et fatigues de la vie militaire.

En 1587, il fait son testament, ne paraît plus à la Cour et meurt le jeudi 20 décembre 1590 à l'âge de 80 ans, durant le siège de Paris par le Béarnais. Il lui reste trois filles. Il est enterré à l'église Saint-André des Arts, la cérémonie étant célébrée par un farouche ligueur, le curé Aubry.

Bien que parfois brutal il n'est pas indifférent à la douleur et à la condition humaine et il n'a pas de goût pour la guerre alors qu'il a suivi les armées fréquemment et s'est fait une expérience chirurgicale lors des batailles nombreuses de son temps.

Croyant sincère et charitable, il reste humble et renvoie toujours sa part d'éloge au grand Architecte, au grand Consultant "je le pensais, Dieu le guérit" dit-il fréquemment. Il est Huguenot de coeur et indépendant avec prudence (il en faut beaucoup à l'époque). Grâce à sa position auprès des rois et des princes, qu'il sait obtenir par ses mérites professionnels et ses écrits, il

vit avec avantage de sa charge.

Il n'aborde pas tous les sujets mais son oeuvre est un irremplaçable témoignage d'un appétit du savoir, d'une recherche du rationalisme, l'une des composantes de l'humanisme encyclopédique de la civilisation occidentale.

C'est un chirurgien laïque, après une longue suite de chirurgiens ecclésiastiques (car la médecine était un privilège de ceux-ci) et il écrit et soigne en Français.

Il connaît l'âge d'or de l'anatomie car le Pape Sixte IV lève en 1480 l'interdiction de disséquer les cadavres. Il utilise beaucoup l'héritage des Anciens : Galien, Aesculape, Hippocrate mais adapte ses connaissances avec son expérience et son intelligence vive à une époque où les médecins ne sont pas très respectés. Aucun reproche ne peut être fait à Ambroise Paré qui est sérieux, oeuvre sur le vif et sur le mort, faisant de l'anatomie la base de sa chirurgie avant d'écrire et de codifier.

Avant Pasteur, durant quatre siècles, les Chirurgiens ont vécu sur les règles posées par Maître Paré. En effet, pour les anciens la maladie est due à des facteurs extérieurs perturbateurs des équilibres humoraux, et l'on doit éliminer les miasmes.

Il vulgarise la trépanation préventive, s'élève contre les abus en cours de l'opération de la hernie, fabrique une jambe artificielle, est un hardi observateur. Il ne craint pas de s'intéresser aux sciences naturelles en adoptant les ménageries fantastiques du passé. Cependant il a cru comme les gens de son temps (la coutume de la Renaissance n'impliquant nullement un changement immédiat de mentalité) aux sorciers et aux enchanteurs tout en rationalisant dans l'autre domaine, en étant un esprit très scientifique, très moderne grâce à la clinique, à l'anatomie, la physiologie n'étant pas développée ni la pharmacie, au sens actuel du terme.



C'est un écrivain de la renaissance, période où le vocabulaire technique en langue vulgaire est très fluctuant. Il propose des noms de muscles qui ne sont pas restés mais semble être l'inventeur des mots kyste, panaris et carpe.

Dans cette immense oeuvre que nous venons d'évoquer nous avons retenu des détails, des pensées philosophiques, des descriptions savoureuses, des définitions.

Ainsi, "Le monde veut être trompé" et "l'homme en son âme a trois principales facultés : l'intelligence, la volonté et la mémoire ; l'une pour comprendre ce qu'il faut faire ; l'autre pour l'exécuter ; la troisième comme fidèle gardienne de tout ce qui a été fixé par l'intelligence".

Il y a de nombreuses définitions de termes médicaux : comme squelette ; scolectos en grec : anatomie sèche.

Il a une déontologie hippocratique, chrétienne mais qui n'a pas changé. Par exemple, il pense que le chirurgien doit diagnostiquer la gravité et l'issue d'une fracture, c'est à dire si elle est guérissable ou mortelle, savoir si sa cure sera longue à guérir et quels accidents peuvent l'accompagner, afin d'en informer les parents et aussi le malade et éviter ensuite d'être critiqué.

D'autres seraient à méditer : "Lors de l'exposé sur la réduction de luxation de hanche", pendant que l'on procède à des réductions violentes par machine, il ne faut pas que les parents ou amis du malade soient présents si c'est possible, car c'est un spectacle affreux à voir et à entendre. Il faut également que le chirurgien soit énergique et non timoré pendant l'opération et qu'il ne se laisse pas émouvoir par les cris du malade et encore moins par ceux des assistants. Il ne doit pas se hâter car s'il ne pouvait réduire l'os, ce serait un grand déshonneur pour lui et un grave préjudice pour le malade.

Le sens de l'observation est très déve-

loppé, les comparaisons et les identifications curieuses pour un homme du XXème siècle : "l'alopécie appelée vulgairement pelade et également maladie des renards par les médecins à cause de la chute des poils de cet animal dans sa vieillesse", "la teigne appelée comme cela parce que la peau de la tête trouée, rongée est semblable à un drap mangé par les mites".

La thérapeutique médicamenteuse est considérée comme ésotérique aussi par un médecin actuel par exemple, le laudanum de fiente de pigeon, d'huile de laurier, de térébenthine mêlées à la quantité de cire nécessaire.

La peste est étudiée très longuement et il demande aux chirurgiens de ne pas abandonner les pesteux même s'ils présentent des signes mortels ; lui-même s'est exposé et raconte son malaise.

Dans le domaine thérapeutique, il a utilisé des asticots pour la détersion des plaies, des sangsues sur le col de l'utérus ou sur les hémorroïdes, le cul de poule avec du sel sur les phlegmons ou anthrax, un masque pour le strabisme. Il n'y a pas d'anesthésie vraie mais fait des délivrances artificielles, accouche les enfants morts dans l'utérus avec les mains, utilise des crochets, des couteaux courbes, des instruments dits pieds de griffon, ancêtres des forceps pour sauver la mère.

Il constate que les cris de la femme l'aide à accoucher, que l'on doit lui donner après de l'huile d'amande douce avec du sucre candi.

La classification des médicaments de l'époque est simple selon leurs qualités et leurs effets, il y a quatre facultés qui sont longues à décrire dans ce résumé.

Nous avons retenu aussi pour la petite histoire des noms célèbres de médecins de l'époque Courtin, Cabrolle... et une étymologie du mot sordide : deux excréments proviennent d'une plaie ulcéreuse, le sanie pour les latins qui est

fluide et l'autre "gros et épais" appelé sordes, par celle-ci la plaie est sordide.

Il faut terminer le plaisir de cette lecture d'Ambroise Paré qui a traité de la Médecine, de la Chirurgie, de l'Obstétrique, de la Thérapeutique médicamenteuse, de la Médecine légale, des Sciences naturelles, mais aussi de la Philosophie par quelques canons et règles de l'auteur

**Science sans expérience
n'apporte pas grande assurance**

**Ceux qui sont par labeur
bien souvent agités
Sont exempts de plusieurs
sortes d'infirmités**

**Il faut toujours donner
au malade espérance
Encore que de mort il n'y ait
grande apparence**

**Changer de médecins et
de chirurgiens
Souvent n'apporte rien,
que peine aux patients**

Nous espérons que cet aperçu de l'oeuvre d'Ambroise Paré, honnête homme, grand médecin de la renaissance donnera autant de plaisir et de joie à nos confrères, que nous en avons éprouvé durant ce périple dans le passé médical où les connaissances ont été sinusoïdes, mais ont contribué à celles que nous avons maintenant.

Après cette lecture, peut-on dire que la connaissance est comme un homme qui marche, pour rester en équilibre elle a un pied en arrière et un pied en avant ?

L'infarctus du myocarde est-il une maladie infectieuse ?

Dr Jean BROUSSIER

La médecine générale est référencée dans la littérature internationale. Ces références qui existent bel et bien, qui peuvent être contrôlées à loisir, sont les articles fondateurs de la médecine générale. Ces articles renouvellent les connaissances des généralistes au rythme moyen de 4 ou 5 changements par an. Ils se situent au plus haut niveau de preuve, de validation et d'évaluation scientifiques. Néanmoins ils ne doivent pas être considérés comme des vérités absolues. Le jugement critique du lecteur doit toujours s'exercer. Soit ces articles annoncent une pratique nouvelle (par exemple, ne plus coucher les bébés sur le ventre pour diminuer de moitié la mort subite du nourrisson), soit ils annoncent un changement qui n'est pas encore opérationnel, mais qui est tellement important qu'il faut s'y préparer. C'est le cas de l'étiologie bactérienne de l'infarctus du myocarde.

Quand, il y a 10 ans, la presse internationale a commencé à parler de l'étiologie infectieuse de l'ulcère gastro-duodénal, ce fut un séisme.

Nombre de médecins pensèrent que les chercheurs étaient tombés sur la tête. Le même phénomène va se reproduire : l'infarctus aurait pour origine une infection bactérienne. La bactérie, c'est *chlamydia pneumoniae*. Elle est soupçonnée depuis l'année 1988 à cause de la présence d'anticorps anti-*chlamydia pneumoniae* chez les coronariens, et à cause de l'augmentation de ces anticorps à chaque épisode ischémique cardiaque. Ces découvertes faites en Finlande, ont été ensuite confirmées par 9 équipes réparties dans 5 pays différents. Plus récemment, des chercheurs ont trouvé directement le *chlamydia pneumoniae* dans les artères coronaires de coronariens.

Mais la bactérie, si elle est associée aux maladies vasculaires, en est-elle la cause ? Les recherches actuelles semblent démontrer que *chlamydia pneumoniae*, s'il est présent, provoque l'artériosclérose. Et -logiquement- des antibiotiques comme les tétracyclines et les macrolides soignent l'artériosclérose. Reste à démontrer l'effet de ce traitement sur la survie des coronariens. S'il est efficace, la médecine

générale et la cardiologie en seront profondément modifiées.

Bibliographie

- Cowley G "Cardiac Contagion" *Newsweek* ; 129/17 April 28 1997 : 52-53.
- Grayston JT "Chlamydia in arteriosclerosis" (Editorial) *Circulation* ; 1993 (87) : 1408-9.
- Hansson GK "Immunological control mechanisms in plaque formation" *Basic Res Cardiol* 1994 ; 89 : 41.
- Niemen MS et coll "Infection and inflammation as risks factors for myocardial infarction" *Eur Heart J* ; 1993 (14) : 12.
- Summersgill JT "Inhibition of *Chlamydia pneumoniae*... Infect Human" ; 1995 (63) : 2801-3.
- "The French Paradox" *LNG* ; 1992 (1) : 65-68.

L'information des médecins généralistes

Les progrès de la médecine viennent du travail d'équipes de recherche dispersées dans le monde entier. Les découvertes les plus importantes, y compris celles de médecine générale, sont publiées dans la littérature internationale : *New England Journal of Medicine* (Boston), *Lancet* (Londres), *JAMA* (Chicago), *British Medical Journal* (Londres), *Science* (Washington), *Nature* (Londres)...

La littérature internationale est comme un tapis roulant à la sortie d'une usine de production de connaissances. Chaque spécialité place un observateur au bord du tapis roulant. Tous les observateurs surveillent ce qui défile sous leurs yeux. Tout d'un coup le cardiologue dit : "Cela, c'est pour moi". Puis le pneumologue s'exclame : "Voilà quelque chose pour moi". Quelques ins-

tants après, le pédiatre indique : "Ah, voilà quelque chose pour moi". Et ainsi de suite, tout le temps, tous les spécialistes chacun leur tour. C'est normal. Mais ce qui ne semble pas normal, c'est qu'il n'y avait pas de médecin généraliste au bord du tapis roulant. Les Nouveaux Généralistes, groupe actif de jeunes médecins généralistes ordinaires, ont donc pris l'initiative de s'y placer pour repérer ce qui, sur le tapis roulant des progrès de la médecine, concerne les généralistes ; puis ils le font savoir au moyen de la revue "La Lettre des Nouveaux Généralistes".

La revue "La Lettre des Nouveaux Généralistes" tient beaucoup aussi à favoriser le partage de la, si précieuse, expérience des généralistes. Par ailleurs Les Nouveaux Généralistes ont édité le "Traité des Actes

Techniques en Médecine Générale" (un immense succès) et les "Principes de Médecine Générale" (l'actualité avec un recul de 4 ans) qui a, hélas, un peu de retard rédactionnel.

Pour tout renseignement, achat ou abonnement, écrire à :

LES NOUVEAUX GENERALISTES
112, avenue Kleber
75784 Paris cedex 16

Ou bien joindre directement
le **Dr Christian OOSTERBOSCH** :

Tel = 00 32 42 64 18 60
Fax = 00 32 42 64 54 65



Des classifications médicales

Dr Pascal CLERC - SFMG

Pour appréhender et comprendre son environnement l'Homme a toujours cherché à classer, et les médecins n'ont pas échappé à cette démarche. Mais aujourd'hui, au-delà de l'intérêt scientifique pour les choses classées, les enjeux liés à la santé publique, l'économie de la santé et à la gestion du système sanitaire donnent un relief particulier aux Classifications médicales.

En effet des données standardisées sont nécessaires pour la production d'indicateurs de santé fiables :

- Les responsables de **Santé publique** doivent disposer d'indicateurs suffisants pour mesurer l'amélioration de la durée de vie, la diminution des incapacités et de la rentrée en maladie chronique¹.
- **L'évaluation économique** des activités de santé a besoin d'indicateurs de santé quantitatifs et qualitatifs pour ses

études coût-efficacité, coût-bénéfice, coût-utilité.

- **Enfin la gestion du système de santé**, tant par les Caisses d'assurance maladies que par les personnels de santé nécessite l'utilisation "d'indicateurs de santé généraux et spécifiques fiables pour suivre l'évolution, la planification et l'organisation du système"².

Le médecin généraliste moderne, au cœur de ce système et de ses contraintes, devient l'un des producteurs de données standardisées. Mais pourra-t-il utiliser ses concepts et son langage ou devra-t-il se couler dans le moule d'une classification internationale ?

Avant de répondre à cette question, un état des lieux s'impose : qu'elles sont les classifications existantes, leurs origines, leurs particularités, leurs fonctions, et leurs complémentarités ?

C'est avec les chimistes Suédois qu'apparaissent les premières classifications de minéraux, mais l'art du classement prend vraiment son essor avec les botanistes Boissier de sauvages (1731), Robert James (1743), et surtout Linné (1753).

En médecine, le XVIII^{ème} siècle voit l'aliéniste Philippe Pinel produire sa Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine en 1798. Sa méthode de classement ne s'appuie plus sur des symptômes mais sur des **organes** lésés. Elle emprunte aux naturalistes tels que Linné et Jussieu, mais aussi aux travaux de Morgagni (1682/1771) - qui révéla l'intérêt de l'étude des lésions chez l'homme malade et leur confrontation avec la clinique - et des anatomistes comparatistes comme Cuvier. Cependant, dans le chapitre consacré aux maladies mentales "les Vésanies", Pinel admet qu'il n'existe pas de lésion cérébrale spécifique aux troubles mentaux et que la classification doit alors s'appuyer sur le **trouble du comportement**, allant du moins perturbé au plus perturbé.

Avec Virchow (1858), la classification anatomo-pathologique s'appuie sur le **microscopique**. Au XX^{ème} siècle, le microscope électronique et l'**histochimie** seront de puissants vecteurs qui compléteront ce type de classification.

Bientôt les critères anatomo-cliniques ne suffisent plus à classer les maladies. L'apparition de **critères biologiques** - "lésion biochimique" qui dépasse la mise en cause d'un seul organe - et **bactériologiques** viennent bouleverser la classification anatomo-clinique³.

Quant à l'usage statistique du diagnostic médical, il apparaît au XIX^{ème} siècle pour classer les causes de décès. Une nomenclature de 138 rubriques est constituée à l'initiative de W. Farr, à la suite du premier congrès international de statistique en 1853. La nomenclature internationale des causes de décès suivra en 1893 sous l'égide de J. Bertillon et elle deviendra Classification Internationale des Maladies (CIM), sous le contrôle de l'OMS, à partir de 1948.

aujourd'hui, la totalité de la médecine a besoin de près de 300 000 mots pour s'exprimer⁴. Mais "*Il n'y a pas de classification idéale pour tous les objectifs médicaux : statistique sanitaire, recherche clinique et fondamentale, bibliographie. Plus de 150 classifications ou nomenclatures sont disponibles en médecine. Chacune à ses avantages et ses inconvénients*"⁵. En fait chaque classification répond à un objectif précis que traduit la logique de sa structure (nombre d'axes de classement ; construction hiérarchique ou modulaire). Chaque classification entraîne donc une perte d'information car elle regroupe dans une même rubrique des concepts différents, avec cependant un dénominateur com-

mun. Mais la perte d'information ne sera pas la même d'une classification à l'autre.

La classification générale de référence, l'une des plus employées, est la Classification Décimale Universelle **CDU**, ou l'ensemble des connaissances humaines est divisé en 10 Classes numérotées de 0 à 9. Dans chaque classe, on va du général au particulier par l'extension continue de fractions décimales.

Dans le champ de la médecine, nous trouvons des classifications médicales générales comme **SNOMED**, **CANDO**, des

Classer est le temps nécessaire avant toute étude sérieuse.

Il était une fois...

Affaires classées ...

classifications spécialisées dans la pathologie comme la CIM, et des classifications limitées à un domaine précis : neurologie, orthopédie, etc... La thérapeutique médicamenteuse fait appel au **Codex** : recueil officiel des spécifications des médicaments pouvant entrer dans la composition des préparations magistrales ou de spécialités pharmaceutiques.

Quant au ministère Français de la santé il répond à ses besoins de gestion avec la nomenclature des actes médicaux CDAM⁶.

Le champ immense des classifications peut rendre perplexe le praticien : "Qu'a-t-il besoin de faire dans cette galère ?". Tout simplement de connaître et d'utiliser les outils nécessaires à la recherche bibliographique et à l'utilisation de données permettant la description de son activité.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

MeSH⁷

Le **Medical Subject Heading** a pour tâche l'aide à l'indexation des documents. C'est un thésaurus polyhiérarchique conçu en 1960 par le National Library of Medicine, base de référence de MEDLINE et de l'Index Medicus. Il contient plusieurs milliers de descripteurs associés à un code alphanumérique qui exprime la position du terme dans une ou plusieurs hiérarchies de termes. Pour donner un ordre d'idée MEDLINE c'est 7.500.000 références à partir de 4 000 journaux médicaux internationaux. Une version française est éditée par l'INSERM.

- | |
|---|
| A. Anatomie |
| B. Organismes |
| C. Maladies |
| D. Produits chimiques et médicaments |
| E. Techniques analytiques, diagnostiques et thérapeutiques, équipements |
| F. Psychiatrie et psychologie |
| G. Sciences et biologiques |
| H. Sciences physiques |
| I. Anthropologie, éducation, sociologie, et phénomènes sociaux |
| J. Technologie, industrie, agriculture et alimentation. |
| K. Humanités |
| L. Sciences de l'information et communication |
| M. Groupes nommés |
| N. Santé |
| Z. Noms géographiques |

Tableau 1: Chapitres de MeSH

CANDO⁸

C'est une Classification Alpha Numérique de la Documentation médicale, pharmaceutique, et de biologie humaine. Son objet est l'indexation des documents médicaux.

Les descripteurs peuvent être classés en deux catégories selon qu'ils concernent la localisation de l'étude ou son objet :

- La première catégorie est localisatrice et détaille les structures de l'être humain : topographie humaine, propriétés physiques, molécules chimiques, tissus, cellules, organes, régions, caractéristiques chronologiques, rapports avec l'environnement...
- La deuxième catégorie est thématique : morphologie, physiologie, pathologie, études historiques, sociales, etc.

Chacune des catégories se combine à l'autre pour désigner l'objet d'une étude sur un sujet déterminé.

Codes :

LB : Oesophage 38 : Chirurgie
RB : Rein 22s : Echographie

Combinaisons :

LB38 : chirurgie de l'oesophage
RB22s : Echographie rénale

PATHOLOGIES MÉDICALES

SNOMED^{9 10}

L'International Systematized **NO**omenclature of human and veterinary **ME**decine" a été mise au point à l'origine par les anatomopathologistes américains en 1965 sous le vocable SNOP. C'est en 1977 que cette nomenclature classifiée prend le nom de SNOMED .

• Nomenclature par son exhaustivité des termes médicaux : c'est la nomenclature médicale universelle qui contient plus de 50 000 termes médicaux organisés suivant 11 modules.



1.	Topographie
2.	Morphologie
3.	Fonction <i>(termes de physiopathologie et les termes utilisés pour décrire les états et processus pathologiques)</i>
4.	Organismes vivants
5.	Produits chimiques
6.	Agents physiques
7.	Profession <i>(codification mise au point par le Bureau international du Travail)</i>
8.	Contexte social
9.	Modificateurs généraux <i>(essentiellement des adjectifs)</i>
10.	Diagnostiques
11.	Procédures <i>(activités administratives, diagnostiques et thérapeutiques préventives ou curatives).</i>

Tableau 2: Classification SNOMED suivant 11 modules

• Classification, car les éléments de chaque axe est organisé hiérarchiquement suivant l'exemple suivant :

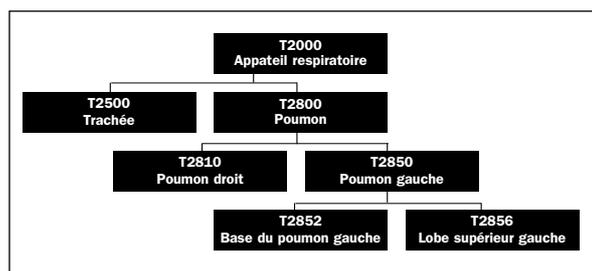


Tableau 3: Organisation hiérarchique de l'axe topographique de SNOMED

Cette classification est compatible avec la CIM

La Classification Internationale des Maladies et ses adaptations

CIM-10^{11 12}

L'histoire de la Classification Internationale des Maladies¹³ commence en 1853 avec Wiliam Farr, et se poursuit avec Jacques Bertillon en 1891, chargé par l'International Statistical Institute de préparer une "Nomenclature internationale des causes de Décès". A partir de 1898, le principe de la Révision décennale est adopté... et les révisions se succèdent sur un siècle. Lors de sa 6ème révision en 1948, cette Nomenclature devient "Classification Internationale des Maladies", sous l'égide de l'OMS. La Neuvième révision rentre en vigueur en 1975 et la Dixième en 1995.

A partir de cette Dixième révision, la CIM se nomme :

"Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Associés"

Les travaux reposent sur des groupes de spécialistes qui prennent en compte des critères diagnostics spécifiques, les nouveaux agents pathogènes, l'évolution des recensements pathologiques. Fait important, il devient possible de lui rattacher des classifications spécialisées.

La CIM-10, recense près de 30 000 pathologies, comporte 21 Chapitres, 10 000 Rubriques, 3 Volumes avec une structure de code à 1 lettre et 3 Chiffres avec deux niveaux de classification :

- Un premier niveau est constitué par les trois premiers caractères du code : une lettre et deux chiffres

Chapitre X	
Maladies de l'appareil respiratoire (J 00 - J 99)	
Affections aiguës	
des voies respiratoires supérieures (J 00 - J 06)	
J 00	Rhinopharyngite aiguë (Rhume banal)
J 01	Sinusite aiguë
J 02	Pharyngite aiguë
J 03	Amygdalite aiguë
J 04	Laryngite et trachéite aiguës
J 05	Laryngite obstructive aiguë (croup) et épiglottite aiguë
J 06	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures, à localisations multiples et non précisées.

- Un deuxième niveau avec adjonction d'un quatrième caractère : un chiffre séparé par un point

E 10	Diabète Insulino-dépendant
E 10.0	Diabète insulino-dépendant avec Coma.

J 10	Grippe, à virus grippal identifié
J 10.0	Grippe avec pneumopathie, virus grippal identifié
J 10.1	Grippe avec d'autres manifestations respiratoires, virus grippal identifié
	Epanchement pleural grippal
	Grippe
	Infection grippale des voies respiratoires supérieures
	Laryngite grippale
	Pharyngite grippale

Par ailleurs il existe un Double classement :

- Etiologique ou de Maladie Initiale,
- Organique ou de Localisation.

Toxoplasmose pulmonaire codée :	
B58.3 au chapitre des	
"Maladies Infectieuses et Parasitaires",	
J17.3 au chapitre "Maladies du Système respiratoire".	

Le chapitre XVIII de la CIM intitulé "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires non classés ailleurs" correspond à une majorité de symptômes et syndromes rencontrés en médecine générale. C'est l'un des endroits de la classification où se positionne le Dictionnaire de Médecine Générale de la SFMG (voir plus loin).

Malgré son origine liée aux causes de décès, la CIM est aujourd'hui la classification médicale internationale de référence. Il ne peut donc exister de travaux de recherche de valeur internationale sans l'utilisation d'une classification transcodable CIM.

Chapitre	Intitulé
1.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
2.	Tumeurs
3.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
4.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
5.	Troubles mentaux et du comportement
6.	Maladies du système nerveux
7.	Maladies de l'oeil et de ses annexes
8.	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
9.	Maladies de l'appareil circulatoire
10.	Maladies de l'appareil respiratoire
11.	Maladies de l'appareil digestif
12.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
13.	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
14.	Maladies de l'appareil génito-urinaire
15.	Grossesse, accouchement et puerpéralité
16.	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
17.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
18.	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs
19.	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
20.	Causes externes de morbidité et de mortalité
21.	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Tableau 4 : Liste des chapitres de la CIM-10

2. HCIMO ¹⁴

Cette Nomenclature est l'adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations ; elle a été mise au point par les Belges.

Il en existe une version pour le codage des actes médicaux HCIMOP (P pour procédures). L'Assistance publique des hôpitaux de Paris a mis au point une classification simplifiée

appelée OTARIE, afin de faciliter le codage dans la perspective de la construction des Groupes Homogènes de Malades dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI - voir plus loin).

3. ICHPPC ¹⁵

L'International Classification of Health Problems in Primary Care est la synthèse de la CIM pour les soins primaires. Elle est développée sous l'égide de la WONCA ^(a) (Voir plus loin).

Classifications spécialisées annexes de la CIM

Nous avons vu qu'il est impossible aujourd'hui de mettre sur pied une classification répondant à tous les besoins dans le domaine des maladies et de la santé. C'est la raison pour laquelle la CIM-10 autorise une correspondance avec des Classifications spécialisées répondant à des besoins spécifiques en pratique clinique.

1. CIM-O ¹⁶

La Classification Internationale des Maladies Oncologiques est une extension du chapitre II "Tumeurs" de la CIM. Cette classification est utilisée pour le codage de l'enquête permanente "cancer" des centres de lutte contre le cancer.

2. CIDIH ¹⁷

La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps repose sur la classification conceptuelle introduite par WOOD dans l'analyse des situations de handicaps (concepts de déficience, d'incapacité, de désavantage).

Elaborée à l'initiative de l'OMS, elle a été publiée en 1980.

3. CIATTO ¹⁸

Classification Internationale des Affections et Traitements en Traumatologie et Orthopédie, est une extension de l'HCIMO mise au point par le service orthopédique des Cliniques Universitaires Saint-Luc en Belgique. Elle répond aux besoins spécifiques de ces spécialistes tout en maintenant la cohérence avec CIM.

Le code MEARY ¹⁹ est un code de classement orthopédique utilisé principalement par les orthopédistes de langue française.

4. OPUS - 4 ²⁰

Classification anglaise de chirurgie intégrée dans le code Read (voir plus loin).

(a) World Organisation of National Colleges, Academies and Academic associations of General Practitioners.
Création à Melbourne en 1961.



Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - DSM III-R²¹

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux est développé à partir de 1952 à l'initiative de l'Association Américaine de Psychiatrie. Le premier manuel officiel des troubles mentaux (DSM-I) est publié avec un glossaire descriptif des catégories diagnostiques. En 1968, le DSM-II prend effet en même temps que la CIM-8. En 1974 est publié le DSM III dont le travail s'est orienté vers la nomenclature et les statistiques. En 1983, est publié le DSM III R dont la particularité est la promotion des travaux d'experts d'un domaine particulier de la psychiatrie. DSM-IV prend effet en France en 1996.

Les définitions du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux sont construites de la façon suivante :

- Un titre suivi d'un petit argumentaire sur le choix de la catégorie diagnostique.
- Sept critères : caractéristiques associées, âge de survenue (si connu), évolution, handicap et complications, facteurs prédisposants, répartition selon le sexe, et le diagnostic différentiel.
- La définition :

00.70 Trouble Somatoforme indifférencié

Critères diagnostiques du trouble somatoforme indifférencié

A. Existence d'une ou plusieurs plaintes somatiques :
p ex. fatigue, perte d'appétit, plaintes gastro-intestinales ou urinaires.

B. Soit (1) soit (2) :

(1) Un examen approprié ne découvre ni pathologie organique ni mécanisme physiopathologique (ex. trouble physique ou conséquences d'une blessure, médicaments, drogue, alcool) pouvant expliquer les plaintes somatiques.

(2) Quand il existe une relation avec une pathologie organique, la plainte somatique ou le handicap social ou professionnel résultant sont nettement disproportionnés par rapport à ce que laissent supposer les constatations de l'examen physique.

C. La perturbation a une durée d'au moins six mois.

D. Ne survient pas exclusivement ; au cours de l'évolution d'un autre trouble somatoforme, d'une dysfonction sexuelle, d'un trouble anxieux, d'un trouble du sommeil ou d'un trouble psychotique.

Le DSM a été construit pour répondre à la fois, aux exigences de la clinique quotidienne et de la recherche. Les buts du DSM sont tout à fait applicables au Dictionnaire SFMG des résultats de consultation (voir plus loin).

- 1 Utilité clinique permettant de prendre des décisions pour le traitement et la conduite à tenir.
- 2 Fiabilité des catégories diagnostiques.
- 3 Acceptabilité pour les cliniciens et les chercheurs d'orientations théoriques différentes.
- 4 Utilité pour la formation des professionnels.
- 5 Compatibilité avec la CIM.
- 6 Eviter une terminologie et des concepts qui rompent avec la tradition sauf en cas de besoin impératif.
- 7 Obtenir un consensus sur la signification des termes diagnostiques.
- 8 Rester cohérents par rapport aux données fournies par la recherche sur la validité des catégories diagnostiques.
- 9 Convenir à la description des sujets dans les protocoles de recherche.
- 10 Répondre aux critiques des cliniciens et des chercheurs, lors des mises à jour.

Tableau 5: Buts de la DSM III R (Introduction)

Soins de santé primaire

1. International Classification of Health Problems in Primary Care²²

En 1959 Le Royal College of General Practitioners effectue un premier relevé de morbidité chez onze médecins généralistes. Ils utilisent la Classification Internationale des Maladies. Devant les difficultés rencontrées au cours de ce travail, une première synthèse de la CIM est effectuée en 1976 par la WONCA. Elle prend le nom de ICHPPC.

Cette classification est composée de 337 items à partir de la CIM, retenue selon une fréquence d'apparition de la morbidité en médecine générale de 0,5/1000 (à peu près 500 définitions). En 1983 l'ICHPPC est révisée en ICHPPC-2d, une classification avec définitions, critères d'inclusion et rappel des situations voisines et qui regroupe 493 Termes en 17 chapitres (29 termes par chapitres).

Code ICHPPC : 3078

Code CIM-9 : 307.8

Maux de tête (Céphalées), mal de dos psychogénique et autres douleurs d'origine mentale (Psychalgie = variété exceptionnelle de névralgie dans laquelle prédomine l'élément psychopathique).

Exclus : Maux de tête non autrement spécifiés (258, 7840) ; lombalgie (238, 7242) ; Migraine (90, 346)

L'insertion dans cette rubrique

nécessite l'ensemble des faits suivants :

- (a) Toute douleur reliée, dans le temps ou l'intensité, à une tension (perturbation, agression, contrainte) psychologique.
- (b) Douleur non explicable par un désordre organique ou autre maladie mentale.

Ces définitions sont construites à partir des axes de la Classification Internationale des Maladies (localisation et étiologie) et non à partir de l'expérience clinique. Le choix de la bonne définition dans un contexte clinique, est un exercice périlleux... pour le praticien !

Code ICHPPC/ 009 Code CIM-9 : 008.8,009
 Maladie intestinale, présumée infectieuse, d'origine soit virale non spécifié, soit d'origine inconnue.
 Inclus : diarrhée présumée infectieuse.
 Exclus : gastro-entérite provoquée par absorptions chimiques (153, 536-), (159, 558-); diarrhée présumée sans cause infectieuse (spécifiée), entérite et gastro-entérite (159, 558-); désordres des fonctions digestives (159, 558-), (161, 5640), (167, 579-); vomissements présumés n'être pas d'origine infectieuse, cause non encore déterminée, et non autrement spécifiés (274, 7870) comme définis dans le titre du diagnostic.

En 1986 est adjoint une nomenclature des procédures, **IC-Process-PC (ICP-PC)**²³ et une nomenclature des motifs de consultation **Reason For Encounter Classification (RFEC)**, elle même directement dérivée du National Ambulatory Medical Care Survey/Reason for Visit Classification (NAMCS/RFV) utilisé aux Etat-Unis.

2. Read Codes²⁴

Il s'agit d'un thesaurus de termes préférentiels médicaux, auxquels sont assignés des codes. Mis au point en Angleterre par le Dr James Read, pour la pratique clinique quotidienne, cette nomenclature inclut le statut socio-professionnel, les renseignements administratifs, les motifs du patient, les signes d'examen, les diagnostics (compatible CIM), les procédures diagnostics, thérapeutiques, chirurgicales, l'imagerie et les médicaments. Elle regroupe près de 100 000 termes, et chaque terme possède un code alphanumérique unique avec 5 caractères hiérarchisés (au plus).

Niveau	Terme	Read Code	CIM-9
1	Maladie cardio-vasculaire	G...	390-459
2	Maladies ischémiques du myocarde	G3...	410-414
3	Infarctus du myocarde (aigue)	G30...	410
4	Autres infarctus myocardiques	G30y.	410.8

Une liste de 150 000 synonymes est attachée aux termes principaux (ou concepts). Il existe des références croisées SNOMED, DSM III-R, CISP, etc.

Cette nomenclature classifiée est utilisée depuis 1990 par le NHS.

3. Dictionnaire SFMG²⁵

Ce dictionnaire trouve son origine dans les travaux du médecin généraliste Autrichien R.N Braun²⁶. Dictionnaire des problèmes les plus fréquemment rencontrés en Médecine Générale (0.3/1000 - à peu près 300 termes) il contient des définitions avec critères d'inclusion et d'exclusion et rappel des situations voisines. Son écriture concise facilite le traitement informatique, et la constitution d'une base de données biomédicale en médecine générale. Il est compatible avec la CIM.

Ce dictionnaire a la particularité d'avoir été construit à partir de l'expérience clinique de médecins généralistes Français entre 1988^(b) et 1995^(c). Il a subi une première validation grâce au concours de 100 médecins généralistes informatisés, qui ont utilisé ce dictionnaire en pratique quotidienne, pendant au moins une année.

Chaque définition est caractérisée par :

Son titre, sa position diagnostique^(d), et ses exclusions

Jambes Lourdes O B Code CIM-10: 187.9

++++ Plainte localisée aux jambes
 ++|| 2 douleur
 ++|| 2 lourdeur
 ++|| 2 paresthésies, picotement, tiraillement, engourdissement
 ++++ De caractère bilatéral
 +- majorée par la station debout
 +- diminuée par le repos étendu
 +- soulagée par le froid
 +- prurit
 +- oedème discret
 +- facteur déclenchant habituel à préciser
 +- douleur à la pression
 +- la nuit : tension mollet, brulures
 +- récursive

Voir aussi :

Varices membres inférieurs
 Oedeme membres inferieurs
 Thrombophlébite
 Algie
 Myalgie
 Paresthésies des membres inferieurs

(b) INSERM, *Contrat d'animation d'un réseau*, N° 488018, Paris 1998

(c) *Grâce au concours financier de la CNAM-TS : convention N° 1397/93*

(d) A : symptôme, B : Syndrome, C : Tableau de maladie, D : Diagnostic certifié.



TRANSCODAGE : LE THESAM^{27 28}

Comme son nom l'indique, c'est un **THESaurus** des Activités Médicales. Son objet est de lier les termes médicaux et leurs synonymes par un code. Considéré par certains comme un référentiel pour le codage des diagnostics et des actes selon les diverses classifications, il est un instrument d'aide au codage largement utilisé en France et dans les pays francophones.

Deux idées forces guident cet ouvrage :

- Permettre à chaque médecin de garder SA classification adaptée à son travail quotidien, à condition que soit attribué un numéro Thésam à chaque libellé de sa classification afin de faciliter les correspondances entre les diverses classifications.
- Eviter à chacun d'avoir à transcoder sa classification dans une ou plusieurs classifications internationales.

Code THESAM
02749 Leucémie aigue myéloide
26527 Splénomégalie lors d'une maladie métabolique congénitale

Transcodage : Méningite listérienne
THESAM : 10057
CIM : 027.0+320.7
CANDO : VY 54 h

Le Traitement des informations...

Le regain d'intérêt pour les classifications médicales, va de pair avec la possibilité de traiter des données standardisées par informatique. Ainsi, des structures de "traitement de l'information" voient le jour ; mais tout comme les classifications, elles répondent à des objectifs particuliers. Ainsi :

- La CISP est orientée "recherche et évaluation en médecine générale" avec pour objectif de décrire les rapports entre motif de consultation du patient, diagnostic et décisions du médecin.
- Le PMSI est orienté "économie médicale" avec pour objectif la rationalisation des coûts hospitaliers.

Ces deux exemples illustrent bien l'importance du traitement de l'information dans les années à venir et la nécessité de développer des outils pertinents de recueil de données standardisées.

1. CISP²⁹

C'est en 1987 que la Classification Internationale des Soins Primaires est développée sous l'égide du Pr Lamberts

(Hollande) et du Dr Wood (USA). "Plus qu'une classification, il s'agit d'une méthodologie de traitement de l'information, orientée par problème et centrée sur le patient, élaborée à des fins de recherche et d'évaluation."³⁰

Les classifications utilisées pour recueillir et traiter les données sont ICHPPC (diagnostic), IPPC (procédures) et RFEC (motifs de rencontre) (voir plus haut).

A chaque terme de ICHPPC correspond un code alphanumérique (code CISP) composé de 1 lettre et deux chiffres :

A01	Douleur généralisée
D11	Diarrhée
Y26	Peur du cancer org. gen. masc.
Z29	Autres problèmes sociaux NCA

Les informations utilisées (motif de consultation, diagnostic, procédures) sont reliées entre elles et traitées à l'aide des codes et d'une grille bi-axiale

Chapitres	A - Général	B - Sang, organes hématopoïétiques	D - Digestif	F - Oeil	H - Oreille	K - Circulatoire	L - Ostéo-articulaire	N - Neurologique	P - Psychologique	R - Respiratoire	S - Cutané	T - Endocrinien, métabolique et nutritionnel	U - Urologique	W - Grossesse, accouchement, planif. famil.	X - Génital féminin	Y - Génital masculin	Z - Social
	Composants																
1. Symptômes et plaintes																	
2. Procédures diagnostiques et préventives																	
3. Procédures thérapeutiques et médicaments																	
4. Résultats de tests																	
5. Administratif																	
6. Références et autres motifs de contact																	
7. Diagnostics et maladies																	

Tableau 6 : Structure biaxiale de la CISP
17 chapitres et 7 composants

Exemple de traitement de l'information :

Une patiente consulte pour une toux, elle offre aussi un mal de tête et au décours de la consultation vous confie sa peur d'être enceinte.

Les trois motifs de contacts seront codés respectivement :

La toux	R 05	(R. respiratoire)
Le mal de tête	N 01	(N. Neurologique)
Peur d'être enceinte	W 02	(W. Grossesse, accouchement)

Vous examinez la gorge et les poumons et vous constatez qu'il s'agit d'une infection des voies respiratoires supérieures. Quelques questions et un test de vision indique la nécessité d'une prothèse oculaire. La consultation se prolonge parce que le moment est propice pour parler avec cette patiente de son angoisse de grossesse malgré le fait que le test de grossesse que vous réalisez soit négatif. En réalité, sa situation économique est à la base de son angoisse clinique.

Les trois diagnostics :

Infection des voies resp.sup.	R 74	(R. respiratoire)
Erreur de réfraction	F 91	(F. Oeil)
Problèmes économiques	Z 01	(Z. Social)

Elle repart avec un traitement symptomatique, une ordonnance de pilules, le conseil de porter ses lunettes, un mot pour l'ophtalmologiste et... plus tranquille de n'être pas enceinte.

Vous avez donc les procédures suivantes :

Examen du système respiratoire	R 30	R et 30 (examen détaillé)
Test de vision	F 39	F et 39 (épreuve fonctionnelle)
Test de grossesse	W 33	W et 33 (analyse immunologique)
Médicaments à visée respiratoire	R 50	R et 50 (médicament)
Prescription d'un contraceptif	W 50	W et 50 (médicament)
Conseil de porter des lunettes	F 45	F et 45 (avis, conseil)
Référence à l'ophtalmologue	F 67	F et 67 (référence spécialiste)
Ecoute thérapeutique basée sur un problème de grossesse	W 58	W et 58 (écoute thérapeutique)

Le recueil et le codage de ces données sont effectués lors de la consultation à l'aide d'un logiciel informatique.³¹

2. PMSI^{32 33}

Le Programme de Médicalisation du Système d'Information a été développé aux Etats Unis par le Pr Fetter, au début des années 1970. Le PMSI a été importé en France en 1981/82, puis introduit dans les Hôpitaux publics et privés en 1985.

L'objectif du PMSI est de créer un outil médicalisé de gestion hospitalière afin de mettre en regard les coûts et les services rendus et donc de mesurer la production hospitalière^(e)

Son intérêt théorique est de :

- Constituer un outil pour le gestionnaire hospitalier qui peut disposer de données sur ce que produit effectivement son établissement.
- Devenir un instrument de l'assurance qualité à l'hôpital (incitation aux bonnes pratiques)
- Fournir une base de données épidémiologiques, bien qu'il n'ait pas été conçu dans ce but.
- Prétendre améliorer à terme le système de financement des hôpitaux.

Il repose sur un recueil d'informations administratives et médicales³⁴ pour chaque séjour d'un patient dans une unité médicale.

Cette collecte produit le "Résumé Standardisé de Sortie" où figurent le sexe, l'année de naissance du malade, le mode d'entrée et de sortie dans l'unité ainsi que les dates d'entrée et de sortie, le diagnostic principal (CIM), les diagnostics associés (maximum 5), les actes médicaux significatifs (maximum 5). Cela permet de constituer des "Groupes Homogènes de Malades", étape indispensable pour étudier les coûts.

Le PMSI obéit en premier lieu à une logique économique. La vraisemblance clinique n'intervient qu'en second lieu.

C'est probablement la raison pour laquelle le taux d'erreur des Résumés Standardisés est de l'ordre de 20 à 30%. Les principales sources de ces erreurs sont les motifs d'hospitalisation non confirmés par le séjour hospitalier, un manque de précision des libellés diagnostiques, l'absence des comorbidités, et la difficulté à hiérarchiser les morbidités.³⁵

Des enjeux...

aujourd'hui, il devient possible d'utiliser les données structurées des classifications médicales, grâce à l'outil informatique. Mais comme le souligne le Dr Linnarson³⁶, l'utilisation "*d'un vocabulaire contrôlé*" est nécessaire pour "*mieux refléter la réalité clinique, permettre l'inclusion de tous les codes et classifications, rendre compte au mieux des données concernant le patient, et ainsi permettre l'interrogation de bases de données exploitables.*"

Ainsi, le médecin praticien tire un bénéfice considérable du couple Classifications/Informatique, que ce soit dans le domaine de l'information, que dans la gestion individuelle de son dossier médical^{37 38}. En effet, il lui devient possible de personnaliser la mise à jour de ses connaissances grâce :

1. à l'accès télématique de banques de données³⁹,
2. au développement de l'enseignement assisté par ordinateur (EAO).

la disposition d'esprit rationnelle⁴⁰ à laquelle incite l'informatique facilite l'usage de définitions standardisées pour :

1. une tenue structurée et claire du Dossier Médical,
2. une évaluation personnelle performante,
3. une participation possible à des études de terrain.

Pour le chercheur, c'est sur "*le dossier médical que repose l'exercice de la médecine et de la recherche médicale appliquée ; {car} il permet de suivre les malades et constitue une source pratique des informations qui conduisent à élaborer des hypothèses et à tester leur validité*"⁴¹.

Décrire, comprendre, évaluer et enseigner la médecine générale, sont des activités qui peuvent être envisagées avec les informations structurées contenues dans les dossiers médicaux :

- **Décrire**, grâce au recueil épidémiologique périodique et thématique.
- **Comprendre**, en créant des banques de données à partir des éléments contenus dans le dossier médical, et en définissant les liens complexes qui unissent ces éléments.
- **Évaluer** les résultats de la recherche grâce à la validation interne et externe. Évaluer leurs applications en terme de performance du médecin généraliste, et de service rendu au patient et à la population.
- **Enseigner** enfin, à partir des résultats de la recherche et non pas à partir d'opinions, de consensus, ou de pratiques traditionnelles non évaluées.

(e) La Loi du 31 juillet 1991 fait l'obligation à tous les établissements de santé, d'évaluer leur activité et de mettre en œuvre le système d'information correspondant.



Le Dictionnaire des Résultats de consultation de médecine générale est-il un outil capable de répondre à ces objectifs ?

Oui, car il répond à deux critères indispensables :

- Son adéquation avec les états pathologiques les plus fréquemment rencontrés en médecine générale. La

définition de ces états dans un langage univoque permet l'utilisation de données standardisées dans le temps et dans l'espace, quel que soit le médecin.

- Sa compatibilité avec la CIM-10, facteur indispensable de comparaison avec des études de niveau international.

glossaire

Codage : transformation d'une information selon un code, en données habituellement numériques ou alphanumériques permettant plus facilement son traitement informatique.

Classification : rangement des connaissances ou des documents selon des règles qui déterminent un ensemble de classes ou de subdivisions. Est toujours établie en allant du général au particulier. Elle réunit des concepts voisins dans une perspective statistique.

Une classification peut-être :

- Mono-axiale (ou hiérarchique) : un concept trouve une place et une seule, et les classes principales établies à partir d'une racine commune couvrent l'ensemble du domaine.
- Multiaxiale (ou modulaire ou à facettes) : un même concept apparaît dans différents axes.

Dictionnaire : recueil de mots d'une langue, des termes d'une science, d'un art, rangés par ordre alphabétique ou autre, avec leur signification.

Glossaire : dictionnaire qui donne l'explication des mots anciens ou mal connus. Lexique d'une langue vivante.

Index : liste, catalogue, en général alphabétique, des termes d'un domaine de connaissance.

Indexation : opération qui consiste à relever dans un document les informations les plus significatives ou représentatives de son contenu, dans le but de permettre la sélection du document pour un travail donné.

Lexique : liste alphabétique des termes (ou mots-clés) ayant servi à indexer les informations contenues dans un document.

Nomenclature : ensemble de termes techniques propres à une science ou un art. Chaque terme de la nomenclature est désignée par un libellé aussi long qu'il est nécessaire à sa bonne compréhension, et peut comporter un code.

Nosologie : classification des maladies

Nosographie : description des maladies.

Systématique : science ayant pour objet la classification rationnelle et l'établissement d'une

Nomenclature aux règles irréversibles et fixes (Découverte d'un concept qui inaugure le Système). C'est-à-dire à la fois taxinomie et classification des êtres vivants.

Taxinomie : science des lois de la classification. Propose un ordre à l'intérieur duquel se range des objets réels ; science des implications/exclusions. Synonyme : Taxilogie, Taxonomie.

Terminologie : degré le plus bas d'organisation; ensemble des mots techniques utilisés dans la profession.

Thesaurus : genre de dictionnaire fondé sur une structuration hiérarchisée d'un ou plusieurs domaines de la connaissance.

On distingue trois types de relation :

- entre un terme préférentiel et des synonymes connus ;
- entre un terme donné et d'autres termes qu'il est pertinent d'utiliser conjointement ;
- et qui organise une relation d'ordre des termes préférentiels en termes génériques et termes spécifiques.

Un **Métathésaurus** englobe les descriptions particulières de chaque thesaurus.

Tableau 6 : récapitulatif des sigles

CANDO	Classification Alpha Numérique de la Documentation médicale	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE
CDAM	Catalogue des Actes Médicaux	
CDU	Classification Décimale Universelle	
CIDIH	Classification Internationale des Déficiences , Incapacités et Handicaps	CLASSIFICATION SPÉCIALISÉE ANNEXE DE LA CIM
CIM -10	Classification Internationale des Maladies	PATHOLOGIES MÉDICALES NOMENCLATURE CLASSIFIÉE EXHAUSTIVE
CIM-O	Classification Internationale des Maladies Oncologiques	CLASSIFICATION SPÉCIALISÉE ANNEXE DE LA CIM
CISP	Classification Internationale des Soins Primaires	TRAITEMENT DE L'INFORMATION SOINS PRIMAIRES -DICTIONNAIRE
Dictionnaire SFMG		SOINS SPÉCIALISÉS -DICTIONNAIRE
DSM	Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux	SOINS SPÉCIALISÉS
HCIMO	adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations	ADAPTATION DE LA CIM
ICHPPC	International Classification of Health Problems in Primary Care	SOINS PRIMAIRES
Adaptation de la CIM		
MeSH	Medical Subject Heading	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information	TRAITEMENT DE L'INFORMATION
Read Codes		SOINS PRIMAIRES -NOMENCLATURE
SNOMED	International Systematized Nomenclature of human and veterinary MEDecine	PATHOLOGIES MÉDICALES NOMENCLATURE CLASSIFIÉE EXHAUSTIVE
THESAM	THESaurus des Activités Médicales	TRANSCODAGE

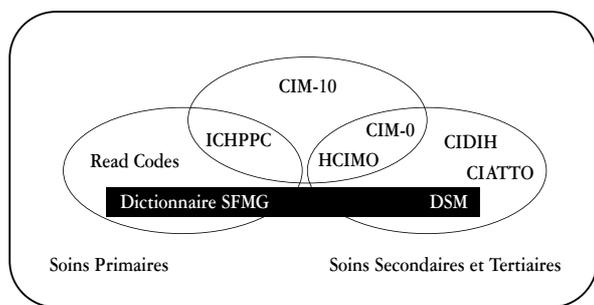


Figure 1 : position des différentes classifications, nomenclatures et dictionnaires.

- Certaines classifications sont des condensés de la Classification Internationale des Maladies pour des objectifs plus restreints. C'est le cas de HCIMO (objectif hospitalier) et de ICHPPC (objectif de soins primaires).
- La CIM-O est la Classification Internationale des Maladies étendue à l'oncologie.
- D'autres sont créées de toutes pièces et transcodées en Classification Internationale des Maladies : CIATTO, CIDIH.
- Il n'existe que deux Dictionnaires : le DSM (psychiatrie) et de Dictionnaire SFMG (Soins primaires)

- La Classification Internationale des Maladies est la référence internationale permettant la comparaison des études.

bibliographie

- Haut Comité de Santé Publique, "L'information sur la santé en France -présentation de synthèse", La Santé en France -Annexe : travaux des groupes thématiques, La Documentation Française, p.125-127.
- Gallais J.L., "Pour mieux soigner, chercher, évaluer, planifier ou organiser : la même exigence de rigueur", Document de Recherche N°41, SFMG, Octobre 1992, Editorial.
- "Principes d'une Nosographie (Santé)", Encyclopédia Universalis, page 665/666, 1983 et supplément 1995.
- BAUD R.H, LOVIS C., ALPAY L., RASSINOX A.M, SCHERRER J.R, NOWLAN A., RECTOR A. "Modelling for Natural Language Understanding", Symposium on Computer Applications in Medical Care, Safran C Editor, Washington, 1993.
- LANDAIS P., JAIS J.P, FRUTIGER P. "Sémantique des classifications et nomenclatures". In: Degoulet P., Stéphan J.C, Yvon P. Edition Informatique et Santé, Springer-Verlag, Paris 1989, p221/222.
- CDAM Catalogue des Actes Médicaux. Paris ; Ministère de la santé, 1991.
- National Library of Medicine, MeSH Medical Subject Headings. NLM, Bethesda Maryland, 1992.
- CHEVALIER J. "CANDO Médical & Pharmaceutique. Classification Alpha-Numérique de la Documentation" Maloine Editeur Paris - 4 ème édition, 1984, 1098 pages.
- CÔTE R.A, ROTHWELL D.J, PALOTAY J.L, BECKETT R.S., BROCHU L., "SNOMED INTERNATIONAL - The systematized nomenclature of human and veterinary medicine" College of American pathologists - American Veterinary Medical Association, Northfield, 1993, 3842 pp.
- JEANTY C., "Critique du SNOMED International", Actes des Journées Francophones d'Informatique Médicale: Dossier patient, codage et Langages Médicaux, Paris/Genève, Centre Hospitalier Universitaire de Genève, Genève, 1994 p.251/255.
- Classification Internationale des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1995.
- PAVILLON G. , MAGUIN P. "La dixième révision de la Classification internationale des maladies", Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1993, N°Vol 41, N°3, p.253-255.
- ROSOWSKY O. Une recherche en médecine générale ça commence où ?, Quintessence 88, page 8-12.
- HCIMO : Adaptation Hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations, 9^{ème} révision, Département des Sciences Hospitalières et Médico-sociales, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, 1988.
- ICHPPC-2-defined. Inclusion Criteria for the Use of the Rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1983.
- CIMO : classification internationale des maladies . Oncologie - OMS - Ed Française INSERM , Paris, 1980.
- WOOD P. Classification Internationale des Déficiences ,Incapacités et Handicaps - INSERM - 1988.
- CIATTO : Classification Internationale des Affections et Traitements en Traumatologie et Orthopédie, A.Vincent, Université Catholique de Louvain, Orthopédie, 1985.
- MEARY R.: "Code de Classement -Orthopédie et Traumatologie, Code MEARY - 3^{ème} édition", 1990, MASSON, Paris
- Classification of Surgical Operations and Procedures, 4th Révision consolidated version 1990. Office of Population Censuses and Surveys, Her Majesty's Stationary Office, London, 1990.
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux -DSM III-R, Masson, PARIS, 1989.
- ICHPPC-2-defined. Inclusion Criteria for the Use of the Rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1983.
- International Classification of Process in Primary Care, Oxford University Press, Oxford, 1986.
- Read Clinical Classification, Updated by NHS Centre for Coding and Classification. Crown copyright, 1990.
- Société Française de Médecine Générale, Document de Recherche en Médecine Générale 47-48, déc 1996.
- BRAUN R.N, Pratique, critique et enseignement de la médecine générale, Payot, Paris, 1979.
- THESAM : Thésaurus des Archives médicales. Paris: Assistance publique Hôpitaux de Paris, 1991.
- Chevallier J., Brunel L., Griesser V, "Thésam, Thésaurus des activités médicales pour le codage des dossiers des malades", Actes des Journées Francophones d'Informatique Médicale: Dossier patient, codage et Langages Médicaux, Paris/Genève, Centre Hospitalier Universitaire de Genève, Genève, 1994, p.205/210.
- Traduit de l'Anglais par les Drs JAMOULLE M. et ROLAND M, Classification Internationale des Soins Primaires, Alexandre Lacassagne, Lyon, 1992.
- JAMOULLE M., ROLAND M., MENNERAT F., La CISP: classification internationale des soins primaires. Une méthode de traitement de l'information en soins de base. EXERCER, Mai/Juin 1992, N°17, page 11.
- MARQUET S. La CISP, un instrument pour la médecine générale, Document de Recherche Société Française de Médecine Générale N° 46, Octobre 1995, p. 98/114.
- STEUDLER F Le PMSI. un enjeu Hospitalier , Informatique et Santé in Prospective et Santé, n°37, 1986, p37/43.
- Chabrun-Robert C., "Codage et circuit de l'information. Les clés du PMSI", Le Concours Medical, 09/07/1994, p.2200/2202.
- FAGNANI F. , DETOURNAY B, Lexique des termes de l'évaluation médicale et économique, REMEQUAS, 4 Bd Belle Rive, 92500 Rueil-Malmaison, 1992, p.51/52.
- DUSSAUCY A., VIEL J.F, MULIN B., EUVRARD J., L'outil PMSI: biais, sources d'erreurs et conséquences Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1994, Vol 42 , N°4, pages345/358.
- LINNARSON, Methods, design and components for a computer based patient record, Linköping University, N°378, Linköping, Suède, 1993.
- GOLDBERG M. & coll, Le Médecin et son Ordinateur -L'informatique au cabinet médical, Frison-Roche, Paris, 1994.
- DEGOULET P, FIESCHI M., Informatique médicale, Masson, Paris, 1994.
- GUENOT C., GOUPIL M., "Ch IV: Interrogez les banques de données télématiques", S'informer, se documenter. Guide des sources de données en santé publique, ENSP -1990, p.77/114.
- Crocq L., "Face aux exigences de la clinique", Prospective et Santé, 1987, N°37, p.57/63.
- "L'informatique dans la recherche Bio-médicale" Encyclopédia Universalis, page 1022, 1983 & supplément 1995.

Outils de codage pour l'épidémiologie en médecine générale

utilisation de la CIM10

Introduction

De nombreux écrits se sont faits l'écho de l'inadaptation de la classification internationale des maladies (C.I.M.) pour les codages des situations rencontrées en médecine générale. Ces critiques ont suscité la création de plusieurs classifications dont l'ICHPPC 2-D¹ et la CISP qui se réclament pourtant d'une possibilité de correspondance de leurs codes avec la CIM.

Certaines publications montrent aussi une confusion entre les termes classification, code, dictionnaire.

Néanmoins d'autres auteurs ont pu insister sur la nécessité d'utiliser la CIM. : *"Quand on réalise une enquête descriptive, il est donc absolument nécessaire de classer les maladies observées selon la C.I.M. sous peine d'être incapable d'effectuer la moindre comparaison"*².

Ces données contradictoires mais aussi la parution récente de la traduction en français du premier volume de la 10^{ème} édition de la CIM, nous ont incité à rechercher si l'incompatibilité invoquée restait réelle.

D'autre part, il est clair que dans notre pays l'épidémiologie de la médecine générale reste balbutiante. Pour la développer, le médecin généraliste ne doit-il rester que le "médecin-sonde", ou peut-il participer plus activement à cette épidémiologie s'il a la connaissance et la disposition d'outils assez simples utilisables à cette fin ? Nous tenterons d'apporter une réponse.

Enfin il faut préciser que l'intérêt porté à cette question est indépendant de l'actualité dans les relations entre le corps médical et les organismes de sécurité sociale qui ont évoqué la question du "codage des actes", non pas dans une optique d'analyse épidémiologique, mais dans celle d'une étude de leurs coûts. Cette question parfois mal ressentie dans le corps médical peut faire rejeter toute idée de codage qui ferait apparaître une modalité de contrôle supplémentaire.

On remarquera que la divulgation possible de la C.I.M et sa précision du codage des pathologies lorsqu'elle est liée à une personne donnée, rend son usage incompatible avec le maintien du secret médical. Il nous semble donc peu vraisemblable qu'elle puisse être telle quelle utilisée à cette fin.

Utilité d'un codage

Le codage³ permet une identification de notions ou termes parfois complexes avec quelques lettres ou chiffres. La mise en liste et ensuite l'exploitation des données recueillies en est facilitée. Cette exploitation s'effectue sous forme de tris et de classements selon divers critères et peut ensuite donner lieu à une mise en tableaux ou en graphiques.

Le codage, à condition qu'il soit largement reconnu et utilisé par le milieu scientifique concerné, permet également de collecter et d'échanger facilement un grand nombre de données d'origines diverses. Sa structure le rend indépendant des différentes langues, il n'a donc pas besoin d'être traduit et est compris au plan international.

Le médecin généraliste motivé par une recherche épidémiologique préalablement définie, pourra disposer d'une liste axée sur la pathologie qu'il rencontre avec les codes correspondants des faits et situations objets de la recherche. Il pourra ainsi coder et lister les objets de l'analyse. Son action pourrait en rester là, mais actuellement grâce à la micro-informatique il peut aisément lui-même exploiter les données pour les inclure soit dans une étude multifocale soit pour son usage personnel.

Il pourra ainsi mieux analyser les étapes du suivi de ses patients, mieux identifier les problèmes qui se posent que ce soit dans la démarche diagnostique ou dans la thérapeutique et même faire un suivi épidémiologique de la population à laquelle il dispense ses soins, intervenant ainsi en tant qu'acteur de Santé Publique.

Cet examen lui permettra aussi d'identifier les secteurs dans lesquels il doit porter ses efforts et aussi d'orienter les objectifs de sa formation continue.

1 *International Classification Health Problems in Primary Care. Version 2 D. Traduction française Dr. Ph. Jacot, non publiée.*

2 *Goldberg, l'Épidémiologie sans peine, P.104.*

3 *Code : "Système de symboles destinés à représenter et transmettre une information" (Petit Robert).*



Qu'est-ce qu'un résultat de consultation ?

Avant de montrer l'utilisation du codage, il paraît utile de préciser les objets sur lequel il porte. Dans notre étude, il s'agit avant tout de coder les "résultats de consultation"⁴.

Il est donc nécessaire au préalable de définir ce qui est entendu par résultat de consultation, terme qui peut être considéré comme un peu ambigu, mais qui est la traduction du terme "Beratungsergebnisse" employé par le Dr. Braun, médecin généraliste autrichien qui a analysé sa pratique pendant plusieurs dizaines d'années.

Analyse d'une séance de médecine générale

L'analyse que nous retiendrons est celle qui a été employée par la S.F.M.G.⁵

Le généraliste recueille les données qui serviront à la décision de fin de consultation.

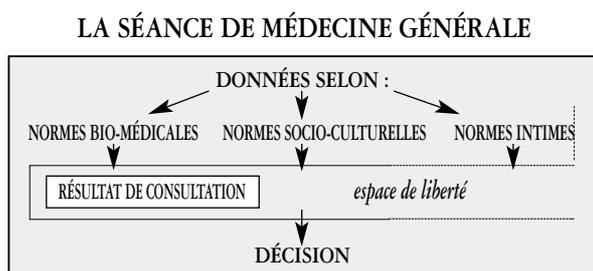
- Celles qui résultent de l'entretien donc le motif de consultation analysé par le médecin, et celles de l'examen clinique, et éventuellement des explorations complémentaires : laboratoire, imagerie, exploration instrumentale. Elles constituent l'essentiel de ce qui justifiera sa décision en fin de consultation. Ces données sont fondées par ce que l'on peut appeler la "norme biomédicale".

- A côté de ces éléments, le généraliste devra prendre en compte les données résultant du milieu et des conditions socioculturelles professionnelles et familiales de son patient. Ici c'est la "norme socioculturelle" qui influera sur la décision.

- Enfin la décision sera également orientée par la connaissance qu'a le médecin de la personnalité et des événements de la vie de son patient. Il s'agit ici de la "norme intime". Cette norme intime comporte aussi celle du médecin (tempérament anxieux ou non p. ex., orientation de sa culture médicale et personnelle...). Ce dernier aspect pour intéressant qu'il soit et qui relèverait sans doute de l'analyse balintienne ne sera pas étudié dans notre mémoire.

Ce sont les données de la norme biomédicale qui définissent le résultat de consultation. Selon la gravité de celui-ci, est défini un "espace de liberté" plus ou moins grand. C'est en fonction de l'importance de celui-ci que seront pris en compte, pour la décision, les éléments des normes socioculturelles et intimes.

La démarche de la consultation peut ainsi être figurée par le schéma suivant :



La décision n'étant pas bien entendu obligatoirement un traitement et pouvant être une explication, un conseil, un nouveau rendez-vous pour surveillance, une demande d'explorations, etc..

Les travaux de Braun

Positions diagnostiques

On s'aperçoit selon le schéma ci-dessus que le R. de C. correspond à ce que l'on nomme habituellement diagnostic. L'extension de l'usage de ce substantif en a rendu la signification très vaste et imprécise obligeant parfois de le préciser avec des qualificatifs divers : supposé, étiologique, d'élimination, etc. Un exemple de ces imprécisions est montré par la lecture de la thèse de Th. Vezon⁶, qui dans sa liste de classement des "diagnostics" regroupe : diagnostic vrai (Diabète non insulino-dépendant...), symptôme (toux...), syndrome (éruption morbiliforme, sciato-cruralgie...), motif de consultation (Dépistage gynécologique systématique, Mise à jour de vaccins), décision (Hospitalisation...), acte de soin (Désensibilisation.).

Braun, par une observation de sa pratique sur plusieurs années, a constaté que dans la plupart des cas en médecine générale -médecine de premier recours-, malgré l'examen le plus soigneux, et en voulant se garder de toute interprétation dans la signification des signes recueillis, on peut ne se trouver qu'en présence :

- soit de symptôme isolé,
- soit de syndrome,
- soit éventuellement de tableau de maladie nosologiquement défini,
- le diagnostic complet, attesté par des signes pathognomoniques ou des examens anatomo-pathologiques ou encore bactériologiques, restant plus rare.

Ce sont ces quatre positions (et non pas niveaux, ce qui pourrait sous-entendre une notion de hiérarchie de valeur) possibles en fin d'examen qui sont nommées **résultats de consultation**.

Pour souligner la difficulté d'un diagnostic au sens précis du terme et reconnaître que les consultations ne se terminent pas toujours par celui-ci, nous pouvons citer le Pr R. Villey qui dans la conclusion de son ouvrage sur l'histoire du diagnostic médical⁷ écrit :

⁴ On emploiera ultérieurement dans le texte l'abréviation : R. de C.

⁵ Société Française de Médecine Générale (société scientifique regroupant des généralistes et reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins) 27, bl Gambetta, 92130 Issy Les Moulineaux.

⁶ Vezon Thierry - *Epidémiologie de l'exercice du médecin généraliste : Analyse prospective dans la région d'Alès*, Th. Méd. Montpellier 1, 1990, N°1287.

⁷ R. Villey, *Histoire du diagnostic médical*, 2^{ème} tirage, Paris Masson, 1979. Page 218.

"Pourtant le diagnostic est chose encore très difficile parfois et la modestie conviendrait aux médecins. La littérature abonde en exemples de cette difficulté, la pratique quotidienne le montre à chaque instant. Lors du premier examen d'un malade nous sommes très souvent embarrassés, mais même avec l'aide des radiographies, des examens de laboratoire de toutes sortes, il n'est pas rare que nous soyons encore incapables de conclure, ou que nous nous trompions".

A la suite de son travail d'épidémiologie personnelle, Braun a ainsi proposé une classification biaxiale :

Dénomination du résultat de consultation.

Codage d'une des 4 positions :

- A position d'un symptôme (par exemple une toux isolée),
- B position d'un syndrome (par exemple une céphalée non caractéristique),
- C position d'un tableau de maladie (par exemple une bronchite aiguë),
- D position d'un diagnostic complet (par exemple un épithélioma spino-cellulaire dont on a le résultat de l'examen anatomo-pathologique).

Cette notion de R. de C. est parfaitement évolutive, les résultats les plus "ouverts" que sont symptômes et syndromes pouvant bien sûr se modifier au cours des consultations successives, soit par le développement des signes cliniques, soit par l'apport des résultats d'explorations complémentaires éventuellement demandées. Il est ainsi possible de suivre la démarche du médecin lorsque des consultations successives sont nécessaires, ainsi que l'évolution d'un état morbide tel qu'il se présente en médecine générale, qu'il soit traité ou non. La reconnaissance de cette situation n'est ni une révolution, ni une déviation vers une médecine symptomatique, mais au contraire une clarification et une rigueur dans l'analyse, qui est d'ailleurs soulignée par Th. Vezon dans l'annexe D de sa thèse.

Les fréquences

Braun en observant ses consultations sur une période de plusieurs années (trois années étaient pour lui nécessaires à une étude valable), et aussi en analysant les publications de Logan, statisticien britannique, a constaté que les R. de C. les plus fréquents se reproduisaient avec régularité. Il a pu ainsi énoncer ce qu'il appelle la loi de répartition des cas : "Des hommes qui vivent dans les mêmes conditions sont exposés au facteur maladie avec à peu près les mêmes effets". De ce fait, il a pu établir une liste personnelle d'environ 300 résultats de consultation, dont la fréquence varie assez peu. Leur place au sein de la liste peut varier d'une année sur l'autre, mais l'ensemble de la liste reste stable. Des généralistes suisses et autrichiens ont pu confirmer ces constatations.

En France, cette liste a été reprise par la SFMG⁸ et légèrement modifiée (titres trop voisins ou trop personnels à Braun). Avec cette dernière, et malgré les modifications, un relevé en continu des R. de C. portant sur plusieurs milliers de séances (17.571) a confirmé globalement les constatations de Braun, c'est à dire :

A : 35,8 %	C : 25,4 %
B : 33,4 %	D : 5,4 %

Liste des définitions des résultats de consultation les plus fréquents

La classification bi-axiale basée sur une dénomination et les positions diagnostiques de Braun pour intéressante qu'elle soit ne résout pas tous les problèmes. En effet il était relativement facile pour cet auteur qui travaillait seul, de mettre sous chaque titre de R. de C. des signes constants. Mais si les titres sont seuls fournis à des observateurs différents des interprétations apparaîtront qui introduiront un biais dans les statistiques ainsi constituées.

D'où la nécessité de donner des définitions précises de chacun des R. de C. les plus fréquents (critères d'inclusion et d'exclusion). Un exemple de cette démarche est donné avec le DSMIII-R : "Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" publié sous l'égide de l'American psychiatric association, lequel donne les critères pour chaque terme inclus, mais aussi dans le chapitre consacré à la psychiatrie de la C.I.M.10.

La liste des définitions de ces R. de C. constitue un véritable dictionnaire. Il existe actuellement à la suite du travail de la S.F.M.G. débuté il y a maintenant plus de cinq ans. Pour la médecine générale c'est à notre connaissance le seul travail en français de cette nature. Il peut se consulter dans le logiciel de gestion de dossiers médicaux "MGDATA"⁹ car il n'en existe pas d'édition sur papier. Cette liste informatique comporte 244 définitions. Elle se présente sous forme alphabétique unique, sans regroupement ni par appareil, ni par organe. C'est celle-ci que nous avons confronté avec la CIM10.

La CIM10

Présentation

La Classification Internationale des maladies (I.C.D. en anglais) publiée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), élaborée à l'origine (Classification Bertillon en 1893) pour l'étude statistique des causes de décès a évolué progressivement pour s'étendre également à la classification des états morbides. L'édition actuelle (1993) est la 10^{ème} et comportera 3 volumes :

Volume 1 : Table analytique,

Volume 2 : Manuel d'utilisation,

Volume 3 : Index alphabétique.

Actuellement seul le premier volume est traduit en français. La parution de l'index alphabétique dans notre langue n'étant prévue que pour 1995.

Matériellement il s'agit d'un volume de 1243 pages pesant environ 1900g. et vendu au prix de 585 Francs.

8 Souzace et Véry : *les médecins sur la voie d'un même langage* (V) *Revue du Praticien MG T5* ; N° 132 : p 189.

9 MGDATA : *Logiciel de gestion de dossiers de médecine générale avec système d'exploitation statistique des résultats de consultation.* MG Edition : Société d'édition pour les professions de santé, SARL, 9 Rue Général Leclerc, 94220 Charenton-le-Pont.



La classification est répartie en 21 chapitres :

Chapitre I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
Chapitre II	Tumeurs
Chapitre III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
Chapitre IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
Chapitre V	Troubles mentaux et du comportement
Chapitre VI	Maladies du système nerveux
Chapitre VII	Maladies de l'oeil et de ses annexes
Chapitre VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
Chapitre IX	Maladies de l'appareil circulatoire
Chapitre X	Maladies de l'appareil respiratoire
Chapitre XI	Maladies de l'appareil digestif
Chapitre XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
Chapitre XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
Chapitre XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire
Chapitre XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité
Chapitre XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
Chapitre XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
Chapitre XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs
Chapitre XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
Chapitre XX	Cause externes de morbidité et de mortalité
Chapitre XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

Les codes les plus simples peuvent ne comporter qu'une lettre et 2 chiffres, l'adjonction de chiffres supplémentaires augmentant le nombre de situations codées ou à coder et affinant la précision.

Dans le volume analytique utilisé pour ce travail, les codes figurent en premier et sont donc classés en ordre alphanumérique. A la suite du code sont nommés les pathologies ou signes anormaux classés. Facultativement à la suite de cette désignation sont nommées les pathologies voisines qui peuvent y être incluses, ainsi que les exclusions relevées dans la liste de la CIM. On notera qu'en dehors de ces indications, il n'y a pas de définition au sens strict des termes codés, exception faite pour la psychiatrie qui décrit les critères d'inclusion de chaque item codé.

Critiques sur l'adaptation à la médecine générale de la CIM

De nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de la CIM, notamment de sa 9^{ème} édition quant à son adaptabilité à la médecine générale. On peut citer entre autres :

"Pur produit bureaucratique" (Braun)

Chapitres dérivés de l'enseignement des spécialités

Double codage possible

Chapitre des "symptômes et affections mal définies" dans lequel le généraliste aurait à coder la plupart de ses R. de C. Ce qui laisse penser qu'en médecine de premier recours les R. de C. sont mal définis.

Absence de définitions (sauf en psychiatrie)

Pas de codage possible du suivi et de l'évolution des morbidités.

Comparaison du dictionnaire des définitions de la SFMG, et de la C.I.M

On se trouve en présence de deux démarches différentes mais qui peuvent utilement se compléter pour effectuer des relevés épidémiologiques en médecine générale :

- l'une étant un travail de définitions des données biomédicales recueillies par le médecin en fin de consultation,
- l'autre étant une classification et un codage des morbidités et causes de décès mais étendue dans sa dernière édition notamment à des "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs" ; c'est à dire hors des autres chapitres groupant surtout des tableaux de maladie et des diagnostics précis.

Pour juger de cette complémentarité nous avons tenté de faire coïncider les situations et/ou diagnostics énumérés dans les deux ouvrages et de voir ainsi si les titres des définitions de résultats de consultation élaborées par la SFMG peuvent être codés selon la CIM10.

Enfin sont ajoutés 4 appendices :

- Morphologie des tumeurs, (pour un codage de celles-ci avec une lettre et 5 chiffres),
- Liste spéciale pour la mise en tableaux des causes de mortalité et de morbidité,
- Définitions,
- Règlement relatif à la nomenclature.

Le système de codage employé dans la C.I.M. :

Il s'agit d'un "système de codification alphanumérique à une lettre suivie de 3 chiffres pour les catégories à 4 caractères". Il s'agit donc d'un codage totalement différent de celui de la 9^{ème} édition qui ne comportait que des chiffres.

Les lettres utilisées vont de A à Z, avec toutefois la mise en réserve de la lettre U qui est destinée à des adjonctions et modifications, ainsi qu'à d'éventuelles classifications provisoires nécessaires pour faire face aux difficultés pouvant surgir au niveau national et international entre deux révisions (en principe décennales).

Résultat du codage des R. de C. avec la CIM10

Dans l'annexe 1 : "Codage des résultats de consultation avec la C.I.M.10" de notre mémoire figure cette confrontation sous forme de tableau.

La première colonne : contient les titres de résultats de consultation existants dans le logiciel MGDATA, Les titres n'ayant pu faire l'objet d'un codage restent écrits en minuscules.

La seconde colonne : comprend le ou les codes de la C.I.M. correspondant au R. de C.

La troisième colonne : donne en caractères normaux le titre en clair donné par la C.I.M. Cela permet de vérifier l'adéquation avec les termes de la première colonne. Les 3 points de suspension suivant les codes à 2 chiffres indiquent qu'il existe dans la CIM une subdivision avec un 3ème chiffre permettant de coder des précisions complémentaires (localisation, forme clinique, etc.). Y sont ajoutés en caractères italiques nos brefs commentaires personnels.

De cette liste de 244 R. de C. on peut extraire les constatations suivantes :

- Absence de codage trouvé

Bouffées de chaleur :

Ce symptôme ne paraît pas codable isolément par la C.I.M. en dehors du contexte clinique de troubles de la ménopause. La pratique des généralistes montre cependant qu'il existe parfois seul, à la fois comme motif de consultation et comme signe recueilli. Il peut s'agir de femmes très âgées pour lesquelles il est difficile de parler encore de trouble de la ménopause, et beaucoup plus rarement d'hommes.

Nausée isolée :

N'existe pas dans la C.I.M. Seuls sont codés : Nausée et vomissement

Vomissement isolé :

Même observation que ci-dessus.

Ce sont donc seulement 3 des R. de C. de la liste qui lorsqu'ils sont isolés ne peuvent être codés (1,23 %).

- Double codage vrai :

Était fréquent avec la C.I.M.9 pour les codes présentant le signe de la dague¹⁰. Dans la nouvelle version ce signe a été moins utilisé et dans notre liste il n'est rencontré que pour l'herpès dans ses localisations oculaires.

On retrouve cependant cette difficulté dans 4 autres cas (au total 2,05 %) :

Artérite des membres inférieurs

Artérite sténosante autre

Enurésie

Urticaire.

- Plusieurs codages possibles apportant des précisions :

- Accès et crises :

Correspond à des situations paroxystiques qui dans le contexte du premier contact ne peuvent pas toujours être caractérisées. Elles présentent cependant des tableaux divers

identifiables qui ont chacun un code C.I.M.

Sciatique : M54.3, M54.1 ou M54.4.

Le choix est guidé par les signes cliniques : sans orientation particulière on codera M54.3, s'il s'agit d'un lumbago avec sciatique on retiendra M54.4, et enfin si les examens permettent d'affirmer une étiologie discale c'est M51.1 qui sera choisi.

Oedème aigu du poumon : J81 ou I50.1

Lorsque cet oedème survient sans étiologie clairement reconstruite il sera codé J81, par contre lorsqu'il surviendra sur cardiopathie connue (caractérisée ou non) on retiendra I50.1. D'autres étiologies dont toxiques sont également caudales mais ces éventualités paraissent rares en médecine générale.

Piqûre d'insecte : T00.9 ou X23.

En cas de piqûres multiples superficielles d'insecte non venimeux et mal identifié : 700.9. Si l'agent est identifié (abeille, guêpe) coder X23.

D'autres cas de pluralité de codage sont également mis en évidence lorsque la liste de MGDATA fait des regroupements comme "Pyrosis, reflux gastro-oesophagien" ou "Cystite, cystalgie". Mais comme dans les quelques exemples donnés ci-dessus, ils sont justifiés soit par des localisations, soit des formes cliniques, soit des étiologies que le médecin généraliste est à même d'identifier. C'est le cas en particulier pour les cancers, les fractures, les entorses, les luxations. Encore que pour ces trois derniers R. de C. il existe une possibilité de codage sans localisation.

Ces possibilités de choix de code avec précision se retrouvent 52 fois. (21,3 %).

- Nombre de R. de C. classés en R :

Les codes R de la CIM10 (Chapitre XVIII) correspondent globalement aux situations groupées dans la CIM9 dans le chapitre XVI intitulé "Symptômes, signes et états morbides mal définis". Il a pu être craint que si un nombre élevé de R. de C. de médecine générale se rencontrait dans ce chapitre cela donnerait une image péjorative de flou et d'inexactitude de la discipline. Or, on sait que le titre de la CIM10 a modifié l'intitulé de ce paragraphe lui conférant un aspect moins négatif : "Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire non classés ailleurs" et en a enrichi le contenu. D'autre part cette crainte est en opposition avec les travaux de Braun qui montrent qu'effectivement en premier recours les diagnostics complets sont rares. Les R. de C. de positions symptôme ou syndrome étant on l'a vu susceptibles d'évolution, en codant ces items il sera possible d'analyser la démarche du généraliste dans ses décisions. Cela ne signifie donc nullement que le généraliste n'est confronté qu'à des situations incertaines.

Et de toute manière on s'aperçoit que dans la liste des R. de C. 52 sur 244 soit un peu moins de 22 % seulement de ceux-ci correspondent à des codes du Chapitre XVIII de la CIM10.

¹⁰ Système de double classification selon l'étiologie ou la manifestation introduit dans la 9^{ème} révision. Voir C.I.M. Page 16.



- Codage CIM non discriminant pour des R. de C. différents de MG-DATA :

Abcès et Lymphangite : L03

Accès et crise et Nervosisme : R45.0

Artérite des M.I. et Artérite sténosante autre : I70.

Crampe abdominale et Plainte abdominale non caractéristique : R10.4

Dermatose non caractéristique et Exanthème isolé non caractéristique : R21

Rhinite, Rhinopharyngite et Rhume : J00

Tuméfaction mammaire et Tuméfaction non caractéristique : D48.9

La première question que l'on peut se poser est de savoir s'il est nécessaire de dissocier ces R. de C. Cela a été créé par Braun et repris par les généralistes de la S.F.M.G. qui travaillent à ce dictionnaire. Cette nécessité pourra être établie par l'analyse du relevé épidémiologique et en évaluant les intérêts diagnostiques, ou thérapeutiques de cette discrimination. Si cette dernière ne se justifie pas, c'est la liste des R. de C. qu'il faudra modifier. Si au contraire elle paraît utile, il faudra établir un codage CIM discriminant par ajout d'un digit supplémentaire.

Ceci peut se faire selon une décision individuelle, voire du groupe qui envisage une étude sur ces thèmes ; solution obtenue rapidement. Mais pour obtenir une reconnaissance au plan international il faudrait engager une concertation avec les comités de la C.I.M., processus évidemment plus lourd.

Ces codages non discriminants sont au nombre de 15 (6,14 %).

- Possibilité de coder des R. de C. non listés dans le dictionnaire de la S.F.M.G. :

Bien entendu toutes les maladies et diagnostics nosologiquement bien identifiés que le médecin généraliste peut rencontrer dans son exercice peuvent être codés avec la CIM10.

Mais en parcourant cette classification il nous est apparu également qu'il existe une possibilité de coder un nombre non négligeable de symptômes ou syndromes que le généraliste rencontre et qui n'ont pas été retenus pour le moment dans le dictionnaire de la SFMG.

Nous en donnons quelques exemples ci-dessous :

Ascite : R18

Douleur pelvienne et périnéale : R10.2

Dyslexie : R48.0

Écoulement urétral : R36

Expectoration anormale (dont excessive) : R09.3

Haleine fétide : R19.6

Hémoptysie : R04.2

Hépatomégalie S.A.I. : R16.0

Hoquet : R06.6

Ictère S.P. : R17

Incontinence des matières fécales : R15

Protéinurie isolée : R80

Rétention d'urine : R33

Ronflement : R06.5

Spasme du sanglot : R06.8

Splénomégalie S.A.I. : R16.1

Etc.

On peut donc dire après cette confrontation que les titres des R. de C. les plus fréquents actuellement reconnus en médecine générale sont donc caudales avec la CIM10 dans l'immense majorité des cas.

Il est parfaitement possible d'y ajouter pour une faire étude épidémiologique des positions des R. de C. le codage de Braun, soit A, B, C, ou D.

Codage du suivi

Un autre problème non résolu par la CIM est le codage discriminant des R. de C. lors de leur première constatation et ensuite à l'occasion de leur suivi.

Cette distinction est nécessaire pour évaluer la prévalence et l'incidence d'une morbidité.

Un relevé en continu de l'activité d'un généraliste va coder des affections qui nécessitent plusieurs contacts avec le patient au cours d'une période donnée. Il faudra donc pouvoir coder de façon distincte les cas nouveaux et les cas anciens qui sont revus pour une surveillance.

Il faudra également envisager les évolutions possibles des R. de C. "ouverts" (symptômes et syndromes) qui peuvent se compléter et permettre parfois d'aboutir à un tableau de maladie définie ou même à un diagnostic certifié, ce qui entraîne une révision du R. de C.

Ceci est possible en adoptant les codes proposés par R. Sourzac dans sa thèse. Ce système simple à une lettre envisage les situations suivantes :

N : Nouveau cas

P : Cas déjà vu persistant

E : Episode d'une pathologie cyclique déjà vue

R : Cas déjà vu mais dont la dénomination doit être révisée (Ex : un syndrome fébrile non caractéristique dont les signes se compléteront secondairement pour faire reconnaître une pyélonéphrite...)

Enfin on peut y adjoindre le caractère

0 : codage d'un résultat de consultation (pathologie) persistant mais dont les critères d'inclusion n'existent plus en totalité (sous l'effet d'une thérapeutique p. ex.). C'est ainsi le cas de l'hypertension artérielle traitée avec succès, donc avec des chiffres normalisés, mais qui nécessite cependant encore un traitement prolongé.

Ces codes peuvent parfaitement s'ajouter à ceux de la C.I.M. et permettent ainsi une exploitation mettant en évidence les incidences et les prévalences.

Codage des autres éléments d'une séance de médecine générale avec la CIM10

Ce qui a été dit ci-dessus ne concerne que le codage de l'élément le plus important d'une séance de médecine générale, à savoir le résultat de consultation.

La lecture de la CIM nous a permis de constater que les autres composantes de cette séance sont également caudales. Nous les présentons rapidement ci-dessous.

Le motif de consultation :

La simple lecture du titre du chapitre XXI de la C.I.M.10 "Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé" fait immédiatement penser que le motif de consultation¹¹ à été envisagé.

Pour ces motifs de consultation, la liste paraissant utile en médecine générale en a été établie par choix personnel. Ce choix ayant été inspiré par les situations rencontrées au cours de la maîtrise de stage, mais aussi pendant le Service National au cours duquel l'activité quotidienne de soins à du personnel civil de l'Arsenal de Cherbourg était assez semblable à une clientèle de médecine générale. A ceci près cependant qu'étaient exclus les enfants, les personnes de plus de 60 ans et que le recrutement féminin était limité. Ainsi cette dernière liste paraîtra peut-être incomplète aux yeux de praticiens chevronnés, mais elle peut être facilement élargie en cas de besoin en compulsant directement la C.I.M.

Le codage des motifs précis (y compris les motifs administratifs) est possible ainsi qu'on peut le constater en examinant notre annexe 2 "Codage des motifs de contact" qui rassemble des extraits du chapitre XXI.

Les éléments de la norme socioculturelle

Ils incluent les facteurs de risque et sont aussi caudales en examinant le même XXI^{ème} chapitre de la CIM.

Comme pour le "motif de consultation" nous avons fait un choix personnel en retenant ce qui nous paraît le plus fréquent en médecine générale. C'est l'objet de l'annexe 3 "Facteurs socioculturels influant sur l'état de santé" de ce mémoire.

Les éléments de la norme intime

Il s'agit ici de la partie la plus difficilement analysable de la consultation. En effet cette "norme intime" concerne le vécu et la personnalité du malade, ce qu'éventuellement le médecin généraliste et de famille peut arriver à relativement bien cerner. Mais cette norme qui intervient dans le processus de décision de fin de consultation fait intervenir également la "norme intime" du médecin lui-même, c'est à dire sa personnalité mais aussi son vécu médical voire personnel. Cette survenue dans le processus de décision se fera donc de façon

inconsciente. L'analyse de cette approche comporte un aspect psychanalytique nécessitant des procédures particulières avec observateur extérieur (Groupes Balint) dont nous n'avons pas l'expérience.

Rien dans la C.I.M. ne permet un quelconque codage de cette norme, et il ne semble pas qu'il existe ailleurs une possibilité de la coder. Et peut-elle l'être ?

L'utilisation de ces codages avec la micro-informatique

Il existe déjà pour la partie R. de C. avec le logiciel MGDATA-TA. Le médecin lui-même peut à tout moment interroger sa base de données pour faire le point épidémiologique dans sa clientèle avec possibilité de choix multiples. La réponse est obtenue en quelques minutes. Le codage CIM n'est pas nécessaire pour ce travail lequel se fait dans MGDATA avec les dénominations en clair des R. de C. Dans ce logiciel la validité du R. de C. est assurée par le cliquage des différents items d'inclusion et d'exclusion qui caractérisent celui-ci.

Mais dans le cas d'études multicentriques comportant un nombre très élevé de données le codage CIM devient indispensable. Le programme du logiciel peut très bien intégrer une procédure permettant en même temps que le clic sur le R. de C. de coder automatiquement celui-ci selon la C.I.M.10.

Ce codage facilite aussi des échanges et des publications internationales puisqu'il s'appuie sur un outil reconnu dans le monde entier et que le code est indépendant de la langue d'origine des auteurs des relevés.

Enfin il est tout à fait possible nous l'avons vu d'ajouter les codages C.I.M. pour les éléments de la norme socioculturelle, et même éventuellement des motifs de consultation énoncés par les patients pour ceux que cette recherche intéresse. La procédure peut être la même que pour le résultat de consultation : clic sur l'élément et/ou le motif reconnu, la machine mettant en mémoire celui-ci pour exploitation ultérieure.

Réponse aux critiques sur l'adaptation à la médecine générale de la CIM

Après cette confrontation il apparaît que la C.I.M. (notamment dans sa dernière édition) n'est pas l'outil réputé totalement inadapté à la médecine générale. Sa grande richesse en rend l'abord difficile mais il est possible d'en extraire ce qui est à usage spécifique de la médecine générale. Les critiques qui ont été émises paraissent peu fondées :

- Dire qu'elle est un pur produit bureaucratique est une affirmation gratuite qui ne se justifie pas,
- Affirmer que les chapitres sont dérivés de l'enseignement

¹¹ Faisant partie des données recueillies par le médecin.



des spécialités est une critique semblable à la précédente. De toutes façons les classifications ont toujours un aspect un peu arbitraire et celle-ci ne nous a pas empêché de retrouver les éléments nécessaires à notre codage,

- L'existence d'un double codage possible reste une critique valable mais dans un nombre de cas très réduit ce qui doit permettre de trouver une solution,

- La prééminence invoquée des R. de C. de médecine générale inclus dans le chapitre "Symptômes et affections mal définies" tombe avec la dénomination nouvelle du chapitre correspondant dans la 10^{ème} édition, et en fait moins de 22 % seulement y sont inclus,

- L'absence de définition reste une critique exacte, sauf pour la psychiatrie, mais on a vu que la réponse à ce problème est apporté par le dictionnaire de la S.F.M.G.,

- Pour l'absence du codage de suivi, celle-ci peut être corrigée par l'ajout simple d'un codage à une lettre.

Dans cet ouvrage qui dans sa conception est évolutif, les adaptations nécessaires à une compatibilité complète avec les R. de C. de médecine générale sont donc mineures et en nombre réduit ce qui devrait les rendre tout à fait réalisables.

Conclusion

Nous avons donc confronté une classification reconnue internationalement et utilisable par des spécialistes avec des travaux de médecine générale.

Le motif principal de notre mémoire était de savoir s'il existait une compatibilité entre la C.I.M.10 et la liste des principaux résultats de consultation en médecine générale. Nous avons vu que cette compatibilité était possible dans la grande majorité des cas et que les adaptations nécessaires restaient mineures.

Nous avons montré que les critiques d'inadaptation de la CIM (en particulier 10^{ème} édition) à la médecine générale étaient en grande partie non fondées.

Accessoirement nous avons constaté que cette classification peut aussi être utilisée pour coder d'autres éléments d'une consultation de médecine générale que ce soit le motif de consultation auquel certains s'attachent, et les éléments de la norme socioculturelle.

En l'état actuel, son abord direct reste toutefois difficile et quelque peu rébarbatif pour un médecin généraliste en activité. L'absence actuelle de table alphabétique la rend particulièrement incommode et longue à consulter.

Ce travail peut donc aussi être une manière de simplifier pour la médecine générale l'abord de cette classification à vocation universelle, de sensibiliser les généralistes intéressés par la recherche à son utilisation, en devant la publication de l'index alphabétique.

Les extraits que nous en avons fait sont susceptibles d'être une aide pour ces médecins ou pour des concepteurs de logiciels afin qu'ils intègrent ces codages dans leurs programmes.

annexe 1

Cette annexe reprend le transcodage Classification Internationale des Maladies - Dictionnaire des Résultats de Consultation. Vous trouverez la dernière mise à jour de ce transcodage dans l'article de Philippe Jacot Correspondance CIM10/Dictionnaire des Résultats de Consultation.

annexe 2

codage des motifs de contact

I - EXAMEN GÉNÉRAL SANS PATHOLOGIE CONSTATÉE

Crainte de maladie éprouvée par le patient	Z71.1
Examen médical général (bilan de santé SAI de l'adulte)	Z00.0
Examen systématique de l'enfant	Z00.1
Examen de patient inclus dans un programme de recherche clinique ou pharmacologique	Z00.6
Examen gynécologique systématique (frottis...) en dehors de contraception et grossesse	Z01.4

II - EXAMEN À FIN ADMINISTRATIVE

Aptitude à la pratique d'un sport	Z02.5
Certificat médical: aptitude générale, incapacité, invalidité, cause de décès	Z02.7
Certificat médical administratif autre: colonies de vacances, pré-nuptial, etc.	Z02.8
Rapport d'assurance vie	Z02.6
Renouvellement d'une ordonnance	Z76.0

III - EXAMEN DE DÉPISTAGE

Helminthiases	Z11.6
Infections intestinales	Z11.0
M.S.T.	Z11.3
Tuberculose pulmonaire	Z11.1
Tumeur de l'intestin	Z12.1
VIH	Z11.4

IV - EXAMEN DE PERSONNES EXPOSÉES À UN RISQUE DE MALADIE TRANSMISSIBLE

Hépatite virale	Z20.5
M.S.T	Z20.2
Pédiculose, acariase et autres infestations	Z20.7
Rubéole	Z20.4

V - VACCINATION ET IMMUNOTHÉRAPIE

BCG	Z23.2
Diphtérie, tétanos, coqueluche	Z27.1
Diphtérie, tétanos, coqueluche et polio	Z27.3
Fièvre jaune	Z24.3
Grippe	Z25.1
Hépatite virale	Z24.6
Immunothérapie prophylactique	Z29.1
Oreillons seuls	Z25.0
Poliomyélite	Z24.0
Rage	Z24.2
Rougeole seule	Z24.4
Rougeole, oreillons, rubéole	Z27.4
Rubéole seule	Z24.5
Tétanos seul	Z23.5
Typhoïde et paratyphoïde	Z23.1

VI - ACTE MÉDICAL ET SOIN SPÉCIFIQUE

Chimiothérapie pour tumeur	Z51.1
Colostomie, surveillance	Z43.3
Cystostomie, surveillance	Z43.5
Désensibilisation aux allergènes	Z51.6
Examens de laboratoire (prise de sang, etc...)	Z01.7
Gastrostomie, surveillance	Z43.1
Iléostomie, surveillance	Z43.2
Perçage du lobe de l'oreille	Z41.3
Psychothérapie	Z50.4
Soins médicaux divers à préciser	Z51.8
Sutures et pansements; surveillance et ablation	Z48.0
Tests cutanés allergologiques	Z01.5
Trachéostomie, surveillance	Z43.0
Voies urinaires, surveillance (autres stomies)	Z43.6

VII - AUTRES MOTIFS

Conseils en matière de sexualité (éducation sexuelle)	Z70.8
Conseils et avis généraux en matière de procréation	Z31.6
Personne consultant pour le compte d'un tiers	Z71.0



annexe 3

facteurs socio-culturels influant sur l'état de santé

DIFFICULTÉS FAMILIALES	
Absence d'un des membres de la famille	Z63.3
Couple (conjoint ou partenaire)	Z63.0
Divorce ou séparation	Z63.5
Parents et beaux-parents	Z63.1
Parent à charge à domicile nécessitant des soins	Z63.6
DIFFICULTÉS LIÉES À L'ÉDUCATION	
Education en institution (pensionnat)	Z62.2
Négligence affective de la part des parents	Z62.4
Surprotection parentale	Z62.1
Surveillance inadéquate des parents	Z62.0
DIFFICULTÉS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT SOCIAL	
Difficulté à l'ajustement entre les différentes périodes de la vie (départ des enfants, retraite...)	Z60.0
Difficultés liées à l'acculturation (migration, transplantation sociale)	Z60.3
Discrimination et persécution (religieuse, ethnique...)	Z60.5
Solitude	Z60.2
DIFFICULTÉS LIÉES AU LOGEMENT ET AUX CONDITIONS ÉCONOMIQUES	
Couverture sociale insuffisante	Z59.7
Difficulté liée à la vie en institution	Z59.3
Logement inadéquat	Z59.1
Problème de voisinage, entre locataire et propriétaire	Z59.2
Revenus faibles	Z59.6
DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES	
Exposition professionnelle à des facteurs de risques	Z57
Mauvaise adaptation au travail	Z56.5
Changement d'emploi	Z56.1
Chômage	Z56.0
Menace de perte d'emploi	Z56.2
DIFFICULTÉS SCOLAIRES	
Difficultés avec enseignants et autres élèves	Z55.4
Échec aux examens	Z55.2
Mauvais résultats scolaires	Z55.3
DIFFICULTÉS LIÉES AU MODE DE VIE	
Manque d'exercice physique	Z72.3
Manque de repos et de loisir	Z73.2
Surmenage	Z73.0

Correspondance entre CIM / DRC

Dr Philippe Jacot

avant de rappeler l'histoire de la CIM10 et celle du Dictionnaire des Résultats de Consultation et d'examiner la question du transcodage rappelons la frontière entre classification et nomenclature telle que bien indiquée dans l'introduction de la CIM version 1955 :

Une classification est indispensable pour l'étude quantitative de tout phénomène. Elle est admise comme base de toute généralisation scientifique et de ce fait est un élément essentiel de toute méthodologie scientifique. Des définitions et un système de classification uniformes constituent les prérequis pour l'avancement de la connaissance scientifique. De ce fait dans l'étude des maladies, une classification standard des affections et blessures en vue de statistique est capitale.

Il y a plusieurs approches pour la classification des maladies. Par exemple l'anatomiste voudra une classification basée sur la région du corps malade. Le physio-pathogiste est d'abord intéressé par la manière dont se développe la maladie. Le clinicien peut vouloir considérer la maladie sous ces deux angles mais sera aussi intéressé par des informations complémentaires concernant l'étiologie. En d'autres termes il y a plusieurs axes de classification et l'axe choisi sera déterminé par l'intérêt du chercheur. Le choix d'une classification va donc dépendre de l'usage des statistiques recueillies.

L'objet d'une classification statistique est souvent confondu avec celui d'une nomenclature :

Une nomenclature médicale est une liste ou catalogue de termes choisis pour décrire et enregistrer des observations médicales. Pour remplir cette fonction la nomenclature doit être **extensive**, de telle sorte que toute pathologie puisse être enregistrée. Elle doit être **exhaustive**, c'est à dire capable d'inclure tous les termes relevant de son objet. Toute situation morbide qui peut être spécifiquement décrite nécessitera une désignation **exclusive** dans la nomenclature.

Cette complète spécificité d'une nomenclature lui interdit de servir de classification statistique. Quand on parle statistiques, il est immédiatement signifié que l'on s'intéresse à un groupe de cas et pas à des événements individuels. Le but d'une classification statistique est avant tout de fournir des données quantitatives qui répondront à des questions concernant des groupes de cas. Elle doit être limitée à un nombre limité de catégories choisies de manière à faciliter le travail statistique (International Classification of Diseases OMS, Palais des Nations, Genève 1957).

HISTORIQUE RÉSUMÉ DE LA CIM

Sir G H. Knibbs attribue en 1929 (Classification internationale des maladies et des causes de décès) à François Bossier de Lacroix, plus connu sous le nom de Sauvages (1706-1777) la première tentative de classification systématique des maladies. Ce fut la Nosologica Methodica.

Au début du IX^{ème} siècle la classification la plus utilisée était

le Synopsis Nosologiae Methodicae de William Cullen (1710-1790) d'Edimbourg.

Une centaine d'année plus tard le travail de John Graunt inaugura un travail statistique pour évaluer le nombre d'enfant qui mourrait avant d'atteindre l'âge de six ans (London Bills of Mortality).

C'est William Farr (1807-1883) qui non seulement fit le meilleur usage possible des classifications disponibles mais encore travailla à l'uniformisation internationale de leurs usages.

Il écrivait "les avantages d'une nomenclature statistique unique sont tellement évidents que le peu d'attention portée à cette question dans". La liste de mortalité est surprenant. Chaque maladie est notée sous deux ou trois termes, et chaque terme a été appliqué à des maladies différentes : des noms vagues et ne convenant pas ont été employés ; des complications ont été enregistrées à la place de la maladie principale. La nomenclature est aussi importante en cette matière que les poids et mesures en sciences physiques, elle doit être établie aussi vite que possible.

C'est en 1893 que Bertillon présenta un rapport qui fut adopté au congrès de l'institut international de statistique à Chicago. La classification de Bertillon était basée sur celle des causes de décès utilisée par la ville de Paris. Sa révision de 1885 réalisa une synthèse des classifications Anglaise, Allemande et Suisse. Elle était basée sur le principe adopté par W Farr de distinguer les maladies générales et celles localisées à un organe ou à une région anatomique. La classification abrégée comprenait ainsi 44 titres, la seconde 99, et la troisième 161.

Une première conférence internationale de révision fut convoquée à Paris en 1900 à l'initiative du gouvernement Français.

C'est la sixième conférence en 1948, qui marqua le début d'une nouvelle ère pour l'établissement de statistiques internationales. En effet c'est à cette date que la Classification Internationale des maladies établie par l'OMS porte sur les maladies n'entraînant pas la mort au lieu de se contenter de classer les causes de décès.

Cet élargissement fut confirmé en 1975 par l'introduction de certaines innovations pour répondre aux divers besoins statistiques d'organismes les plus divers. A cette date des recommandations furent faites pour l'établissement de classifications supplémentaires pour les actes médicaux, ainsi que pour les handicaps.

C'est en 1983 qu'ont débuté, à Genève, les travaux qui ont conduit à la dixième révision. Pour tenir compte des besoins des utilisateurs la notion de "famille" de classifications centrées sur la CIM traditionnelle a été déagré, ainsi que la notion de problèmes de santé connexes.



En adoptant un système alphanumérique à une lettre suivie de trois chiffres la "Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes" révision n°10 a plus que doublé le nombre de codes disponibles. C'est ainsi qu'elle comporte environ 30 000 codes possibles.

Ce grand nombre en fait sa richesse et aussi sa difficulté d'usage au quotidien par le Médecin Généraliste.

LE DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Depuis longtemps la Société Française de Médecine Générale se souciait d'épidémiologie de terrain et donc de la qualité du relevé des observations. Il était connu que de grandes variations de fréquence s'observait d'un médecin à l'autre pour tous les troubles de l'état de santé qui ne pouvait se classer dans un cadre nosologique précis. Revoir à ce sujet le travail de Logan.

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation en donnant des définitions des situations observables au terme de la consultation répond pour une bonne part à cette question des variations observées d'un médecin à l'autre.

Un bon relevé suppose également que l'on tienne compte de toutes les observations faites par le praticien au cours de toutes ses consultations. Il fallait donc élaborer un outil d'usage pratique donc adapté à la pratique du Médecin Généraliste utilisable au quotidien dans le temps même de sa consultation.

L'informatique utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation, est une réponse.

Le problème était donc de concilier la nécessité d'une classification internationale (nomenclature statistique) unique pour autoriser les échanges non seulement entre pays, mais aussi entre les différents types d'exercice médical. (par différents types il est compris différentes spécialités et aussi différents mode d'exercice comme secteurs hospitalier ou ambulatoire). et l'utilisation de cet outil de relevé en pratique quotidienne que constitue le Dictionnaire des Résultats de Consultation.

Le Dr Van den Boche dans son mémoire de troisième cycle a amorcé ce travail. Lequel a été poursuivi au sein de la Société Française de Médecine Générale.

LE POINT ACTUEL DU TRANSCODAGE DRC-CIM10

Voici à la date du 23 mai 1997 la correspondance entre Résultats de Consultation et codes CIM.

Cette version V496,4 corrige la version V496.3 telle que publiée dans le n° spécial des Documents de Recherche (47-48 décembre 1996).

On voit qu'à chaque RC correspond un code CIM10. Pour arriver à ceci des aménagements ont été nécessaires comme par exemple dédoubler le RC Ulcère gastro-duodénal en ulcère gastrique d'une part et ulcère duodénal d'autre part.

RESULTATS DE CONSULTATION	CODES CIM 10	Dénominations CIM 10
ABCES SUPERFICIEL	L02.9	
ABDOMEN AIGU DOULOUREUX	R10.0	
ACCES ET CRISE	R45.7	Etat de choc émotionnel et tension, sans précision.
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	I64	
ACNE VULGAIRE	L70.0	
ACOUPHENES	H93.1	
ADENOPATHIE	R59.9	
ALCOOLISME	F10.9	
ALGIE	R52.9	
ALGIE PELVIENNE	R10.2	
ALGODYSTROPHIE	M89.0	
AMAIGRISSEMENT	R63.4	
AMENORRHEE	N91.2	
ANEMIE (AUTRE)	D64.9	
ANEMIE FERRIPRIVE	D50.9	
ANEVRYSMES ARTERIEL	I72.9	
ANGINE	J02.9	Pharyngite aiguë, sans précision. (Angine aiguë, Mal de gorge aigu, Pharyngite aiguë)
ANOMALIE BIOLOGIQUE SANG	R79.9	
ANOMALIE POSTURALE DU RACHIS	M43.9	Dorsopathie avec déformation, sans précision. Incurvation vertébrale
ANOREXIE BOULIMIE	F50.9	
ANXIETE ANGOISSE	F41.1	
APHTE	K12.0	
APPETIT (PERTE)	R63.0	
ARTERITE MEMB. INFÉRIEURS	I70.2	Athérosclérose des artères distales
ARTHROPATHIE - PERIARTHROPATHIE	M25.9	

ARTHROSE	M19.9	
ARYTHMIE COMPLETE (ACFA)	I48	
ASTHENIE FATIGUE	R53	
ASTHME	J45.9	Asthme sans précision
BACTERIURIE PYURIE	R82.7	
BALANITE	N48.1	Balano-Posthite
BLESSURESCOMBINEES LEGERES	T00.9	
BLESSURES COMBINEES SEVERES	T07	Lésions traumatiques multiples sans précision
BOUFFEES DE CHALEUR	N95.1	Troubles de la ménopause et du climatère féminin. Symptômes tels que bouffées de chaleur, etc.
BRONCHITE AIGUE	J20.9	
BRONCHITE CHRONIQUE	J42	
BRULURE	T30.0	Brûlure, partie du corps non précisée, degré non précisé.
CANAL CARPIEN	G56.0	
CANCX	C	
CATARACTE	H26.9	
CEPHALEE	R51	
CERUMEN	H61.2	
CERVICALGIE	M54.2	
CHALAZION	H00.1	
CHEVEUX (CHUTE)	L65.9	
CHOLECYSTITE	K81	
CICATRICE	L90.5	
COCCYDYNIE	M53.3	
COLIQUE NEPHRETIQUE	N23	
COMPORTEMENT (TROUBLES)	F91	
CONJONCTIVITE	H10.9	
CONSEIL EDUCATION HYGIENE	Z71.9	Conseil, sans précision
CONSTIPATION	K59.0	Constipation
CONTRACEPTION	Z30.9	
CONTUSION	T14.0	
CONVULSION FEBRILE	R56.0	
COR DURILLON	L84	
CORPS ETRANGER. SOUS CUTANE	T14.0	
CRAMPE MUSCULAIRE	R52.2	
CYSTITE CYSTALGIE	N30.9	
DCD (SI REVISION RC)	R99	Autre causes de mortalité mal définies et non précisées. Cause inconnue de mortalité
DEMENCE	F03	
DENT	K08.9	
DEPRESSION SEVERE	F32.2	Episode dépressif sévère
DERMATOSE	L98.9	
DERMITE SEBORRHEIQUE	L21.9	
DIABETE INSULINO DEPENDANT	E10.9	
DIABETE SUCRE (NID)	E11.9	
DIARRHEE	K52.9	Gastro-entérite et colite non infectieuse, sans précision, ou SAI dans les pays où ces affections peuvent être présumées d'origine non infectieuse
DIARRHEE-VOMISSEMENT	K52.9	
DIFFICULTE SCOLAIRE	Z55.3	
DORSALGIE	M54.6	
DYSMENORRHEE	N94.6	Dysménorrhée, sans précision
DYSPHAGIE	R13	
DYSPNEE ISOLEE	R06.0	
DYSURIE	R30.0	
ECZEMA	L30.9	Dermite sans précision. Eczéma SAI



ECZEMA FACE NOURRISSON	L20.8	
ECZEMA PALMOPL. DYSHID	L30.1	
ECZEMA PALMOPL. FISSUR.	L30.9	
ENGELURE	T69.1	
ENROUEMENT	R49.0	
ENTORSE	T14.3	
ENURESIE DE L'ENFANT	F98.0	Enurésie non organique
EPAULE DOULOUREUSE	M75.0	Capsulite rétractile de l'épaule. Epaule bloquée. Périarthrite de l'épaule
EPICONDYLITE	M77.1	
EPIGASTRALGIE	R10.1	
EPILEPSIE	G40.9	
EPISTAXIS	R04.0	
ERYSIPELE	A46	
ERYTHME FESSIER NOURRISS.	L22	
ESCARRE	L89	
ETAT MORBIDE (AFEBRILE)	R69	Causes inconnues et non précisées de morbidité
ETAT FEBRILE	R50.9	Fièvre sans précision
EXAMEN POST-NATAL DE LA MERE	Z39.2	
EXAMEN PRENUPTIAL	Z02.8	
EXAMEN SYSTEMATIQUE	Z...	ZOO, ZOO.0, Z02.5, Z02.7 etc
FECALOME	K56.4	
FIBROME UTERIN	D25.9	
FISSURE ANALE	K60.2	
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	L73.9	
FRACTURE	T14.2	
FURONCLE ANTHRAX	L02.9	
GALE	B86	
GASTRITE CHRONIQUE	K29.5	
GINGIVITE	K05.6	
GLAUCOME	H40.9	
GOITRE	E04.9	
GOUTTE	M10.9	
GROSSESSE Constatation	Z32.1	
GROSSESSE Surveillance	Z34.9	
HALLUX VALGUS	M20.1	
HEMATOME SUPERFICIEL ECCHYMOSE	T14.0	
HEMATURIE	R31	
HEMORRAGIE SS CONJONCT.	H11.3	
HEMORROIDE	I84.9	
HEPATITES VIRALES	B19.9	
HERNIE EVENTRATION	K46.9	
HERNIE HIATALE	K44.9	
HERPES	B00.9	
HTA	I10	
HUMEUR DEPRESSIVE Dépression légère	F32.0	Episode dépressif léger
HYGROMA	M70.9	
HYPER THYROIDIE	E05.9	
HYPERGLYCEMIE	R73.9	
HYPERLIPIDEMIE	E78.5	Hyperlipidémie sans précision
HYPERYR URICEMIE	E79.0	
HYPO THYROIDIE	E03.9	
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	I95.1	
IMPETIGO	L01.0	
INCONTINENCE URINAIRE	R32	
INFARCTUS DU MYOCARDE	I21.9	
INSOMNIE	G47.0	

INSUFFISANCE CARDIAQUE	I50.9	
INSUFFISANCE CORONARIEN.	I20.9	
INSUFFISANCE RENALE	N19	
INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	J96.1	
INTERTRIGO	L30.4	
JAMBES LOURDES	I87.9	Atteinte veineuse sans précision
KYSTE SEBACE	L72.1	
KYSTE SINOVIAL	M71.9	Bursite sans précision
LEUCORRHEE	N89.8	
LIPOME	D17.9	
LITHIASE BILIAIRE	K80.2	
LITHIASE URINAIRE	N20.9	
LOMBALGIE	M54.5	
LUCITE ALLERGIE SOLAIRE	L56.8	
LUXATION	T14.3	
LYMPHANGITE	I89.1	Lymphangite : SAI, chronique, subaiguë sauf lymphangite aiguë : L03-
MAL DE GORGE	R07.0	
MALAISE LIPOTHYMIE	R55	Syncope et collapsus. Evanouissement. Perte de connaissance
MELENA	K92.1	
MEMOIRE (PERTE DE)	R41.3	
MENOPAUSE	N95.9	
METEORISME	R14	
MIGRAINE	G43.9	
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	B08.1	
MOLLUSCUM PENDULUM	D23.9	
MORSURE	T14.1	
MUSCLE (ELONGATION DECHIREMENT)	T14.6	
MYALGIE	M79.1	
MYASTHENIE	G70	
MYCOSE UNGUEALE	B36.9	
NAEVUS	D22.9	
NAUSEE	R11	
NERVOSISME	R45.0	
NEURALGIE NEVRITE	M79.2	
OBESITE	E66.9	
OEDEME AIGU DU POUMON	J81	Oedème pulmonaire, Congestion pulmonaire, Oedème pulmonaire aigu
OEDEME MEMBR. INFERIEUR	R60.0	
OEIL (ACUITE VISUELLE)	H54.7	
OEIL (LARMOIEMENT)	H57.8	
OEIL (TRAUMATISME)	S05.9	
ONGLE (PATHOLOGIE DE)	L60.9	
ORCHI-EPIDIDYMITE	N45.9	
ORGELET	H00.0	
OSTEOPOROSE	M81.9	
OTALGIE	H92.0	
OTITE EXTERNE	H60.9	
OTITE MOYENNE	H66.9	
PALPITAT-ERETHIS. CARDIAQ	R00.2	
PANARIS	L03.0	
PARAGUEUSIE	R43.2	
PARASITOSE DIGESTIVE	B89	
PARESTHESIE DES MEMBRES	R20.2	
PARKINSONIEN (SYNDROME)	G20	
PHARYNGITE	J02.9	



PHLEGMON DE L'AMYGDALÉ	J36	
PHOBIE	F40.9	
PIED D'ATHLETE	B35.3	
PIED (ANOMALIE STATIQUE)	M21.9	
PIQURE D'ANIMAL	T00.9	
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	L42	
PITYRIASIS VERSICOLOR	B36.0	
PLAIE	T14.1	
PLAINTE ABDOMINALE	R10.4	
PLAINTES POLYMORPHES	F45.1	
PNEUMOPATHIE AIGUE	J18.9	
POLLAKIURIE	R35	
PRECORDIALGIE	R07.2	
PREPUCE ADHER. PHIMOSIS	N47	
PROBLEME DE COUPLE	Z63.0	
PROBLEME FAMILIAL	Z63.9	
PROBLEME PROFESSIONNEL	Z56.7	Difficultés liées à l'emploi et au chômage
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	Z02.9	Examen médical et prise de contact à des fins administratives
PROLAPSUS GENITAL	N81.9	
PROSTATE (HYPERTROPHIE)	N40	
PRURIT GENERALISE	L29.9	
PRURIT LOCALISE	L29.9	
PSORIASIS	L40.9	
PSYCHIQUE (TROUBLES)	F99	Trouble mental, sans autre indication
PYELONEPHRITE AIGUE	N10	
PYROSIS REFLUX	K21.9	
REACTION SITUAT. EPROUV.	F43.9	
REACTION TUBERCULINIQUE	Z01.5	
RECTORRAGIE	K62.5	
REGLES (TROUBLES)	N92.6	Irrégularités menstruelles sans précision.
RHINITE	J31.0	
RHINOPHARYNGITE	J00	
RHUME	J00	
SCIATIQUE	M54.3	
SEIN (AUTRE)	N64.9	
SEIN (TUMEFACTION)	N63	
SENILITE	R54	
SEXUELLES (DYSFONCTIONS)	F52	
SINUSITE	J32	
SOUFFLE CARDIAQUE	R01.1	
STENOSE ARTERIELLE	I77.1	
STOMATITE-GLOSSITE	K12.1	
SUICIDE (TENTATIVE)	X84.9	
SUITE OPERATOIRE SANS COMPLICATIONS	Z48.9	
SURCHARGE PONDERALE	E66.9	Obésité, sans précision.
SURDITES	H91.9	
SURVEIL. PATIENT A RISQUE	Z51.9	Soins médical sans précision
SYNDROME COLIQUE	K58.9	
SYNDROME DE RAYNAUD	I73.0	
SYNDROME MANIACODEPRESSIF	F31.9	
SYNDROME PREMENSTRUEL	N94.3	
TABAGISME	F17.2	
TACHYCARDIE	R00.0	
TACHYCARDIE PAROXYST	I47.9	
TARSALGIE METATARSALGIE	M79.6(7)	Douleur au niveau d'un membre. Métatarse, tarse, orteils.

TENDON (RUPTURE)	T14.6	
TENOSYNOVITE	M65.9	
THROMBOPHLEBITE	I80.9	
TIC	F95.9	
TOUX	R05	
TOXICOMANIE	F19.2	
TRAC	R46.6	
TRAUMATISME CRANIO-CEREBRAL	S06.9	
TREMBLEMENT	R25.1	
TROUBLE RYTHME AUTRE CARDIAQUE	R00.8	
TUMEFACON	R22.9	
TYMPAN (PERFORATION traumatique)	S09.2	
ULCERE DE JAMBE	L97	
ULCERE DUODENUM	K26.9	
ULCERE GASTRIQUE	K25.9	
URETRITE	N34.2	Autres urétrites : méatite, ulcère de l'urètre, urétrite SAI et post ménopausique.
URTICAIRE OEDEME DE QUINCKE	L50.9	
V.I.H.	B24.+9	
VACCINATION	Z26.9	
VARICELLE	BO1.9	
VARICES	I83.9	
VERRUE	B07	
VERTIGE ETAT VERTIGINEUX.	R42	
VOMISSEMENT	R11	
VULVITE, VAGINITE.	N76.0	Vaginite aiguë, Vaginite SAI, Vulvo-vaginite.
ZONA	B02.9	

Discussion de la question des Résultats de Consultation dit Hors liste (DHL)

Ils représentent globalement 3,4 % du total des Résultats de Consultation enregistrés. Dans le système informatique utilisé actuellement par le réseau des Médecins Généralistes utilisateurs du Dictionnaire des Résultats de Consultation, ils sont indiqués en clair sans transcodage. Bien entendu les moyens modernes permettent une recherche par mots ou groupes de mots. Ils permettent aussi l'utilisation de la CIM pour ces cas qui correspondent le plus souvent à des états morbides nosologiquement définis.

Au total le Dictionnaire des Résultats de Consultation apparaît comme un moyen simple de tenir le dossier. Le système informatique permet le codage en "Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes"¹⁰.

Bien entendu si telle ou telle nomenclature particulière devait être utilisée ce transcodage serait également possible.

Toutefois la Société Française de Médecine Générale considère que le codage des pathologies doit se faire avec un système qui soit non seulement vraiment international, mais permette aussi les utilisations d'une spécialité à l'autre et d'un système hospitalier à ambulatoire de distribution des soins.

La CIM 10 répond à ces objectifs.

Dés lors il suffit de bien préciser de quoi il s'agit, et de pouvoir travailler en temps réel de consultation : c'est le rôle du Dictionnaire des Résultats de Consultation.

Nous remercions le Docteur NOURY, qui a bien voulu nous aider à la réalisation de cette version.

Troubles psy en médecine générale :

comparaisons CIM 10-SSP / Dictionnaire des Résultats de Consultation

Dr Pierre FERRU

Les articles publiés ici le sont sous la responsabilité de leur auteur. Le Docteur Pierre FERRU a participé comme expert aux essais sur le terrain de la CIM 10-SSP. Il nous livre ici une réflexion personnelle qui n'engage aucunement la Société Française de Médecine Générale.

Une version pour médecins généralistes

La version Soins de Santé Primaire du chapitre de la CIM-10 sur les troubles mentaux (CIM10-SSP) a été mise au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour "répondre aux besoins des médecins généralistes, tout en restant compatible avec la version intégrale du chapitre V de la CIM-10"¹. C'est dire que les interrogations déjà anciennes de la Société Française de Médecine Générale sur l'adaptation de la CIM à son utilisation en temps réel par les médecins généralistes trouvent ici une réponse éclatante. C'est ici l'occasion de mener une réflexion générale sur les troubles psychiatriques : auraient-ils une sémiologie différente au cabinet du médecin généraliste et au cabinet du psychiatre, puisque l'un et l'autre n'utiliseraient pas le même outil diagnostique ? Réflexion particulière tendant à comparer le Dictionnaire des Résultats de Consultation et la CIM 10-SSP : comparaison de leurs items respectifs d'inclusion, d'une part, comparaison de leurs méthodes de validation sur le terrain, d'autre part.

I - Voyons-nous les mêmes malades

La question n'est pas nouvelle. Cremniter² y répondait l'an dernier d'une manière un peu abrupte : généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions. Les arguments développés sont toujours ceux de la formation insuffisante des médecins généralistes, et de leur motivation trop variable à s'occuper de leurs malades psychiatriques. Ainsi, les praticiens généralistes n'identifieraient que 50 à 60 % des cas de dépression qui s'adressent à eux³. D'ailleurs, même s'ils arrivent à reconnaître un syndrome dépressif, les médecins généralistes prescriraient un anxiolytique et non pas un antidépresseur. Enfin, ils qualifieraient de dépressifs des patients qui ne le sont pas, sur des critères comme l'insomnie, l'anxiété ou l'asthénie.

En attendant que la Société Française de Médecine Générale puisse fournir une réponse plus objective, grâce à son réseau de l'Observatoire de la Médecine Générale, on ne peut qu'avancer quelques pistes de recherche :

- La population qui consulte les médecins généralistes n'est guère différente de la population générale, si l'on excepte les deux tranches d'âge des moins de 4 ans et des plus de 60 ans⁴, sur représentées par rapport à la population française. On devrait donc s'attendre à retrouver la même prévalence d'affections psychiatriques en médecine générale qu'ailleurs.

Cependant, la possibilité pour un même malade de consulter plusieurs spécialités en dehors de la médecine générale est un élément dont on tient rarement compte dans les études de prévalence. Si le patient consulte pour une angine, il sera difficile de lui faire parler de sa perte d'intérêt, de son sentiment d'auto-dévaluation ou de ses idées suicidaires. Et pourtant, si un enquêteur lui fait remplir un questionnaire d'auto-évaluation sur le trottoir du cabinet, nul doute qu'il y aura un déprimé de plus à n'avoir pas été diagnostiqué par son médecin généraliste !

- La mentalité française - tant celle des patients que celle des médecins généralistes - s'accorde mal avec les questionnaires d'auto-évaluation que proposent très facilement nos confrères anglo-saxons à leurs patients en les plaçant devant un clavier et un écran⁵.

- La présentation des malades atteints d'une affection authentiquement psychiatrique, dans un cabinet de médecine générale, peut avoir, comme on le sait une connotation ou bien d'avantage "psychologique" ou bien d'avantage "somatique". On peut comprendre que le médecin généraliste dans la crainte bien connue de "passer à côté" d'une affection somatique, ait tendance à favoriser une prise en charge physique traditionnelle. Inversement, il serait intéressant de considérer les affections somatiques négligées dans la clientèle des psychiatres.

- De quels outils disposaient jusque-là les médecins généralistes, dans le domaine psychiatrique ? D'une liste de termes non définis, ceux de la CIM, encore qu'en 1976 dans la 9^o révision, le chapitre consacré aux troubles mentaux était un peu plus détaillé et comportait un glossaire (description des termes). Du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM) dans sa III^{ème} puis III^{ème} Révisée puis plus récemment sa IV^{ème} édition. Mais la difficulté de maniement en temps réel au cours de la consultation de ces ouvrages (y compris le "mini" DSM) ne pouvait que rebuter les praticiens. En outre, les affections auxquelles il sont fréquemment confrontés, se trouvent noyées dans un grand nombre de pathologies qu'ils rencontrent peu, voire jamais.

1 Caria A. Verta P. Guelfi J-D. et coll La CIM-10 soins de santé primaires (I). Une classification des troubles mentaux à l'usage des médecins généralistes. Rev Prat Méd Gén T 10, 330, 26.02.96.

2 Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale. Généralistes et psychiatres ne voient pas les mêmes dépressions. Rev Prat Méd Gén T 10, N° 325, 22.01.1996.

3 Jebel L. Micoque D. Lecrubier Y. Traitement de la dépression en médecine générale. Thérapeutiques, N°16, Novembre 1996.

4 Gallais JL. et Coll Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de Recherches en Médecine Générale N° 45, Décembre 1994.

5 Wright A.F. L'ordinateur va vous recevoir dans un instant, ou combien de malades mentaux présentent des symptômes physiques ? Journée annuelle de communications de la SFMG, Versailles 12.12.1989.

- Enfin, on ne soulignera jamais assez que le *praticien généraliste se trouve souvent à l'émergence des troubles de santé*. Il peut à ce stade de l'évolution, ne constater qu'un symptôme ou un signe isolé, qui ne lui permette pas (ni à lui ni à tout autre praticien) d'établir un diagnostic. Il en est de la psychiatrie comme des autres pathologies : un état fébrile non caractéristique *peut* être le premier symptôme d'une pneumonie franche lobaire aiguë à pneumocoque. Mais il *peut* aussi paraître sans faire sa preuve.

II - DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION ET CIM10-SSP

1. Leur présentation

- Le Dictionnaire se trouve sous forme d'un fascicule relié, où les Résultats de Consultation sont classés par ordre alphabétique. Il existe également une forme informatique permettant de choisir rapidement, en cours de consultation, la définition correspondante après avoir "cliqué" les critères obligatoires et les éventuels critères facultatifs.

- La CIM-SSP se présente sous forme de 24 fiches semi-rigides, de format 21 x 29,7 cm, comportant au recto la définition et au verso des conseils de prise en charge.

2. Ils ont ensemble les mêmes objectifs

- Rassembler les troubles mentaux le plus fréquemment rencontrés en médecine générale.
- Permettre une utilisation facile, en temps réel au cours de la consultation.
- Permettre à tous les utilisateurs de retrouver ainsi le même "résultat de consultation" ou "diagnostic".
- Rester compatible avec la CIM-10 en ce qui concerne le transcodage.

3. Ils rassemblent un nombre pratiquement équivalent de situations, 22 pour le Dictionnaire des résultats de consultation, 24 pour la CIM10-SSP

3.1. Quinze dénominations recouvrent les mêmes notions (Tableau I)

3.2. D'autres au nombre de quatre peuvent, mais pas toujours, recouvrir les mêmes situations (Tableau II)

LISTE DES RESULTATS DE CONSULTATION	LISTE DES CATEGORIES DE LA CIM-10-SSP
ALCOOLISME	TROUBLES LIES A L'UTILISATION D'ALCOOL
ANOREXIE-BOULIMIE	TROUBLES DE L'ALIMENTATION
ANXIETE ANGOISSE	ANXIETE GENERALISEE
COMPORTEMENT (TROUBLES)	TROUBLES DES CONDUITES
DEMENCE	DEMENCE
DEPRESSION	DEPRESSION
ENURESIE	ENURESIE
INSOMNIE	PROBLEMES DE SOMMEIL
PHOBIE	TROUBLES PHOBIQUES
PLAINTES POLYMORPHES	PLAINTES SOMATIQUES INNEXPLIQUEES
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	TROUBLE DE L'ADAPTATION
SEXUELLES (DYSFONCTIONS)	TROUBLES SEXUELS
SYNDROME MANIACO-DEPRESSIF	TROUBLE BIPOLAIRE
TABAGISME	UTILISATION DE TABAC
TOXICOMANIE	TROUBLES LIES A L'UTILISATION DE DROGUES

Tableau I : les 15 dénominations communes

LISTE DES RESULTATS DE CONSULTATION	LISTE DES CATEGORIES DE LA CIM-10-SSP
ACCES ET CRISE	TROUBLE DISSOCIATIF ?
HUMEUR DEPRESSIVE	NEURASTHENIE ?
	ANXIETE ET DEPRESSION MIXTE ?
NERVOSISME	
PSYCHIQUES (AUTRES TROUBLES)	PSYCHOSE AIGUE ?
SUICIDE (TENTATIVE)	PSYCHOSE CHRONIQUE ?
	Classée à la cause supposée (Dépression...)
TIC	
TRAC	TROUBLE PANIQUE
	RETARD MENTAL
	TROUBLE HYPERKINETIQUE
	DELIRIUM
(7)	(9)

Tableau II : Les dénominations ne se recouvrent pas toujours

3.2.1. Accès et Crise définit dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) le plus souvent la même chose que Trouble dissociatif (Hystérie de conversion). C'est la "crise de tétanie" ou autre "spasmophilie". Mais il peut aussi servir à classer les cas non caractéristiques de manifestations paroxystiques où l'hystérie n'a rien à voir. Ce peut être le premier résultat de consultation pour désigner un accident vasculaire ischémique transitoire, une poussée de sclérose en plaques jusque là méconnue. C'est dire que, contrairement à la CIM10-SSP, Accès et Crise ne colle pas l'étiquette "Hystérie" aux manifestations constatées ou rapportées : l'ouverture du Dictionnaire est plus grande sur l'évolution possible, dans la lignée de la théorie professionnelle de Braun.

3.2.2. Humeur dépressive pourrait être comparé à la Neurasthénie de la CIM 10-SSP. Mais certains éléments ne sont pas communs (Baisse des fonctions de relation - Tendance à la tristesse - repli sur soi).

3.2.3. Nervosisme ne recouvre pas exactement Trouble Hyperkinétique et sa notion indiquée en sous-titre de "déficit de l'attention", bien qu'elle en soit proche.

3.2.4. Psychiques (autres troubles) est un résultat de consultation transitoire peut-on dire. Il implique la perception par le médecin d'un trouble de la communication. Il pourrait correspondre à Troubles psychotiques aigus et Troubles psycho-

tiques chroniques, avant qu'on puisse classer le cas dans ces catégories. Mais il peut aussi parfois correspondre à Troubles des conduites dès lors que s'y associent des troubles de la communication.

3.3. Les trois dernières ne se retrouvent pas dans la CIM-SSP

3.3.1. Suicide (tentative), qui dans la CIM doit être classé à la cause supposée (dépression ...).

3.3.2. Tic

3.3.3. Trac

3.4. La CIM-SSP comporte par ailleurs quatre catégories n'existant pas dans le Dictionnaire :

3.4.1. Trouble panique : il est dans le dictionnaire intégré à Anxiété-Angoisse sous forme d'un critère facultatif (+- état de panique ...).

3.4.2. Retard mental.

3.4.3. Trouble hyperkinétique : il se trouve intégré à la définition Nervosisme sous forme également d'un critère obligatoire à choix multiples (+ + 2 || agitation hyperkinésie).

3.4.4. Délirium, exclu du dictionnaire pour une raison de fréquence insuffisante en médecine générale.

4. ICD10-SSP a pour objectif supplémentaire d'être une sorte de "guide-line"

	Dictionnaire des R.D.C.	CIM10°-SSP
Critères obligatoires	++++ (1 critère) ++1 choisir au moins 1 critère ++2 choisir au moins 2 critères ++3 choisir au moins 3 critères	MAJUSCULES GRAS
Critères facultatifs	+ -	Minuscule Fréquemment associé S'accompagne souvent Peut s'accompagner

Tableau III : symboles graphiques des critères d'inclusion

DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION DEPRESSION (Projet version 97.2)	CIM 10°-SSP DEPRESSION
++++ TRISTESSE ++2 perte d'intérêt ou de plaisir ++2 auto-dévaluation ++2 pensée récurrente de la mort ++++ TROUBLE DU SOMMEIL (insomnie, somnolence, hypersomnie) ++++ BAISSSE DES ACTIVITES ++1 physiques (asthénie, sexe, appétit, algies) ++1 psychiques (parole, mémoire, concentration) ++++ BAISSSE DES FONCTIONS DE RELATION SOCIALE (famille, scolaire, professionnelle) ++1 légère ++1 moyenne ++1 sévère + - prédominance matinale des symptômes + - récurrence + - anxiété	ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE PERTE D'INTERET OU DE PLAISIR Symptômes <u>fréquemment</u> associés : - troubles du sommeil - culpabilité ou auto-dépréciation - fatigue ou perte d'énergie - difficultés de concentration - trouble de l'appétit - idée ou tentatives de suicide Le trouble <u>peut</u> s'accompagner d'un ralentissement des mouvements et du discours ou au contraire d'une agitation. Le trouble <u>s'accompagne souvent</u> d'une anxiété et d'une nervosité.

Tableau IV : DEPRESSION, comparaison du RDC et de la carte CIM-10-SSP

Le terme de "guide-line" peut être traduit par "aide à la décision", ou "recommandation pour une bonne pratique". Il n'est indiqué nulle part quelle est l'origine de ces recommandations. S'agit-il d'un consensus international de psychiatres hospitalier ?

Chacune des 24 cartes comprend :

- . Les plaintes/motifs de la consultation
- . Les caractéristiques diagnostiques
- . Le diagnostic différentiel
- . et au verso des conseils pratiques pour la prise en charge comportant quatre chapitres : information pour le patient et la famille - conseils spécifiques pour le patient et sa famille - traitements médicamenteux - dans quel cas demander une consultation de spécialistes.

Le chapitre plaintes/motif de la consultation ne correspond pas, nous semble-t-il à ce qui figure dans le CISP⁶. Il est ici manifestement construit a posteriori, en fonction des caractéristiques diagnostiques. Il regroupe en fait le "signes" dits

"fonctionnels".

On retrouve en somme pour chacune des cartes la tétralogie habituelle : signes fonctionnels - signes physiques - diagnostic différentiel - traitement

5. Comparaison des différents items d'inclusion

5.1. Les symboles graphiques utilisés dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation et dans la CIM-10-SSP.

Ils ont dans les deux systèmes la même valeur : ou bien celle de critères d'inclusion obligatoires, ou bien celle de critères facultatifs. (Tableau III)

5.2. Exemple appliqué pour Dépression (Tableau IV)

- Les critères obligatoires communs aux deux définitions : on y retrouve uniquement la Tristesse
- Les autres critères obligatoires du Dictionnaire se retrouvent en critères facultatifs ("fréquemment associés ou pouvant accompagner") dans la CIM-10

6 Classification Internationale des Soins Primaires.

DICTIONNAIRE DES RESULTATS DE CONSULTATION : INSOMNIE	CIM 10-SSP PROBLEMES DE SOMMEIL
<p>++++ PLAINTÉ DE MAUVAIS SOMMEIL</p> <p>++1 endormissement difficile</p> <p>++1 réveils fréquents</p> <p>++1 réveils précoces</p> <p>++1 autre (cauchemars, sensation de sommeil de mauvaise qualité, etc..)</p> <p>+ - au moins trois fois par semaine depuis un mois.</p> <p>+ - occasionnelle</p>	<p>DIFFICULTES D'ENDORMISSEMENT</p> <p>SOMMEIL AGITE NON REPARATEUR</p> <p>INSOMNIES fréquentes ou prolongées.</p> <p>Les patients sont épuisés et parfois gênés par les conséquences diurnes de leur mauvaise qualité de sommeil.</p> <p>Les facteurs de stress, les affections médicales aiguës et les changements d'horaire peuvent être à l'origine de problèmes de sommeil transitoires.</p>

Tableau V : INSOMNIE, comparaison du RDC et de la carte CIM-10-SSP

Les Troubles du sommeil
L'Auto dépréciation
La Baisse des activités physiques et psychiques

Les Idées ou tentatives de suicide
- En critères facultatifs communs, on retrouve l'Anxiété
Il n'est pas de notre propos ici de dire quelle est la meilleure

HUMEUR DEPRESSIVE (DRC) (Projet version 97.2)	ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE (CIM)	NEURASTHÉNIE (CIM)
<p>++++ TENDANCE A LA TRISTESSE</p> <p>++1 baisse d'intérêt ou de plaisir</p> <p>++1 manque de confiance en soi</p> <p>++++ BAISSÉ DES ACTIVITÉS</p> <p>++1 physiques (asthénie, sexe, appétit, algie)</p> <p>++1 psychiques (parole, mémoire concentration)</p> <p>++1 de relation ou repli sur soi</p> <p>++++ ABSENCE D'AUTO-DEVALUATION MAJEURE</p> <p>++++ ABSENCE D'IDÉE SUICIDAIRE</p> <p>++++ ABSENCE DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ</p> <p>+ - insomnie</p> <p>+ - anxiété</p> <p>+ - prédominance matinale des symptômes</p> <p>+ - récidive</p>	<p>ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE</p> <p>PERTE D'INTERET OU DE PLAISIR</p> <p>ANXIÉTÉ OU INQUIÉTUDE MANIFESTES</p> <p>Symptômes fréquemment associés : troubles du sommeil</p> <p>fatigue ou perte d'énergie</p> <p>difficultés de concentration</p> <p>trouble de l'appétit</p> <p>idée ou tentatives de suicide</p> <p>tremblements</p> <p>palpitations</p> <p>étourdissements</p> <p>sécheresse de la bouche</p>	<p>FATIGUE MENTALE OU PHYSIQUE</p> <p>FATIGUE APRES UN EFFORT MINIME</p> <p>BAISSÉ DE L'ÉNERGIE</p> <p>Autre symptômes fréquents : étourdissements</p> <p>troubles du sommeil</p> <p>irritabilité</p> <p>céphalées</p> <p>incapacité à se détendre</p> <p>maux et douleurs</p> <p>le trouble peut survenir après une infection ou une autre maladie physique</p>

Tableau VI : comparaison Humeur dépressive (DRC), Neurasthénie (CIM) et Dépression mixte (CIM)



re méthode pour permettre à tous les médecins (généralistes) en face du même cas de choisir le même résultat de consultation. On peut dire en tous cas qu'il y a là une source de réflexion ouverte : la tristesse et la perte d'intérêt peuvent-ils être les seuls critères obligatoires pour qualifier un malade de dépressif ?

5.3. Deuxième exemple appliqué : Insomnie (Tableau V)

La comparaison des critères obligatoires est ici plus difficile :

- Dans le dictionnaire, tout mauvais sommeil est un critère d'inclusion puisque un seulement des critères précédés de ++1|| suffit à classer le cas ici.

- Dans la CIM, sont pris en compte A LA FOIS les difficultés d'endormissement, le sommeil agité non réparateur et la notion de fréquence et de prolongation du trouble (sans indiquer d'ailleurs quelle fréquence ni quelle durée est nécessaire)

Les critères facultatifs ont en commun la notion de trouble "occasionnel", dont les causes possibles sont détaillées dans la CIM-10.

5.4. Troisième exemple appliqué :

Humeur dépressive (Tableau VI)

Comme nous l'avons indiqué, deux cartes de la CIM-10 peuvent correspondre à cette définition : soit dépression et anxiété mixte, soit Neurasthénie.

Comme on le voit sur le tableau VI, Humeur dépressive se trouve dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation, être une entité particulière qui dépasse la Neurasthénie (il existe une tendance à la tristesse), mais qui reste un peu en deçà d'Anxiété et Dépression mixte (il n'y a pas de tendance suicidaire)

5.5. Conclusions

Le principe de choix de critères d'inclusion obligatoires reste le même dans les deux méthodes. La Société Française de Médecine Générale semble avoir une certaine avance dans les symboles graphiques utilisés. En effet dans les premières années de mise au point du Dictionnaire (appelé alors lexique), certains termes étaient utilisés :

Avec

Sans

Avec ou sans

Le plus souvent

Souvent

Il est vite apparu à l'usage que les qualificatifs "le plus souvent" et "souvent" ne permettait pas de rendre discriminantes deux définitions entre elles. Seuls les critères "Avec" et "Sans", rendaient compte des critères obligatoires pour choisir une définition et aucune autre.

Par ailleurs, l'utilisation de l'informatique nécessitait le choix de symboles faciles à mémoriser. C'est ainsi qu'ont été choisis les symboles graphiques décrits plus haut :

++++ critère obligatoire

++||x x des critères est ou sont obligatoires

+ - critère facultatif (quelque soit la probabilité plus ou moins grande de l'avoir)

Nous avons ainsi supprimé un symbole qui a existé de façon transitoire : +++ qui indiquait "le plus souvent", puisque rien ne distinguait ce qualificatif d'un critère facultatif.

III - LES METHODES DE VALIDATION

1. L'OMS a donc testé sur le terrain la CIM 10-SSP dans 19 pays et 43 sites différents, avec 564 médecins généralistes⁷.

En France, le Centre Collaborateur de l'OMS à Paris (CCOMS) a mené les essais en collaboration avec la Société Française de Médecine Générale et l'Université Paris V en avril et Mai 1994. 12 médecins généralistes ont participé à ces essais sur le terrain. A l'aide des remarques qu'ils marquaient sur un cahier de bord, les suggestions et critiques étaient retenues. En outre, un questionnaire rempli avant et après l'étude permettait d'apprécier la modification de l'intérêt des médecins pour le sujet psychiatrie.

Par ailleurs, il était demandé à un certain nombre de médecins, en dehors des 12 ayant participé au travail, de remplir une "feuille d'opinion d'expert". Nous avons été parmi ces "experts" et nous avons gardé une impression mitigée de ce genre de questionnaire d'opinion :

- Il fallait par exemple donner le nombre de patients vus chaque mois pour chacun des 24 troubles mentaux figurant à la CIM10-DSS. La réponse aurait nécessité d'analyser sa clientèle sur un an et de faire une moyenne en divisant par douze. En l'absence de ce travail, impossible à réaliser en 8 jours, nous avons donc répondu qu'il était impossible de répondre.

- Il fallait aussi donner une note de 1 à 3 aux 24 cartes, avec toute la subjectivité qu'entraîne ce genre de notation.

- Enfin, il était demandé un avis plus détaillé sur la carte Dépression : "entourez les items dont vous n'êtes pas satisfait". Nous avons sur ce sujet particulier, entouré les verbes et adverbes manquant de rigueur pour le choix ou non d'un critère d'inclusion : "Symptômes fréquemment associés", "le trouble peut s'accompagner", "le trouble s'accompagne souvent", etc...

Signalons enfin que l'O.M.S. a fait appel à de nombreux laboratoires pharmaceutiques privés pour financer ces différentes opérations, réunions, rémunérations.

2. La méthode de validation du Dictionnaire des Résultats de Consultation par la Société Française de Médecine Générale.

Elle a été décrite en annexe du Dictionnaire⁷. dix huit médecins dits du petit réseau étaient chargés du travail de création, révision et rédaction des définitions qu'il s'utilisaient en temps réel pendant leur activité de médecins généralistes. Les définitions étaient ensuite utilisées par les 109 médecins dits du grand réseau. Des échanges entre les deux réseaux avaient lieu régulièrement.

L'exploitation statistique a porté sur la fréquence d'utilisation des définitions (qui devait avoir une fréquence supérieure ou égale à 1/3000).

7 CARIA, VERTA, GUELFI et coll LA CIM-10 soins de santé primaires (II) Premiers résultats des essais sur le terrain en France. Rev Prat Méd Gén T 10 331 04.03.96.

8 Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale. DOCUMENTS DE RECHERCHES numéro spécial 47-48, Décembre 1996.

9 Contrat CNAMTS -SFMG Convention N° 1397/93.

10 Mini DSM-IV Critères diagnostiques, avertissement, Masson, Paris 1996.

Elle a porté également sur la fréquence de saisie des items obligatoires, des items à choix multiples et des items facultatifs. Il a été convenu qu'un item obligatoire devait être coché à 95 % pour être validé (lorsqu'une définition était choisie 100 fois, le ou les critères obligatoire(s) observés devaient avoir été cochés 95 fois). Les items à choix multiples devaient être cochés ensemble à plus de 100 % lorsqu'il fallait choisir un seul item parmi d'autres, à plus de 200 % lorsque le choix devait porter sur au moins 2 critères etc... Enfin les items facultatifs devaient avoir un taux de choix inférieur à 95 %.

Ce travail s'est déroulé sur deux ans. Il a été financé par contrat avec la CNAMTS⁹.

Il ne s'agit pas d'un travail figé dans le temps. L'analyse des résultats du grand réseau qui poursuit toujours un recueil en continu dans le cadre de l'Observatoire de la Médecine Générale, doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité des définitions et donc l'observation du champ de la médecine générale.

CONCLUSIONS

Cette étude comparative du Dictionnaire des Résultats de Consultation et de la CIM 10-SSP (dite encore PHC, Primary Health Care) est encourageante pour la SFMG :

- Elle montre bien que tous les chercheurs et cliniciens ont la même obsession : "Fournir des descriptions claires des catégories diagnostiques des divers troubles mentaux, échanger des informations à leur sujet, les étudier et les traiter"¹⁰.

- Elle permet à la Société Française de Médecine Générale de ne pas rougir du travail qu'elle a commencé avec énergie et ténacité depuis 15 ans. La méthode de validation qu'elle a utilisée paraît plus objective que celle utilisée par l'O.M.S.

- Elle met en évidence les difficultés de ce genre de travail. Les auteurs de l'Association Américaine de Psychiatrie en ont été les pionniers en 1980 avec la

publication du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. La S.F.M.G. a connu elle aussi les mêmes difficultés en s'attachant à décrire les situations les plus fréquentes en médecine générale. L'O.M.S. traverse elle aussi et malgré tout, les mêmes problèmes.

- Elle confirme enfin que le Dictionnaire, peut répondre aux exigences de comparaisons entre système hospitalier et extra-hospitalier, par l'intermédiaire d'un transcodage avec la CIM 10.

Qu'il me soit permis pour terminer de citer cette belle histoire par laquelle le Docteur Elestair. F. Wright concluait sa communication à la Journée de Communications de la S.F.M.G. à Versailles en Décembre 1989 :

"Bonjour, dit le petit prince qui était malade. Bonjour dit l'ordinateur. C'était un petit ordinateur malin qui avait été programmé pour enregistrer tous les détails du passé médical des malades. "Pourquoi est-ce que vous me posez ces questions et pas le docteur ?" demanda le petit prince qui était malade. "Parce que, grâce à moi, le docteur peut gagner tellement de temps. Les experts ont calculé que je peux faire gagner au docteur cent cinquante trois minutes par jour." "Et qu'est-ce que le docteur fait de ces cent cinquante trois minutes ?" dit le petit prince qui était malade. "Il en fait ce qu'il veut". "Et bien moi, dit le petit prince qui était malade, si mon docteur a cent cinquante trois minutes par jour à passer comme il veut, je voudrais bien qu'il en consacre quelques une à me parler à moi".

ICD-10 PHC
MNH/MND/93.1

DÉPRESSION - F32

Plaintes/Motifs de la consultation

Le patient peut consulter pour un ou plusieurs symptômes physiques (fatigue, douleurs). Par la suite, l'examen met en évidence une dépression ou une perte d'intérêt.

La dépression se présente parfois sous la forme d'une irritabilité.

Caractéristiques diagnostiques

ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE

PERTE D'INTÉRÊT OU DE PLAISIR

Symptômes fréquemment associés :

- troubles du sommeil
- culpabilité ou autodépréciation
- fatigue ou perte d'énergie
- difficultés de concentration
- trouble de l'appétit
- idées ou tentatives de suicide

Le trouble peut s'accompagner d'un ralentissement des mouvements et du discours, ou au contraire d'une agitation.

Le trouble s'accompagne souvent d'une anxiété et d'une nervosité.

Diagnostic différentiel

Si la dépression s'accompagne d'hallucinations (voix, visions) ou d'idées délirantes (croyances étranges ou inhabituelles), voir la carte : Troubles Psychotiques Aigus - F23*.

Si possible, demander l'avis d'un spécialiste.

Si le patient a des antécédents de manie (agitation, euphorie, logorrhée), voir la carte : Trouble bipolaire - F31.

Si le patient fait des abus importants d'alcool ou d'une autre substance psycho-active, voir les cartes : Troubles liés à l'utilisation d'alcool F10*
Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives - F11*.

ICD-10 PHC
MNH/MND/93.1

DÉPRESSION - F32*

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information pour le patient et sa famille

- 1) La dépression est un trouble fréquent et il existe des traitements efficaces.
- 2) La dépression n'est pas une faiblesse ou une paresse; le patient fait de son mieux.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) **Évaluer le risque de suicide.** Peut-on être sûr que le patient ne passera pas à l'acte? L'état du patient peut nécessiter une surveillance étroite par la famille ou les amis.
- 2) **Proposer des activités qui font plaisir ou donnent confiance.**
- 3) **S'opposer au pessimisme et aux auto-accusations.** Ne pas abonder dans le sens des idées dépressives (p. ex. divorcer, démissionner). Ne pas renforcer les pensées négatives ou les idées de culpabilité.
- 4) **Si le patient présente des symptômes physiques, discuter des rapports entre les symptômes physiques et l'humeur** (voir la carte: plaintes somatiques non expliquées F45*).
- 5) Quand le patient va mieux, discuter avec lui de la possibilité de survenue d'une rechute, et de ce qu'il convient de faire dans ce cas.

Traitement médicamenteux

- 1) **Envisager un traitement par antidépresseurs si le patient présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêts persistant pendant au moins 2 semaines, et au moins 4 des symptômes suivants:**

Fatigue ou perte d'énergie	Troubles du sommeil
Culpabilité ou auto-accusations	Difficultés de concentration
Idees de mort ou de suicide	Troubles de l'appétit
Agitation OU ralentissement (mouvements et discours)	

Si le patient a répondu favorablement à un médicament dans le passé, utiliser le même médicament.

Chez les patients âgés et chez les patients présentant une affection somatique, utiliser des médicaments récents, entraînant peu d'effets secondaires.

Chez les patients anxieux et chez les patients insomniaques, utiliser des antidépresseurs sédatifs.
- 2) **Passer progressivement à la dose efficace** (p. ex. commencer avec 25 à 50 mg d'imipramine tous les soirs et augmenter à 100-150 mg en une dizaine de jours). Utiliser des doses plus faibles chez les personnes âgées et chez les sujets présentant une affection somatique.
- 3) **Expliquer comment le traitement doit être suivi:** Les médicaments doivent être pris tous les jours. L'état du patient va s'améliorer en 2-3 semaines. Le patient pourra avoir des effets secondaires, peu importants; ces effets ont tendance à disparaître en 7-10 jours. Ne pas arrêter le traitement sans en avoir discuté avec le médecin.
- 4) **Poursuivre le traitement antidépresseur pendant au moins 3 mois après l'amélioration de la symptomatologie.**

Consultation de spécialistes

- 1) En cas de **risque de suicide**, demander l'avis d'un spécialiste et envisager une hospitalisation.
- 2) En cas de **dépression persistante**, demander l'avis d'un spécialiste concernant d'autres traitements.
- 3) Les **psychothérapies spécifiques** (p. ex. cognitive, interpersonnelle) peuvent être utiles dans le traitement initial comme dans la prévention des rechutes.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE - F41.2

Plaintes/Motifs de la consultation

Les patients peuvent présenter initialement un ou plusieurs symptômes physiques (fatigue, douleur). Par la suite l'examen met en évidence une humeur déprimée et de l'anxiété.

Caractéristiques diagnostiques

ABAISSEMENT DE L'HUMEUR OU TRISTESSE
PERTE D'INTÉRÊT OU DE PLAISIR
ANXIÉTÉ OU INQUIÉTUDE MANIFESTES

Symptômes fréquemment associés :

- Trouble du sommeil
- Fatigue ou perte d'énergie
- Difficultés de concentration
- Trouble de l'appétit
- Idées ou tentatives de suicide
- Tremblements
- Palpitations
- Étourdissements
- Sécheresse de la bouche

Diagnostic différentiel

Si les symptômes dépressifs ou anxieux sont sévères, ne pas utiliser ce diagnostic, voir les cartes Dépression - F32* et Troubles anxieux (F40*, F41.0, F41.1).

En présence d'hallucinations (voix, visions) ou d'idées délirantes (croyances étranges ou inhabituelles), voir aussi la carte sur les Troubles psychotiques aigus - F23* et leur prise en charge. Si possible, demander l'avis d'un spécialiste.

Si le patient a des antécédents de manie (agitation, humeur euphorique, logorrhée), voir la carte Trouble bipolaire - F31.

En présence d'une forte consommation d'alcool ou de drogue, voir la carte Troubles liés à l'utilisation d'alcool - F10, Troubles liés à l'utilisation de drogue - F11*.

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION MIXTE - F41.2

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information importante pour le patient et sa famille

- 1) Le stress ou les préoccupations ont beaucoup d'effets physiques et mentaux.
- 2) Ces problèmes ne sont pas dus à la faiblesse ou à la paresse; le patient fait de son mieux.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) Recourir à des techniques de relaxation pour réduire les symptômes physiques.
- 2) Planifier à court-terme des activités relaxantes, distrayantes ou redonnant confiance. Inciter le sujet à reprendre des activités qui l'ont aidé dans le passé.
- 3) Préciser les peurs exagérées ou les pensées pessimistes (p. ex. quand sa fille a 5 minutes de retard en rentrant de l'école la patiente craint qu'elle n'ait eu un accident).
- 4) Chercher des moyens d'affronter ces pensées négatives quand elles surviennent (Quand elle commence à s'inquiéter du retard de sa fille, la patiente doit se dire : "Je suis encore en train de me laisser gagner par la crainte. Ma fille a seulement quelques minutes de retard et sera bientôt à la maison").
- 5) En présence de symptômes physiques, discuter du lien entre les symptômes physiques et la détresse mentale (voir la carte Plaintes somatiques inexplicables - F45). Si les symptômes liés à la tension sont prédominants, conseiller des méthodes de relaxation pour alléger les symptômes physiques.
- 6) Parler du risque de suicide - le patient est-il sûr de ne pas passer à l'acte ?

Traitement médicamenteux

- 1) Envisager des médicaments antidépresseurs si l'humeur triste ou la perte d'intérêt sont prédominants (voir la carte Dépression - F32*). Pour l'Anxiété et la Dépression Mixte des doses plus faibles peuvent être efficaces (p. ex. une dose initiale de 25 mg d'imipramine le soir, en augmentant jusqu'à 75-150 mg en 15 jours).
- 2) Expliquer comment le traitement doit être pris : Les médicaments doivent être pris tous les jours. L'état du patient va s'améliorer en 2-3 semaines. Des effets secondaires légers peuvent survenir et disparaissent habituellement en 7-10 jours. Ne pas arrêter le traitement sans en avoir discuté avec le médecin.
- 3) Poursuivre le traitement antidépresseur au moins pendant 3 mois après l'amélioration des symptômes.

Consultation de spécialistes

- 1) Si le risque de suicide est important, demander l'avis d'un spécialiste et envisager une hospitalisation
- 2) Si des symptômes importants persistent, demander l'avis d'un spécialiste concernant d'autres traitements.

PROBLÈMES DE SOMMEIL - F51*

Caractéristiques diagnostiques

DIFFICULTÉS D'ENDORMISSEMENT
SOMMEIL AGITÉ OU NON RÉPARATEUR
INSOMNIES fréquentes ou prolongées

Les patients sont épuisés et parfois gênés par les conséquences diurnes de leur mauvaise qualité de sommeil.

Les facteurs de stress, les affections médicales aiguës et les changements d'horaire peuvent être à l'origine de problèmes de sommeil transitoires.

Diagnostic Différentiel

Si l'anxiété diurne est prédominante, voir la carte : Anxiété généralisée - F41.1

Si l'humeur dépressive ou triste est prédominante, voir la carte : Dépression - F32*

Envisager les affections médicales qui ont pu causer l'insomnie : insuffisance cardiaque, affection pulmonaire, états douloureux

Envisager les médicaments qui peuvent entraîner de l'insomnie : stéroïdes, théophylline, décongestionnants

Si le sujet ronfle, évoquer un diagnostic d'apnées du sommeil. Si possible, demander des renseignements supplémentaires au partenaire du S.

PROBLÈMES DE SOMMEIL - F51*

Conseils pratiques pour la prise en charge

Information importante pour le patient et sa famille

- 1) Les problèmes de sommeil transitoires sont fréquents à des moments de stress ou d'affection médicale.
- 2) Six heures de sommeil par jour peuvent être normales et suffisantes, surtout chez les personnes âgées.
- 3) Le meilleur traitement est l'amélioration des habitudes de sommeil (et non pas le recours à une médication sédatrice)
- 4) Se préoccuper de sa capacité à dormir peut aggraver l'insomnie.
- 5) L'alcool peut favoriser l'endormissement, mais il peut être à l'origine d'un sommeil agité ou d'un réveil précoce.
- 6) Des stimulants (p. ex. le café ou le thé) peuvent être à l'origine d'une insomnie ou l'aggraver.

Conseils spécifiques pour le patient et sa famille

- 1) Maintenir des habitudes de sommeil régulières : Activités relaxantes au cours de la soirée. Heures régulières de coucher et de lever. Se lever à l'heure régulière même si le sommeil de la nuit précédente était de mauvaise qualité.
- 2) Pratiquer des exercices de relaxation pour favoriser à l'endormissement.
- 3) Éviter la caféine et l'alcool.
- 4) En cas d'incapacité à s'endormir après 20 minutes, se lever et se recoucher quand on a sommeil.
- 5) Les exercices physiques au cours de la journée peuvent être utiles, alors que leur pratique dans la soirée peut aggraver l'insomnie.

Traitement médicamenteux

- 1) Traiter les troubles psychiatriques ou médicaux sous-jacents.
- 2) Effectuer les changements nécessaires de médication.
- 3) Une médication hypnotique peut être utile, mais elle ne doit pas être utilisée régulièrement pendant plus de 14 jours (p. ex. lorazepam 0,5 à 1 mg au coucher)

Consultation de spécialistes

- 1) Envisager une consultation chez un spécialiste quand on évoque un trouble du sommeil complexe (p. ex. narcolepsie, apnées du sommeil).
- 2) Envisager une consultation quand l'insomnie est sévère et persistante en dépit des mesures décrites ci-dessus.

A propos de l'utilisation du dossier de suivi médical en médecine générale

Le Dr Jean-Luc Gallais nous a permis de publier ce texte tiré du rapport du groupe de travail "dossier de suivi médical en médecine de ville" pour la Mission de Recherche Expérimentation du ministère du Travail et des Affaires Sociales.

Gallais, J.L. Le Dossier de Suivi Médical. In Metzger, M-H "Réflexions sur l'utilisation du dossier de suivi médical en médecine de ville à des fins de santé publique". INSERM Unité 88. MIRE-Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Mai 1996.

Dr Jean Luc GALLAIS

Intérêt du recueil
Le dossier médical présente un intérêt à la fois individuel et collectif : il est indispensable pour les soins des patients et, si les conditions de mise en oeuvre sont assurées, il peut également permettre de produire des connaissances en direction de divers utilisateurs qui manquent d'informations fines sur les pratiques soignantes réelles. Ces différents usages potentiels posent le problème des finalités et de l'organisation du recueil, de la nature des informations à collecter, des destinataires et de l'usage ultérieur du traitement des données.

Contenu idéal du DSM

Si on prend "idéal" dans le sens de "ce qu'il y aurait de mieux", la réponse varie selon les cas. "idéal" pour QUI ? pour le patient ? son médecin ? le groupe professionnel ? la discipline du médecin ? Les financeurs de la protection sociale ? Les responsables de la santé publique ? Les gestionnaires de l'assurance maladie ?

En fait le contenu de ce Dossier de Suivi Médical (DSM) idéal qui ne peut être que la résultante d'une négociation claire entre "ce qui est souhaitable" et "ce qui est possible" et ce "qui est réalisable". La configuration finale est variable selon les priorités des interlocuteurs qui l'imagine comme support de soins, de contrôle, de tarification, ou de production de connaissance.

Le DSM médical étant par nature limité, chaque item recueilli, qu'il soit obligatoire ou facultatif, doit répondre à une hypothèse ou un objectif défini au préalable. L'acceptabilité par le patient comme par son médecin est le facteur limitant qui doit en permanence être présent à l'esprit de ceux qui aspirent à un dossier "idéal" ...!

Le DSM est un outil de soins dont l'usage se fait en temps réel, en continu et qui contient des données sensibles sur des personnes. C'est en répondant aux besoins et aux contraintes des soignants que le dossier médical pourra s'intégrer dans la pratique professionnelle quotidienne de chacun. L'expérience de la Société Française de Médecine Générale en matière de recherche en médecine générale et notamment celle de l'utilisation d'un DM commun informatisé dans un travail en réseau a confirmé cette approche. Le bénéfice en terme de production de connaissance est alors "le plus" de l'activité soignante.

L'organisation d'un système de gestion des données médicales

L'organisation de l'approche collective du DSM impose un

important travail en amont. La gestion d'un tel système ne peut se mettre en oeuvre et surtout se pérenniser que dans le cadre de partenariat(s). Pour chacune des parties, l'obtention de certaines informations ne peut se faire qu'au prix du renoncement à d'autres informations. Si ce n'était pas le cas, la véracité même des informations recueillies serait rapidement mise en péril. La boucle informations - retour d'informations ("Donner" et "Recevoir") doit être transparente et la confiance réciproque est le fond du problème.

La nature des données médicales ou administratives utilisées dans un usage collectif implique de multiples organisations oeuvrant dans le cadre de la législation en vigueur en particulier le Code pénal, le Code de Déontologie et la Loi Informatique et Liberté. Les instances concernées seront différentes en fonctions des finalités de traitement et de destinataire.

Après la réalisation de l'enquête nationale "Actes et Fonctions du Médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et Sociales" (SFMG-MGForm-CEMKA/INSERM financée par le RNSP) une étude à distance sur l'échantillon national représentatif de médecins généralistes a permis de préciser les déterminants clé de leur participation C'est la légitimité scientifique et professionnelle¹ des promoteurs au sein de la collectivité généraliste qui était l'essentiel. Les partenaires non généraliste (CEMKA/INSERM, le RNSP) étaient accessoires mais acceptés car légitimés par les instances généralistes.

Ce sont ces mécanismes qu'il faut mettre en oeuvre dans la gestion collective du DSM. Pour la médecine générale il est aisé d'identifier :

- au niveau national les partenaires et relais reconnus de la collectivité généraliste tant sur le plan syndical que sur celui des sociétés savantes ou des structures de la formation médicale.
- au niveau régional les collèges généralistes des Unions Régionales de Médecins Libéraux qui sont les dispositifs légitimes pour dans la participation à la gestion de la centralisation et du traitement de l'information. Le niveau régional est par ailleurs une bonne échelle en France comme en Europe pour approcher les données sanitaires.

Ces diverses interfaces professionnelles seront les garantes de la transparence et de la co-maîtrise pour des partenariats diversifiés en fonction des objectifs des projets nationaux ou locaux. Mais les questions liées à la circulation de l'information du DSM se poseront de façon différente selon le caractère nominatif ou anonyme des données (tant du coté patient que du coté médecin).



Dans le strict domaine du soins, la circulation entre soignants de ces données montrent que le doute sur l'usage, ou la possibilité d'accès par des tiers non autorisés de certaines informations conduit à des omissions volontaires quasi systématique. Des études sur le carnet de santé de l'enfant montrent que seules les rubriques d'identification ou des zones médicales obligatoires limitées comme les vaccinations sont correctement remplies. Dans la rédaction du DSM le médecin a le choix entre l'omission volontaire ou le recours à des "codages" personnels uniquement compréhensibles par lui même aboutissant à la non-circulation de l'information. Au sein de cabinets médicaux de groupe dans lesquels il y a un dossier médical commun, on retrouve ce type de pratique qui constituent parfois explicitement pour le patient une garantie de secret limité au seul interlocuteur choisi. On retrouve dans les comptes-rendus des bilans de santé de type assurance maladie des mécanismes comparables qui conduisent le patient à omettre les informations essentielles, dissimulant là des affections ou des facteurs de risques majeurs.

Dans une gestion collective des données, ces phénomènes seront accessoires ou importants en fonction du caractère sensible ou non de l'information recueillie. Les conditions de confiance, de garantie de sécurité et de confidentialité des systèmes d'informations joueront un rôle essentiel dans la mise en place et le fonctionnement effectif "en routine" de ces systèmes tant pour des études périodiques transversales que pour des suivis de cohortes spécifiques. C'est là l'enjeu véritable car il y a là une différence d'échelle et de nature liée au passage de quelques réseaux de médecins volontaires et sensibilisés à des médecins tout venant, il y va de la faisabilité et l'acceptabilité de la gestion collective des données médicales.

C'est une des responsabilités de la représentation de la profession médicale d'expliquer, de convaincre et de garantir une participation à tous les stades du processus : définition des objectifs, des méthodes, de l'organisation du recueil, de la transmission, du traitement et de la valorisation des produits. L'ensemble de ces conditions sont celles qui éviteront "une instrumentalisation" des médecins et une stérilisation secondaire des systèmes d'informations. En 1995, dans une déclaration commune², les acteurs institutionnels de la santé publique et de la médecine générale ont défini les principes de collaborations respectueuses et productives.

Dans le domaine de la gestion des données médicales, la place et le rôle des Caisses d'Assurances Maladie est bien particulière. La question du partage de l'information est d'actualité. Les a priori idéologiques réciproques parasitent les différents du recueil à l'usage des données. On est loin de la situation du Québec dans laquelle la RAMQ (Régie Assurance Maladie du Québec) et la F.M.O.Q (Fédération des Omnipraticiens du Québec) partagent et cogèrent l'information et le système de santé. En France des partenariats multiples impliquant nationalement ou régionalement les instances de santé publique éviteront l'approche duelle Syndicats médicaux- Caisses.

Les conditions du "retour d'information" vers le médecin à l'origine des données et vers les structures compétentes de la collectivité médicale seront le test qui confirmera ou infirmera les choix des uns et des autres dans leur volonté de relation partenariale ou conflictuelle chronique. Il faut que chacun

puisse valoriser sa participation au système d'information mis en place.

L'analyse des données ne peut se faire sans la participation à toutes les phases des professionnels de la santé, même si le regard d'un tiers est indispensable.

La mise en place de systèmes d'information permanents aboutissant à une valorisation économique directe et indirecte par les différents destinataires, pose la question de la rétribution des médecins qui sont à la source. Les modalités restent à définir car le bénéfice peut être monétaire, mais aussi symbolique au niveau individuel et collectif. En matière d'épidémiologie et de santé publique, on ne peut oublier la formule de Denis Zmirou, actuel président de la Société Française de Santé Publique. "Déterminer l'état de santé d'une population est chose trop importante pour reposer sur le seul bénévolat de professionnels même motivés".

Il y a donc une longue phase de pédagogie explicative qui relèvent de l'action volontariste des structures impliquées en particulier les syndicats, sociétés savantes, structures de formation permanente, Ordre national des médecins et bien entendu les caisses d'assurances maladies.

Pour chaque groupe, le passage par ses pairs est essentiel pour expliquer les tenants et aboutissants des systèmes d'information en distinguant les bénéfices attendus pour chaque médecin, ses patients, son groupe professionnel, la santé publique et l'économie de la santé. Cette approche doit se situer dans une dynamique de recherche de qualité des soins. La formation médicale permanente est en mesure d'avoir là un effet levier considérable.

Si le thème du DSM est privilégié, voire prioritaire, la synergie des actions et des légitimités des acteurs permettra d'utiliser au mieux les ressources disponibles.

Aspects techniques

Ils sont nombreux mais trois aspects sont essentiels : le langage commun, la confidentialité-sécurisation des informations et la qualité des données.

La question du langage parlé et écrit est la base de la communication en général. Pour les données médicales, l'utilisation en épidémiologie des données présuppose un langage commun. Pourtant les situations cliniques présentées comme les plus simples ne donnent pas lieu à des consensus. La Conférence de Consensus³ sur la rhinopharyngite a du renoncer à des critères médicaux définis pour ne retenir que "la plainte de la mère"...

De multiples études en soins de premier recours montrent qu'un même tableau clinique est formulé sous différentes dénominations par différents médecins. Par ailleurs la Classification Internationale des maladies (CIM10) ne permet de décrire de façon pertinente qu'un tiers des états pathologiques observés en médecine générale. Comment décrire alors les deux autres tiers⁴ ?

Après plus de dix années de recherche sur cette question, en partant des travaux du Professeur de médecine générale autrichien R.N.Braun, la Société Française de Médecine Générale vient de publier "Le dictionnaire des Résultats de Consultations en Médecine Générale" conformément au contrat signé en 1993, avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Ces "Résultats de

Consultations" sont les symptômes, syndromes, ou tableaux de maladies qui permettent de décrire l'ensemble des problèmes médicaux auxquels les médecins sont effectivement confrontés dans leur activité quotidienne (150 de ces résultats de consultation recouvrent plus de 90% de l'activité soignante et préventive des médecins généralistes). La logique de description clinique du Dictionnaire SFMG est comparable à celle qui a présidé à la création du DSM III (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Ce dictionnaire regroupe un ensemble de termes médicaux usuels non codés, définis avec critères obligatoires et facultatifs. Ces termes ont été validés dans la pratique par un réseau national de médecins généralistes.

Ce langage commun (qui comporte aussi un transcodage avec la CIM) permet la constitution de tableaux cliniques homogènes comparables indispensables tant pour un usage de soins ou de recherche. Cet apport se traduira rapidement dans des nombreux thèmes professionnels notamment ceux de l'informatisation du dossier médical, du codage des pathologies, du développement de bases de données médicales ambulatoires ou de l'évaluation médico-économique en particulier par la constitution aisée de Groupes Homogènes de Malades (GHM). C'est la raison de la création récente par la SFMG de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) constitué par un réseau informatisé de recueil en continu. Par ailleurs un module informatique du dictionnaire des résultats de consultation sera également disponible pour les éditeurs de logiciel médicaux.

Une fois les informations recueillies par le médecin et consignées dans le dossier médical, la deuxième phase concerne la circulation de données initialement nominatives et couvertes par le secret professionnel. La confidentialité est la clé de la validité de l'information. En usage collectif, les données personnelles sensibles doivent être rendues anonymes pour les autres différents destinataires. Un code d'identification pourrait être affecté à chaque dossier permettant au seul médecin à l'origine de l'information de faire le lien entre un dossier et un patient donné.

Les nouveaux systèmes informatiques qui se mettent en place faciliteront l'utilisation collective des données tout en respectant la sécurisation des informations à la source et dans les procédures de transfert et de traitement. C'est la raison pour laquelle au sein de la médecine générale les groupes professionnels se dotent de structures ad hoc (comme MEDSYN) pour participer au développement des systèmes d'information sur la médecine ambulatoire.

Si la qualité des données est directement liée au langage com-

mun adapté et au respect de la confidentialité, la qualité des données est aussi dépendante de la volonté de partager les informations dont dispose chaque professionnel ou auxquelles il a accès. Les informations relatives à la santé sont variables selon les intervenants (médecins généralistes et spécialistes, paramédicaux, travailleurs sociaux, administratifs). La limitation des informations échangées ne concerne pas uniquement le secret médical (et le patient lui-même), mais les relations entre les différents professionnels. Ces aspects sont directement liés à l'organisation structurelle de l'offre des soins de premier recours et à l'existence ou non de filières organisées incitatives ou obligatoires. La place du médecin a un effet sur le DSM car le lien existant entre un médecin et un patient est essentiel en médecine générale. La continuité dans le suivi par un même médecin influe fortement la gestion du dossier médical (le MG a un dossier médical disponible pour 95 % des patients pour lesquels il est le référent médical habituel contre 47 % des patients connus mais non habituellement suivis par lui).

L'absence de circulation de l'information et l'opacité actuelle du fonctionnement de notre système de santé correspondent à des mécanismes d'évitement et d'auto-protection des acteurs, des groupes professionnels, des institutions publiques et privées. On y retrouve des raisons ou rationalisations corporatistes, institutionnelles, économiques et idéologiques pour ne citer que les plus importantes.

La gestion collective du DSM par la transparence des objectifs et des méthodes, la légitimation des instances médicales et la co-maîtrise des systèmes d'information doit aboutir à la production de connaissances indispensables à la gestion, au suivi et l'aide à la décision du système de santé et de protection sociale. Ce DSM sera alors un des outils d'un système d'assurance qualité.

1/ *Opinion des investigateurs sur chaque structure.*

Était considéré comme facteur "important" : SFMG = 67% , MGFORM = 47% , CEMKA/INSERM = 37%.

2/ *Déclaration d'Hammamet - Colloque "Médecine Générale et Santé Publique" sous le parrainage DGS, RNSP, CFES" 1995*

3/ *Fondation de l'Avenir. Conférence de Consensus "Le traitement des rhinopharyngites de l'enfant de six mois à six ans". Février 1990.*

4/ *P.Clerc. Les mots pour dire le diagnostic. in "Infimement médecins". Revue Autrement N°161, Février 1996.*

5/ *JL.Gallais et Coll. Actes et Fonctions du Médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales.*

Document de Recherches en Médecine Générale-SFMG, N°45, 1994.

Le comité de rédaction vous recommande la lecture des documents suivants :

Braun RN "Pratique, critique et enseignement en médecine générale" Paris : Payot

Sournia JC "Histoire du diagnostic en médecine" Paris : éd. Frison Roche

Rosowsky O "Une recherche en médecine générale, ça commence où ?" Quintessence 88
Revue Autrement n°161 février 1996

Revue Pratique n°46 décembre 1996, dossier "Le codage en médecine : les enjeux"

Classification et codage de la pathologie en médecine générale Actes du Colloque 24 janv 97
par le Groupe Image et l'ENSP. Rennes



L'hypnose en consultation de médecine générale libérale

Dr François Raineri*, Charles Jousselein*, Jean Becchio*, Sydney Gourdet **

9

Quatre médecins généralistes utilisant l'hypnose dans leur pratique médicale rendent compte de leur travail dans cette étude descriptive portant sur 150 consultations. Cette enquête longitudinale (9 semaines) et multicentriques (4 centres) a porté sur l'ensemble des consultations de médecine générale ayant donné lieu à une intervention hypnothérapeutique. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé rempli par chaque médecin au moment de la consultation. Elles ont été ensuite centralisées et codées par un même médecin coordinateur.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence la prédominance féminine des consultants (72 % de femmes) qui constituent une population jeune âgée de 25 à 55 ans (77 % des consultants), venant consulter avec une demande spécifique pour ce type de prise en charge (93 % des épisodes).

Les patients évoquent une origine psychologique ou psycho-somatique à leurs problèmes de santé dans 73 % des cas et le diagnostic médical est corrélé aux attributions des patients dans 90 % des cas : anxiété, phobies, insomnies, troubles sexuels, dépression, manque de confiance en soi et anxiété sociale, troubles de la personnalité. Les autres motifs de consultation sont principalement les syndromes douloureux chroniques, la surcharge pondérale, le tabagisme et certaines affections cutanées. Les troubles mentionnés par les patients ont un caractère permanent dans 83 % des épisodes et dans 80 % des cas seul un signe ou un ensemble de symptômes sont présents (le médecin ne retrouve une maladie classée ou certifiée que dans 20 % des cas). La durée moyenne d'une consultation d'hypnothérapie est de 42 minutes (56 % des cas).

RESUME

C'est le plus souvent le seul acte effectué (83 % des cas) au cours de la consultation.

L'induction hypnotique utilise le plus souvent l'accompagnement dans un souvenir agréable (46 % des cas) alors que le travail hypnotique spécifique repose essentiellement sur l'utilisation des métaphores (56 %) et de la régression (17 %). La mise en œuvre d'exercices d'auto-hypnose (37 %) des cas montre que le patient peut participer activement à son traitement.

L'évaluation subjective des résultats a été réalisée indépendamment par le patient d'une part et par le médecin d'autre part au moyen d'une échelle analogique. Elle montre une nette appréciation positive des résultats à chaque épisode, tant par les patients (69 %) que par les médecins (74 %), l'amélioration moyenne à chaque épisode étant évaluée à 21/50 par les patients 13/50 par les médecins.

L'utilisation de l'hypnothérapie en médecine générale améliore la relation médecin-patient et s'avère un outil thérapeutique intéressant pour la prise en charge d'une partie non négligeable des motifs de consultation des patients. Les consultants et les médecins s'accordent pour constater une nette régression de la symptomatologie (jusqu'à persistante) à chaque consultation. L'hypnothérapie étant prescrite le plus souvent isolément, elle s'accompagne d'une réduction des prescriptions médicamenteuses qui reste à chiffrer. Des travaux ultérieurs devraient s'attacher à l'appréciation objective de ces résultats chaque fois que celle-ci est possible. Mais cette démarche soulève le problème général de l'évaluation en médecine libérale et le problème plus particulier de l'évaluation des résultats thérapeutiques des psychothérapies.

BREVE PRESENTATION DE L'HYPNOSE MEDICALE

DÉFINITION

Selon l'encyclopédie médico-chirurgicale, l'hypnose constitue "un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce "débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure" qui suppose un certain "lâcher-prise" équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient"¹.

UNE NAISSANCE DIFFICILE

L'hypnose thérapeutique est peu répandue en France, pays où elle est pourtant née : Henri F. Ellenberger² situe en effet l'origine de la psychiatrie dynamique moderne à 1775, "l'année du conflit qui mit aux prises le médecin Mesmer et le père exorciste Gassner" et la plupart des hypnothérapeutes considèrent que la publication du "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal"³ de Franz Anton Mesmer à Paris

en 1779 marque l'acte fondateur de l'hypnose scientifique. Les activités de Mesmer connurent initialement un grand succès dont la Loge D'Harmonie (chargée de transmettre l'enseignement du magnétisme) marqua l'apogée. Puis les rapports demandés par l'Académie des sciences et par l'Académie royale de médecine 1784 condamnèrent, comme chacun sait, le magnétisme, en indiquant que le spectacle des crises était dangereux et ne pouvait avoir que des effets funestes. Cependant, dans le même temps la note confidentielle destinée au roi était largement diffusée, décrivant les désordres des sens exprimés par les patientes soumises au fameux "baquet" d'eau magnétisée. Les éléments du débat historique étaient en place et allaient marquer chacune des résurgences successives de l'hypnose.

UNE EXISTENCE CONTROVERSÉE

Jusqu'à une période récente, seuls quelques psychologues et psychiatres ont bravé "le discrédit" qui, depuis Freud, semblait s'attacher dans les pays latins à l'utilisation de l'hypnose à des fins médicales. En France au Docteur Léon Chertok, récemment disparu, mena un long combat pour faire reconnaître l'intérêt de l'hypnose auprès du corps médical⁴.

* Médecin généraliste, membre de la SFMG et de l'AFHYP (Association Française d'Hypnothérapie) 18 av. Bel-Air 75012 Paris.

** Médecin généraliste membre de l'IMHEP (Institut Milton H. Erickson de Paris)

Alors que de nos jours, la pratique de l'hypnose fait partie de la formation des médecins scandinaves⁵, et elle est inscrite au cursus des psychiatres anglo-saxons, les praticiens français qui s'intéressent aux psychothérapies autres que la psychanalyse (mais la psychanalyse revendique-t-elle le titre de psychothérapie ?) sont bien en peine. Hors les groupes "Balint", les possibilités sont rares. Si les thérapies cognitivo-comportementales, longtemps dénigrées par les descendants de Freud, semblent avoir effectué, avec la création récente d'un diplôme universitaire de sciences cognitive, une percée, la diffusion dans la presse médicale des applications (pourtant validés !) de ces thérapies à la médecine générale demeure confidentielle. Les formations à la communication interpersonnelle sont encore absentes de la formation médicale..

L'opinion générale du corps médical et sans doute celle de la population également confine encore la pratique de l'hypnose à une frange de patients réputés hypnotisables, pour ne pas dire suggestibles. Cette confusion résulte en partie des pratiques originelles qui marquèrent durablement l'hypnose^{6,7}. En effet, Mesmer comme Puységur (1751-1825) son successeur, qui fonda la Société Harmonique des Amis Réunis, attribuaient les modifications de comportements de leurs patients au fluide magnétique de l'opérateur dont le sujet exécutait les ordres, Puységur nommant ce sommeil magnétique "sommambulisme artificiel"⁸. L'abbé Faria (1813) mettait en avant la fascination éprouvée par le sujet pour l'opérateur et la force de persuasion de ce dernier dans l'apparition de ce qu'il nomma le "sommeil lucide"⁹. Et même si Deleuze (1810) et à sa suite Bertrand (1823), tous deux médecins, tentèrent une étude plus rationnelle des comportements observés^{10,11} (ce dernier soutenant déjà la thèse d'une origine psychologique non consciente !), il fallut attendre les travaux de l'écossais Braid (1843) pour comprendre le rôle essentiel joué par la fixation de l'attention dans l'induction de cet état jugé si proche du sommeil qu'il le nomma "Hypnose"¹². Elliotson (1843) et Esdaile (1847) tous deux chirurgiens britanniques, pratiquèrent nombre d'interventions chirurgicales majeures en utilisant l'hypnose pour induire une anesthésie^{13,14}, mais la découverte du protoxyde d'azote mit prématurément fin à cette voie de recherche...

En France, l'École de Nancy fondée en 1882 par Liebault (1823-1904), médecin de campagne et Bernheim (1840-1919), professeur titulaire de médecine interne, inaugura le terme de psychothérapie et défendit le rôle des mécanismes de la suggestion dans l'induction d'une transe hypnotique. Cette hypothèse se fondait sur une expérience clinique acquise auprès de milliers de patients relevant de la médecine générale^{14,15} et chez lesquels Bernheim avait pour routine de suggérer le sommeil afin, selon lui, de maximaliser la suggestibilité. Mais lui-même reconnaissait que le sommeil suggéré était seulement l'une des façons possibles de produire cet accroissement de suggestibilité¹⁷.

Dans le même temps, Jean Martin Charcot (1825-1893), professeur agrégé de neurologie à l'Hôpital de la Salpêtrière, membre de l'Académie, et considéré comme le plus grand neurologue de son temps, s'intéressa également à cette "hypnose" fort à la mode dans les cabarets de Paris et susceptible d'accroître sa notoriété, pourtant à son sommet. En 1878, il demande à ses disciples comme Paul Richer, ou encore Binet et Féré (favorables à la thèse du fluide magnétique) d'étudier le phénomène hypnotique et présenta les conclusions de ces études à l'Académie des Sciences le 13 février 1882¹⁸. Charcot affirmait distinguer dans l'hypnotisme trois stades cliniquement identifiables : léthargique, cataleptique et somnambulique. Mais ces recherches, conduites par d'autres sans qu'il n'examina jamais lui-même les sujets,

furent menées sur des patientes particulières, vieilles femmes pauvres ou au contraire jeunes femmes sélectionnées pour leur pathologie convulsive hystérique et qui pressentaient sans nul doute que la prolongation de leur séjour dans le service dépendait des résultats exhibés, d'autant plus que la discussion des symptômes se faisait en leur présence. Ces choix, volontaires (?), renforçaient l'aspect déjà spectaculaire des cours qu'il donnait tous les mardi et auquel assistait le Tout Paris et aussi Babinski, Gilles de la Tourette, Janet, Coué et.. Freud qui tombèrent d'abord sous le charme, alors que le médecin belge Delboeuf¹⁹ se montra d'emblée plus critique. Finalement, à partir de 1890 la doctrine de la suggestion fut acceptée par la majorité des praticiens européens qui travaillaient dans ce domaine alors que les thèses de Charcot furent discréditées dès sa disparition (mais avec elle l'hypnose en partie également). Freud, après s'être rallié à la pensée de Bernheim, élabora peu après sa propre théorie sur le psychisme humain, dont le succès en Europe allait condamner durablement l'hypnose sur le Vieux Continent.

Il n'en alla pas de même aux Etats-Unis. Le travail de Bernheim y fut traduit plus tardivement les praticiens américains adoptèrent également l'hypnotisme comme une science de la suggestion qui continua longtemps d'être utilisée sous cette forme et qui fut l'objet de nombreuses publications. Plus récemment, des travaux menés en laboratoire - expérimentations dont on connaît les conditions particulières - et qui ont cherché à mesurer la suggestibilité des sujets d'expérience au moyen de diverses échelles, comme l'échelle de Stanford (Weitzenhoffer et Hilgard) ou de Harvard (Shor et Orne) ont également contribué à accréditer la thèse selon laquelle la suggestibilité serait augmentée par l'hypnose. Si ces travaux ont connu une vogue certaine, l'ensemble des résultats obtenus est actuellement remis en question, car rien ne prouve que la suggestibilité témoigne de manière fiable de l'état hypnotique²⁰, et certains patients définis expérimentalement comme non suggestible se révélant par ailleurs d'excellents sujets de trances hypnotiques.

L'APPORT DE MILTON H ERICKSON

Le psychiatre américain Milton H Erickson (1901-1980), qui a considérablement modifié l'approche des psychothérapies, est à l'origine d'un profond renouvellement des concepts et de la pratique hypnotique.

Milton H Erickson, Docteur en médecine et en psychologie, fut longtemps chef de service hospitalier en psychiatrie avant d'exercer, pour raisons de santé, en cabinet privé. Parce qu'il fut frappé par la poliomyélite à l'âge de dix-sept ans - il déclarait que la poliomyélite était le meilleur professeur qu'il ait jamais eu en ce qui concerne le comportement humain - M.H Erickson développa pour lui-même des techniques d'auto-hypnose qu'il ne cessa d'explorer et de perfectionner par la suite auprès de ses patients tout au long de sa carrière médicale. A la lumière de cette expérience et d'une philosophie humaniste pragmatique, Milton H Erickson, convaincu que les gens sont déjà en possession de ressources qui leur sont nécessaire pour changer, a élaboré un grand nombre de méthodes et de tactiques d'approche interpersonnel dont l'objectif est de libérer chez le patient, qu'il soit en état d'hypnose ou de veille, les potentialités qui lui permettront d'améliorer son état²¹. Dans cette approche, la prise en charge du patient est réorientée vers l'obtention de résultats : encourager le changement passe avant l'élucidation du passé ou l'examen approfondi de la signification ou de la fonction attribuée aux symptômes. Dans cette approche également, la communication devient un outil thérapeutique : le changement



n'est pas nécessairement le résultat de quelque chose que le thérapeute communiquerait au patient, mais résulterait plus souvent du fait que le thérapeute communique avec le patient de manière significative.

Fondateur de la Société américaine d'Hypnose clinique et de la revue "The American Journal of Clinical Hypnosis", Milton H Erickson s'est rapidement éloigné de l'hypnose "traditionnelle" qui reposait jusqu'alors surtout sur des techniques de suggestions directes pour développer une pratique originale beaucoup plus vaste dont l'hypnose ne constitue qu'un des éléments : les fondateurs des thérapies brèves, de la thérapie familiale, de la PNL, de l'approche humaniste et d'autres reconnaissent l'apport essentiel des recherches de Milton H. Erickson à leurs travaux. De nos jours, une majorité d'hypnothérapeutes s'inspirent de ses méthodes. L'hypnose est recadrée comme un phénomène naturel, "corollaire au pouvoir humain d'imaginer"²², qui implique le choix volontaire d'un certain "lâcher prise" qui permet de s'immerger dans une activité mentale interne, souvent assimilée à l'activité de l'hémisphère droit. En effet, pour de nombreux auteurs, deux modes de communications simultanés, liés à l'existence des deux hémisphères cérébraux, sont aisément identifiables dans la communication interpersonnelle :

- l'hémisphère gauche, orienté vers la perception de la réalité environnante, fonctionnerait sur un mode digital, analytique, objectif, grammatical logique et sémantique.
- l'hémisphère droit, orienté vers la perception du monde intérieur, fonctionnerait sur un mode analogique holistique, relationnel, figuratif intuitif et symbolique.

Dans ce cadre, l'hypnose représente un mode de fonctionnement du cerveau droit, réalisant une commutation - réorientation de l'attention du monde environnant au monde intérieur. Ainsi, tout individu peut choisir volontairement de modifier son expérience perceptuelle et faire l'expérience de l'hypnose s'il le souhaite : cette modification de l'expérience perceptuelle ne correspond qu'à un mode particulier de fonctionnement du cerveau humain aisément identifiable dans de nombreuses situations du quotidien et qui peut de ce fait être utilisée tout aussi efficacement sans procédure classique d'induction de transe. Le développement à des fins thérapeutiques de cette "capacité à la transe" est facilitée par un apprentissage dont l'hypnothérapeute est le guide : l'hypnothérapeute facilite la réorientation hémisphérique, il ne la crée pas. Les anglo-saxons parlent d'un travail d'équipe (team) fondé sur la confiance (trust), les attentes (expectation), la coopération (attitude) et la motivation (motivation)

Cette approche libératoire repose sur une bonne maîtrise de la communication qui, dans ce cas, sera le plus souvent indirecte et implicite, établie volontairement sur plusieurs niveaux. Elle vise à provoquer des réactions sans que le sujet en soit pleinement conscient, dans un cadre autorisant un lâcher prise qui permet un travail psychothérapeutique et facilite les modifications somatiques dans le sens du mieux être. Elle suppose l'élaboration d'une stratégie utilisationnelle centrée sur le patient et qui se fonde schématiquement sur :

- l'identification des motivations et des ressources du patient,
- la connaissance de son langage (verbal et non verbal) et de ses valeurs afin de rencontrer le patient dans son propre cadre de référence,
- la mobilisation de ses ressources en utilisant le langage du patient et les valeurs du patient,
- la création d'un lien, le plus souvent indirect ou métaphorique, entre les ressources et le problèmes à résoudre,
- l'acceptation des résistances du patient comme un "style" relationnel et la capacité à utiliser ces résistances à des fins thérapeutiques.

La diffusion progressive dans notre pays des concepts développés par Milton H Erickson et des et ses successeurs ont amené des médecins généralistes ou spécialistes à utiliser cette "nouvelle hypnose" dans leurs moyens relationnels et thérapeutiques. Jusqu'à présent, les questions soulevées par la mise en œuvre d'une démarche de ce type en médecine générale, son champs d'intervention et son éventuelle efficacité ont été plus souvent le fait des sciences humaines que celui de la clinique expérimentale. Cette situation évolue, du moins dans les pays anglo-saxons : "le pragmatisme bien connu des médecins anglo-saxons les conduits à réhabiliter scientifiquement les techniques de suggestion et d'hypnose. De nombreuses études, au protocole scientifiquement très rigoureux, sont publiées dans de grandes revues internationales dont on ne peut nier la réputation de sérieux"²³.

Loin de disposer de ces moyens, quatre médecins généralistes de la région parisienne, utilisant de façon régulière l'hypnose éricksonienne dans leur pratique médicale, ont néanmoins voulu proposer à leurs confrères une description de leur travail fondée sur leur expérience clinique. Ils ont pour ce faire réalisé une étude descriptive qui a porté sur l'ensemble des consultations de médecine générale ayant donné lieu à une intervention de type hypnothérapeutique pendant 9 semaines, soit 150 épisodes.

BUTS

Réaliser une étude qui décrive la pratique usuelle de l'hypnothérapie en médecine générale libérale

Répondre aux questions suivantes :

Qui sont les patients pris en charge en hypnothérapie ?

Quels sont leurs motifs (plaintes) de consultations ?

Quels sont les diagnostics établis par les médecins ?

Quelles sont les modalités de la consultation d'hypnose ?

Quelles sont les procédures utilisées ?

Peut-on en apprécier l'efficacité ?

METHODES

Elaboration d'un questionnaire, faisabilité

Dans un premier temps, les médecins concernés, non informatisés, ont élaborés un questionnaire regroupant l'ensemble des thèmes qu'ils se proposaient d'étudier, puis en ont testé l'ergonomie dans leur pratique habituelle. L'étude a débuté après quelques modifications du questionnaire initial visant la simplicité et la rapidité pour tenir compte des contraintes liées à l'exercice libéral.

Temps

L'étude a duré 9 semaines

Critères d'inclusion

Tout acte médical qui donne lieu, au cabinet médical ou en visite, soit à l'initiative du médecin soit à la demande du patient, à une hypnothérapie.

Recueil des données

Pour chaque épisode, chaque médecin remplit au moment même de la consultation, une fiche de renseignements standardisée qu'il adresse ensuite au médecin centralisateur, qui effectue le codage des actes et l'analyse des données.

Description de la fiche de renseignements

Tableau consultation

- Le motif de la consultation

C'est la plainte exprimée par le patient dans son langage avec un maximum de 3 items.

Cette plainte sera ensuite "transcodée" par le médecin centralisateur en langage CISP.

- Le diagnostic du médecin

Il représente l'orientation diagnostique du médecin après entretien et examen du patient.

Ce diagnostic médical est ensuite "transcodé" par le médecin centralisateur.

- La position diagnostique

Ce concept, développé par la SFMG, met en relief la nature probabiliste de l'intervention médicale : signe cardinal, groupe de symptômes, maladie "classée" figurant dans la CIM10, diagnostic certifié par l'anatomopathologie.

- Suivi

La pathologie peut être nouvelle, persistante, récurrente ou obligeant à un révision diagnostique.

Tableau thérapeutique

La micro-dynamique d'une séance d'hypnose comporte classiquement

et de façon très schématique une phase préparatoire d'induction, suivie d'une phase de travail et d'une phase de résolution.

- Les techniques d'induction

l'accompagnement dans un souvenir agréable, la fixation sensorielle, l'imagination, la visualisation, l'hypnose traditionnelle etc.

- Les techniques de travail

La métaphore, la régression, la confusion, l'exposition, la négociation, le travail sur le corps etc.

- La prescription de tâches à réaliser en dehors des séances.

L'auto-hypnose, les métaphores artistiques, l'exposition, l'auto-évaluation.

Tableau résultat

Réalisée au début de chaque intervention (sauf la première), il s'agit de l'appréciation subjective des résultats de l'intervention précédente, établie par le patient d'une part et le médecin d'autre part, selon une échelle visuelle de 10 cm sur laquelle l'observateur doit se placer positivement ou négativement :

- le patient, au début de chaque consultation, place un trait sur l'échelle qui lui est destiné au verso de feuille,
- le médecin fait de même sur son échelle inscrite au recto de la feuille, sans regarder l'évaluation du patient.

Le médecin centralisateur cote ensuite positivement ou négativement la distance en millimètres par rapport au centre.

Tableau épisode

Il indique pour un même patient, le nombre de consultations réalisées pour un même motif.

bibliographie

- (1) "Encyclopédie médico-chirurgicale" Paris ; B 50 191 : 37820.
- (2) Ellenberger HF "Histoire de la découverte de l'Inconscient" Paris : Fayard Editeur 1984 : (2)
- (3) Mesmer FA "Mémoire sur la découverte du magnétisme animal" Paris : Didot : 1779
- (4) Chertock L "Mémoires d'un hérétique" Paris : la Découverte : 1990
- (5) La SSCEH (Société Suédoise d'Hypnose Clinique et Expérimentale) P.O Box 104, S-693 22 Degerfors compte plus de 400 affiliés
- (6) Becchio J, Jousselein C "Nouvelle Hypnose. Initiation et pratique" EPI La Méridienne : 1994
- (7) Jousselein C "Hypnose sur ordonnance" Ellebore : 1995.
- (8) Chasteney de Puységur AMJ "Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal" Paris : Cellot : 1809 (2)
- (9) Abbé de Faria "De la cause du sommeil lucide" Paris : chez Mme Horiac : 1819
- (10) Deleuze JPF "Histoire critique du magnétisme animal" Paris : Schoell : 1810
- (11) Bertrand A "Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente" Paris : Dentu : 1823
- (12) Braid J "Hypnotherapy or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism" Londres : J Churhill : 1843.
- (13) Elliotson J "Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state" Philadelphie : Lea and Blanchard : 1843
- (14) Esdaile J "Mesmerism in India and its practical application in surgery and medicine" Hartford : Silas Andrus and son : 1847
- (15) Liébault A "Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique" Paris : Masson : 1866
- (16) Bernheim "De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille" Paris : Doin : 1884
"De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique" Paris : Doin : 1886
"Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Etudes nouvelles" Paris : Doin : 1891
- (17) Weitzenhoffer A "Hypnosis International Monographs" Munich : 1995 (1)
- (18) Charcot JM "Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques" Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences 1882 ; XCIV (I) : 403-405
- (19) Delboeuf J "De l'influence de l'imitation et de l'éducation sur le somnambulisme provoqué" Revue philosophique 1886 ; XXII : 146-171
- (20) Chertock L, Stengers I "L'hypnose, blessure narcissique" Coll les empêcheurs de penser en rond : 1990
- (21) Zeig JK "La technique d'Erickson" Hommes & Groupes Ed : 1988
- (22) Caresse M.A "Revue australienne d'hypnothérapie et d'hypnose" septembre 1993 ; Vol 14 n°2
- (23) Aulas JJ "Les médecines douces" Odile Jacob Ed. ; 1993 : 214



ETUDE MULTICENTRIQUE : HYPNOSE EN MEDECINE GENERALE

En lettres capitales s.v.p.

Date -----

Nom (3 lettres) - - -

AGE - -

Sexe

M F

Durée C mn -----

Consultation

Motif : les mots du patient (de quoi je souffre) :

Résultat de consultation : diagnostic du médecin :

Position diagnostique :

A Un seul signe**B** Un ensemble de symptômes**C** Une maladie "classée"**D** Un diagnostic certifié (anapath)

Suivi : cette pathologie est lors de la consultation

N Nouvelle**R** Récurrente**A** Autre**P** Persistante**E** Modifie le Dg initial

Thérapeutique L'hypnothérapie est

1 Demandée par le patient**2** Proposée par le médecin**3** Restée latente dans l'entretien

Utilisation de l'hypnothérapie :

1 seule**2** Associée à un autre traitement

Procédures utilisées

1 -----**2** -----**3** -----

Résultat

Depuis la dernière consultation pour le même motif,
l'état du patient est jugé subjectivement (trait) :

Episode

1

2

3

4

5

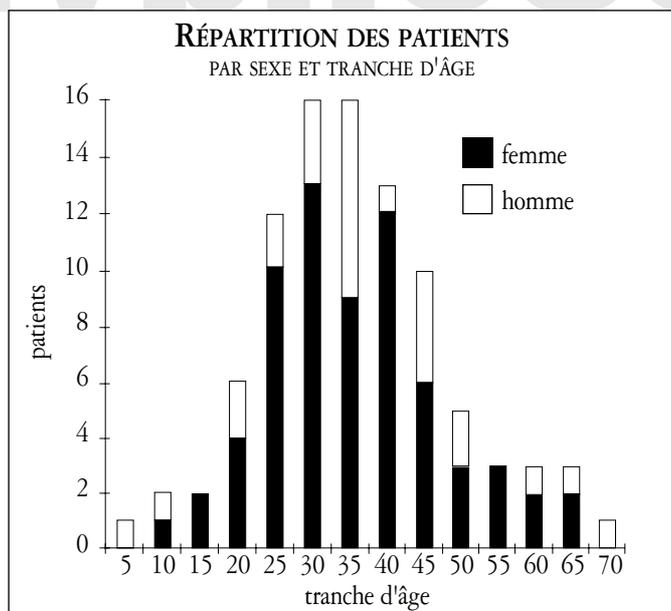
6

sup 6

RESULTATS ET COMMENTAIRES

150 épisodes ont été systématiquement enregistrés pendant les 9 semaines d'inclusion.

Ces 150 épisodes correspondent en réalité à 93 patients différents, certains patients sont venus consulter à plusieurs reprises pour le même motif.



1 - Répartition des patients par sexe et par tranches d'âge.

La répartition des patients en fonction du sexe montre une nette prédominance des consultant(e)s, (72 % de femmes) : les femmes sont plus nombreuses en consultation d'hypnothérapie.

Cette prédominance féminine des consultants est identique en nombre d'épisodes (73 %) : la fréquence des consultations est indépendante du sexe.

La répartition des patients en fonction des tranches d'âge montre un recrutement de consultants âgés de 7 à 75 ans, avec une nette prédominance (77 %) de la population "active" âgée de 25 à 55 ans, indépendamment du sexe.

Graph 1 : répartition des patients par sexe et tranches d'âge

Tableau 1 : Répartition des patients par sexe et tranches d'âge.

NOMBRE DE PATIENTS PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0	1	2	4	10	13	9	12	6	3	3	2	2	0	67
HOM	1	1	0	2	2	3	7	1	4	2	0	1	1	1	26
TMF	1	2	2	6	12	16	16	13	10	5	3	3	3	1	93

POURCENTAGE DES PATIENTS PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0%	1%	2%	4%	11%	14%	10%	13%	6%	3%	3%	2%	2%	0%	72%
HOM	1%	1%	0%	2%	2%	3%	8%	1%	4%	2%	0%	1%	1%	1%	28%
TMF	1%	2%	2%	6%	13%	17%	17%	14%	11%	5%	3%	3%	3%	1%	100%

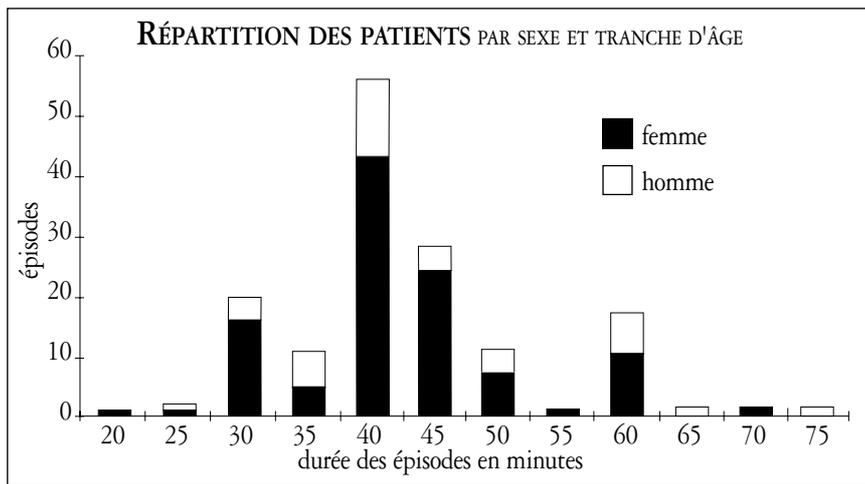
Tableau 1 : Répartition des patients par sexe et tranches d'âge.

NOMBRE D'ÉPISODES PAR SEXE ET TRANCHES D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0	2	5	9	14	21	11	20	12	5	6	2	2	0	109
HOM	2	1	0	4	3	4	9	3	5	4	0	2	3	1	41
TMF	2	3	5	13	17	25	20	23	17	9	6	4	5	1	150

POURCENTAGE DES ÉPISODES PAR SEXE ET TRANCHE D'ÂGE															
	5/9	10/1	15/1	20/24	25/2	30/3	35/39	40/4	45/4	50/54	55/5	60/64	65/6	70/7	TOT
FEM	0%	1%	3%	6%	9%	14%	7%	13%	8%	3%	4%	1%	1%	0%	73%
HOM	1%	1%	0%	3%	2%	3%	6%	2%	3%	3%	0%	1%	2%	1%	27%
TMF	1%	2%	3%	9%	11%	17%	13%	15%	11%	6%	4%	3%	3%	1%	100%



2 - Répartition des durées de consultation



Graph 2 : Répartition des durées de consultation en fonction du sexe.

La durée moyenne d'une consultation est de 42 minutes.
 La durée de la consultation est indépendante du sexe.
 Elle est par contre plus brève pour les enfants (25 à 30 minutes de 7 à 15 ans) et peut-être liée à un mode de fonctionnement différent (prédominance du cerveau droit ?).
 La durée d'une consultation dépend de son rang : la première consultation est plus longue (48 minutes), puis les durées diminuent (43 minutes pour l'épisode 2, 42 minutes pour l'épisode 3, 40 minutes

pour l'épisode 4, 37 minutes pour l'épisode 5) pour revenir à la valeur moyenne avec l'épisode 6 et les suivants, peut-être parce que ceux-ci s'inscrivent alors dans une prise en charge psycho-thérapeutique au long cours.
 Enfin la durée des consultations est fonction de chaque praticien : 37 minutes pour le Centre A, 40 minutes pour le Centre B, 40 minutes pour le centre C, 55 minutes pour le centre D.

3 - Motifs de consultations (codes C.S.I.P)

Tableau 4 : Motifs des consultations

MOTIFS DES CONSULTATIONS (ÉPISODES)											
	D	H	L	N	P. TOT	P. CLAS	P29	R	S	T	U
Total H et	6	3	9	2	108	73	35	1	8	12	1
Pourcentage	4%	2%	6%	1%	72%	49%	23%	1%	5%	8%	1%

Pathologies

D : digestive. H : cochléo-vestibulaire. L : ostéo-articulaire. N : neurologique

P. Tot : psychologique. R : respiratoire. S : cutanée. T : endocrino-métabolique. U urologique.

72 % des motifs de consultations sont définis comme psycho-somatiques ou psychologiques par les patients.

28 % des motifs de consultations relèvent d'autres causes qui sont principalement :

a) des problèmes de surcharge pondérale et d'obésité

b) des problèmes de douleurs chroniques, qu'elles soient d'origine digestives (colon irritable), neurologiques (migraines) ou ostéo-articulaires (post traumatiques..)

c) des problèmes dermatologiques (psoriasis..)

Tableau 5 : Détail des motifs de consultations psychologiques

DÉTAIL DES MOTIFS DES CONSULTATIONS "P"											
	P01	P02	P03	P06	P07	P10	P12	P15	P17	P20	P21
FEM	6	15	9	11	4	0	2	0	2	0	0
HOM	3	3	0	5	0	1	0	5	3	1	2
TOTAL	9	18	9	16	4	1	2	5	5	1	2

P01-02 : anxio-phobies. P03 : dépression. P06 : insomnies. P07 : troubles sexuels. P10 : tics
 P12 : énurésie. P15 alcoolisme. P17 tabagisme. P20 troubles attention. P21 hyperactivité.

hypnose

Les troubles psychologiques ou psychosomatiques - sont classifiables dans les deux tiers des cas (67 %) en troubles anxio-phobiques, insomnies, troubles sexuels, troubles dépressifs, addiction (tabac-alcool) et troubles habituels de l'enfance. Ainsi une pathologie médicalement définie est à l'origine de la moitié des consultations (49 %).

- sont plus difficiles à identifier dans un tiers des cas (33 %) mais peuvent être rattachés au manque de confiance en soi, aux troubles du caractère, à d'autres demandes. Une pathologie médicalement mal définie est à l'origine du quart des consultations (23 %).

4 - Diagnostics évoqués par les médecins

Tableau 6 : Diagnostics portés par les médecins

DIAGNOSTICS (ÉPISODES)											
	D	H	L	N	P. TOT	P. CLAS	P29	R	S	T	U
Total H et	5	5	9	2	108	77	31	1	7	12	1
Pourcentage	3%	3%	6%	1%	72%	51%	21%	1%	5%	8%	1%

Pathologies

D : digestive. H : cochléo-vestibulaire. L : ostéo-articulaire. N : neurologique

P. Tot : psychologique. R : respiratoire. S : cutanée. T : endocrino-métabolique. U urologique.

- La très grande majorité (72 %) des diagnostics portés par les médecins se rattachent également à la sphère psychologique ou psychosomatique.
- Les autres diagnostics (28 %) concernent des problèmes de surchar-

ge pondérale et d'obésité, des problèmes de douleurs chroniques, qu'ils soient digestifs (colon irritable..), ostéo-articulaires (douleurs chroniques..) ou neurologiques (migraines..), des problèmes dermatologiques (psoriasis).

Tableau 7 : Détail des diagnostics psychologiques portés par les médecins.

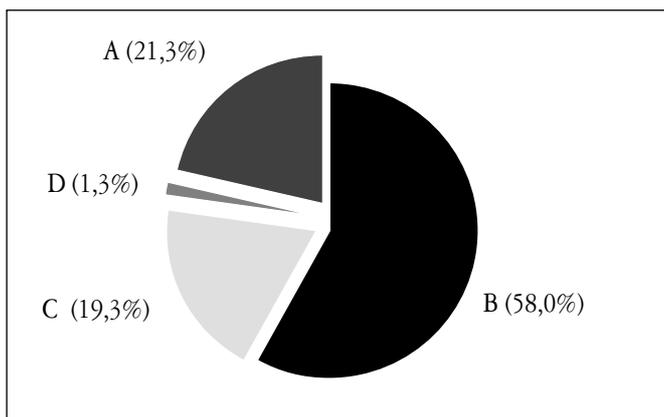
DÉTAIL DES MOTIFS DES CONSULTATIONS "P"							
	P73	P74	P76	P79	P80	P99	
FEM	1	28	9	17	1	19	
HOM	0	13	7	1	0	12	
TOTAL	1	41	16	18	1	31	

P 73 psychose. P74 : anxio-phobies P76 : dépression P 79 : troubles névrotiques. P80 : troubles de la personnalité. P99 : autres.

Les diagnostics psychologiques portés par les médecins sont corroborés aux symptômes dont se plaignent les patients neuf fois sur dix :
- dans 71 % des cas : Troubles anxio-phobiques, anxiété sociale, troubles du sommeil, syndromes dépressifs, troubles sexuels...

51 % des épisodes totaux aboutissent à un diagnostic psychologique précis.
- dans 29 % des cas : autres demandes
21 % des épisodes totaux restent sans définition psychologique diagnostique précise.

5 - La position diagnostique



Graphie 3 : positions diagnostiques

B : 58 % des épisodes font apparaître un tableau regroupant plusieurs symptômes
A : 21 % des épisodes font apparaître un seul symptôme
C : 19 % des épisodes sont classables en "maladie" selon la C.I.S.P ou le DSMIIIIR
D : 1 % des épisodes sont un diagnostic certifié c'est à dire anatomo-clinique



6 - Le suivi des épisodes

Tableau 8 : Suivi des épisodes

SUIVI (ÉPISODES)				
B	E	N	P	R
1	2	3	124	20
1%	1%	2%	83%	13%

P : Pathologie permanente dans 83 % des épisodes.

R : Pathologie récurrente dans 13 % des épisodes

N : Pathologie nouvelle dans 2 % des épisodes

E : Pathologie modifiant le diagnostic initial dans 1 % des épisodes

A : Autres

Les patients viennent consulter pour des pathologies chroniques qui ont le plus souvent résisté à d'autres types de prise en charge.

7 - La demande de prise en charge hypnotérapeutique

Le patient est à l'origine de la demande d'hypnotérapie 93 % des épisodes

Le médecin propose cette approche dans 5 % des épisodes.

L'hypnotérapie est latente dans l'entretien 2 % des épisodes

8 - Hypnotérapie en association à d'autres traitements

L'hypnose constitue le seul traitement institué dans 83 % des épisodes

L'hypnotérapie est associée à un ou plusieurs autres traitements dans 17 % des épisodes

9 - Les procédures hypnotérapeutiques

A Les techniques d'induction

Tableau 9 : Répartition des techniques d'induction à chaque épisode.

SUIVI (ÉPISODES)								
10	11	12	14	15	16	17	18	19
10	69	9	11	12	5	21	10	3
7%	46%	6%	7%	8%	3%	14%	7%	2%

10 non précisée

13 classique

16 relaxation

19 Pas d'induction

11 accompagnement

14 imagination visualisation

17 récapitulation

12 fixation sensorielle

15 catalepsie et lévitation

18 histoire démystification

L'accompagnement dans un souvenir agréable est utilisé dans la moitié des inductions hypnotiques. Il illustre le respect et l'utilisa-

tion des fonctionnements intrinsèques de la personne, propre à l'hypnose Eriksonienne.

B Le travail hypnotique

Tableau 10 : Répartition des techniques de travail hypnotique.

TECHNIQUES DE TRAVAIL HYPNOTIQUE (ÉPISODES)									
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
4	82	1	25	11	4	10	5	5	3
3%	55%	1%	17%	7%	3%	7%	3%	3%	2%

20 non précisée

23 régression

26 travail sur le corps

29 pas de travail

21 métaphores et accompagnements

24 exposition

27 suggestions

22 confusion

25 négociation-conciliation

28hypnose conversationnelle

Le travail hypnotique repose dans plus de la moitié des cas sur l'utilisation de métaphores thérapeutiques qui rendent compte d'une communication à multiple niveaux entre thérapeute et

patient, mais témoignent également du fonctionnement global de l'entité corps/esprit.

hypnose

C. La prescription de tâche

Tableau 11 : Répartition des prescriptions de tâches

PRESCRIPTION DE TÂCHES (ÉPISODES)									
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
3	56	0	0	5	0	1	0	0	85
2%	37%	0%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	57%

30 non précisées
33 test de réalité
36 je suis mieux car
39 "hypnose sèche"

31 auto-hypnose
34 auto évaluation
37 prescription absence de tâche

32 art thérapie
35 prescription comportement
38 Incertitude

La prescription d'un entraînement à l'auto-hypnose dans un tiers des cas (37 %) montre que l'hypnose peut être considérée comme une ressource naturelle d'auto-guérison.

Accompagnement

L'accompagnement dans un souvenir agréable est une technique d'induction hypnotique qui consiste à employer ce que la patient sait faire, c'est à dire se remémorer volontairement un souvenir agréable, comme une ressource et un outil de fixation de l'attention. L'accompagnement constitue une technique d'apprentissage utilitaire. Le médecin utilise ce que le patient a à l'esprit, son langage, ses images mentales et ses attitudes pour capter et fixer son attention, facilitant le lâcher-prise qui permettra par la suite au patient de mobiliser les ressources de son inconscient. Si ce lâcher-prise est objectivable par l'émergence de phénomènes involontaires

hypnotiques, le patient conserve à chaque instant son esprit critique. (Exemple clinique Induction par accompagnement. : "eczéma chronique" (Phoenix,))

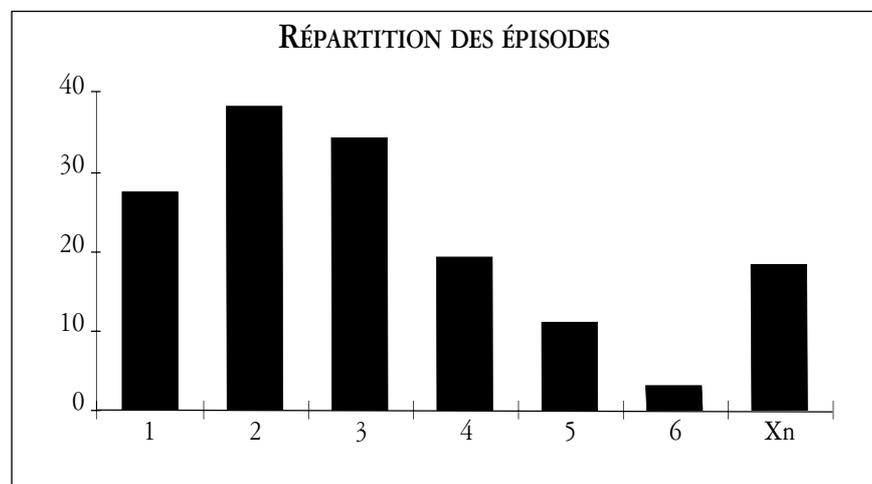
Métaphore

La métaphore est définie comme... Ainsi une métaphore possède plusieurs niveaux d'interprétations possibles. Selon Erickson, la métaphore est un moyen qui permet d'apporter de nouvelles significations à la conscience. Le message apparent capte l'attention consciente du patient. Les autres signifiants possibles libèrent les ressources de l'inconscient et permettent un travail de réaménagement psychique

Exemple clinique

Métaphore de la dame du lac... Hypnose vs alpha-bloquants (Phenix, Revue française d'hypnose n°)

10 - Répartition des épisodes



Pendant les 9 semaines de l'étude, les épisodes se sont répartis en :

consultation initiale 18 %

épisode 2 : 25 %

épisode 3 : 23 %

épisodes 4 à 6 : 22 %

7^{ème} épisode ou plus 12 %

78 % des traitements hypnotiques se déroulent en une à quatre séance. L'hypnose semble bien être une thérapie brève.

Graph 4 : Répartition du nombre d'épisodes par patients.

Tableau 12 : Répartition du nombre d'épisodes par patient.

RÉPARTITION DU NOMBRE D'ÉPISODES						
1	2	3	4	5	6	Xn
27	38	19	19	11	3	18
18%	25%	13%	13%	7%	2%	12%

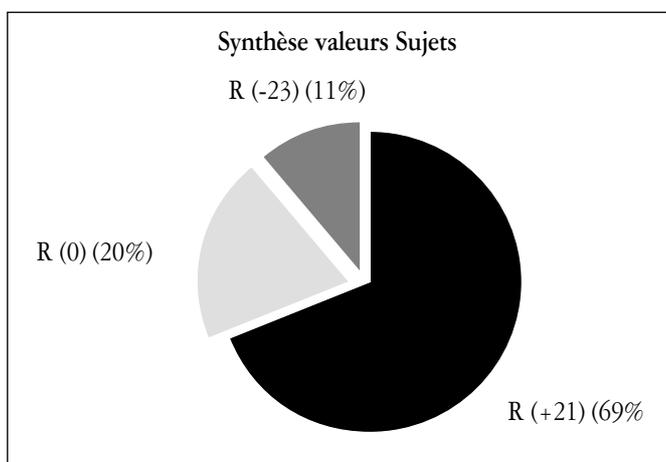


10 - Répartition des épisodes

L'appréciation subjective des résultats de chaque consultation concerne les épisodes 2 et suivants : 123 épisodes sont donc soumis à une

évaluation subjective du résultat de la consultation précédente

Graph 5 : Synthèse des appréciations patients et médecins.

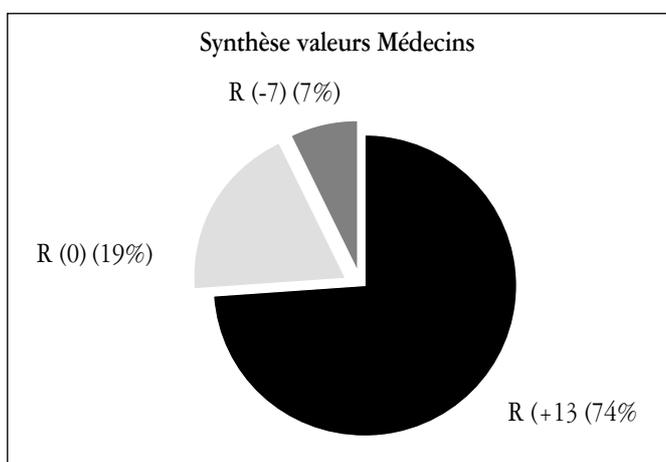


Du point de vue des patients

R + : une amélioration (+21/50) suit 69 % des épisodes évalués

R 0 : aucun effet (0) suit 20 % des épisodes évalués

R - : une dégradation (-23/50) suit 11 % des épisodes évalués



Tandis que les médecins estiment que

R + : une amélioration (+13/50) suit 74 % des épisodes

R 0 : aucun effet (0) suit 19 % des épisodes

R - : une dégradation (-7/50) suit 7 % des épisodes

Tableau 13 : Appréciations globales des résultats par les patients et par les médecins

	APPRÉCIATION DES SUJETS (ÉPISODES)				APPRÉCIATION DES MÉDECINS (ÉPISODES)			
	Nb Epi	% Epi	Valeur	Val. moy.	Nb Epi	% Epi	Valeur	Val. moy.
RÉSULTAT -	13	11%	-300	-23	9	7%	-62	-7
RÉSULTAT 0	25	20%	0	0	23	19%	0	0
RÉSULTAT +	85	69%	1753	21	91	74%	1159	13

DISCUSSION

La prédominance féminine des patients

Il existe une nette prédominance féminine des patients et celle-ci est plus importante qu'en médecine générale "tous motifs confondus" (60 % de femmes dans l'étude CREDES 1992, 57 % de femmes dans l'étude SFMG RNSP 1994¹). Néanmoins cette prédominance rejoint les chiffres habituellement retrouvés en psychothérapie.

Une population plus jeune

Le recours à l'hypnothérapie est le fait d'une population plus jeune qu'en médecine générale "tous motifs confondus" : la moyenne d'âge des consultants des deux sexes est de 44 ans dans l'étude CREDES 1992, de 46,5 ans pour les femmes dans celle de l'étude SFMG RNSP¹).

Evaluation

Le diagnostic dit de certitude "maladie classée et examen anatomo-pathologique" constitue l'hypothèse la moins fréquente en médecine générale, contrairement à la médecine hospitalière ou à la médecine spécialisée. Qu'en est-il d'une formation initiale spécifique à la prise de décision en médecine générale ?

D'une certaine façon, les patients "aboutissent" à une demande de prise en charge spécifique après de multiples prises en charges, tant médicamenteuses que psychothérapeutiques, qu'ils jugent infructueuses.

Qu'en est-il de la formation des médecins à la communication interpersonnelle ?

L'évaluation subjective des résultats appelle un commentaire non pas tant sur la méthode utilisée, classiquement employée dans de multiples études, mais sur le résultat qu'elle met en valeur : c'est en effet à chaque consultation que les patients (et les médecins) se déclarent satisfaits, dans leur grande majorité, des résultats obtenus. Il serait sans doute intéressant de mener une enquête analogue lors des consultations habituelles, même si pour certains, c'est la relation patient-médecin qui est appréciée.

Réduction de la prescription médicamenteuse

L'hypnothérapie est le plus souvent prescrite isolément. Elle s'accompagne d'une réduction de la prescription médicamenteuse :

- soit parce qu'elle est évitée, puisque la plupart des consultations de médecine générale s'accompagne habituellement d'une ordonnance médicamenteuse. Mais ce facteur n'a pas été quantifié au cours de l'étude

- soit parce qu'elle est progressivement abandonnée, puis que la majorité des patients sont soulagés en quelques séances.

Sachant que 79 % des séances comportent la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse¹, cette réduction éventuelle des coûts, tant pour le patient que pour la communauté, est également un argument non négligeable d'une gestion médicale de la santé. Elle justifierait sans doute à elle seule que l'étude des techniques de communication interpersonnelle soit intégrée à la formation du médecin généraliste.

¹ "Gallais JL et Coll. Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales" Doc Rech MG n°45. SFMG

CONCLUSION

L'utilisation de l'hypnose en médecine générale s'avère un outil intéressant pour une partie non négligeable des motifs de consultation des patients : rappelons² que les seuls items insomnie algies anxiété et troubles dépressifs font partie des 20 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. D'autre part, la pratique actuelle montre¹ qu'en dehors de la relation patient-médecin propre à chaque entretien, 13,3 % des séances de médecine générale comportent une activité de conseil ou d'information, et 9,3 %¹ des séances comportent un entretien à visée psychothérapeutique : la connaissance des techniques hypnotiques ajouterait un outil utile à la "trousse" des ressources du médecin.

Par ailleurs, au décours de cette prise en charge particulière, les consultants et les médecins s'accordent à constater une nette régression, à chaque consultation, de symptômes jusque là persistants (certains considèrent que c'est la relation qui est mesurée). On observe également une réduction des prescriptions médicamenteuses, non quantifiée dans cette étude.

Des travaux ultérieurs devraient s'attacher à l'appréciation objective

des résultats obtenus chaque fois que celle-ci est possible. Mais se pose alors le problème particulier de l'évaluation des résultats obtenus lors des prises en charge de type psychothérapeutiques.

Cette étude vise à décrire une pratique utile à la médecine générale. Elle ne prétend pas apporter une quantification formellement irréprochable de l'efficacité thérapeutique : les difficultés méthodologiques d'un tel projet, effectué de plus en médecine libérale, sont considérables. Mais il n'est pas certains que les faits emporteraient alors l'adhésion, tant la pratique hypnotique est une relation à l'autre, une façon différente de communiquer et une approche particulière de la nature humaine. Plus simplement nous avons voulu décrire une technique de communication respectueuse et permissive, dont bénéficie considérablement chacun des protagonistes et qui permet en peu de séances l'apparition de changements favorables dans un grand nombre de cas.

² "Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine générale" convention CNAMTS SFMG 1397/93



Méthodologie de maintenance de la CIM 10

Dr Jean-François Noury (PERNNS¹)

Les travaux à réaliser par le PERNNS comportent "l'élaboration d'une modification de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'OMS² permettant l'emploi de codes "étendus" par des caractères supplémentaires".

L'extension de codes de la CIM 10 a deux objectifs :

- satisfaire les besoins de l'indexation documentaire dans les domaines de l'enseignement et de la recherche.
- faire évoluer la classification des GHM

Le motif essentiel du peu d'évolution de la classification des GHM³ entre ses versions 0 et 3 est l'absence d'évolution de la CIM9. La seule extension existant en langue française, l'HCIMO⁴, ne respectait pas toujours la "racine CIM" des codes, ce qui constituait un obstacle rédhibitoire à son emploi.

Dans le cadre de la version 4, des extensions de codes ont vu le jour pour :

- prendre en compte la notion de "CMA⁵ sévère" (CMAS),
- créer les CMD⁶ de l'infection par le VIH⁷ et des traumatismes multiples graves.

MÉTHODOLOGIE

Cadre général

On pouvait envisager a priori deux méthodes d'extension. La première se fondait sur un existant international : les classifications par spécialité élaborées à partir de la CIM 10 dans divers pays. La seconde faisait le choix d'une complète autonomie nationale.

L'avantage de se fonder sur les classifications par spécialité était de s'inscrire dans une démarche internationale, que l'on pouvait espérer génératrice d'homogénéité.

Mais des arguments plus nombreux plaidaient en sens inverse :

- les codes des extensions par spécialités utilisent des cinquième et sixième voire septième caractères. La création d'extensions nationales, pour l'évolution de la classification des GHM par exemple, avait donc toute chance d'imposer l'emploi d'un septième voire huitième caractère. Des extensions à des fins documentaires devraient, des lors, faire envisager des codes constitués d'au moins huit caractères. On imagine la difficulté du maniement de tels codes. la présence obligée de nombreux "blancs" en particulier, multipliant les risques d'erreur.
- en ce qui concerne plusieurs spécialités, on ignore si une extension internationale est préparée et, si elle est publiée, dans quelle mesure elle est susceptible d'être acceptée par les médecins français de la spécialité.
- l'apport de spécificités françaises à la CIM facilite son acceptation par les utilisateurs.

De plus il n'apparaissait pas certain que l'ensemble des classifications par spécialité dérivées de la CIM soit un modèle d'ordre et une garantie d'homogénéité... L'examen de la version anglaise de l'application de la classification internationale des Maladies pour les Dentistes et les Stomatologistes en est une illustration :

- elle emploie au niveau des quatrième et cinquième caractères une symbolique qui ne rend plus compatible le niveau quatre caractères du code :
- pour les fractures, le chiffre décrivant le caractère "ouvert" ou "fermé" est placé en sixième position, alors qu'il l'est en cinquième dans le fichier élaboré par le PERNNS. Ce choix est le bon au vu des lésions décrites par le cinquième chiffre car elles sont, pour la classification des GHM, purement documentaires, alors que le caractère "ouvert" ou "fermé" est classant. Mettre cette information en dernière position. C'est obliger l'ensemble des "codeurs", quelle que soit leur discipline, à avoir l'information nécessaire au codage documentaire pour atteindre le niveau classant.
- la totalité d'une catégorie n'étant pas reprise dans cette extraction, le sens du code du libellé de type "autre" n'a pas le même sens que dans la CIM 10.
- la subdivision d'un code ne comprend pas la totalité de son contenu.

Evolution de la CIM

Le PERNNS a préconisé une modification nationale de la CIM 10 et ce choix a été confirmé par le Comité consultatif et l'Etat.

Au plan technique, les règles suivantes ont été préconisées

- a) Une extension respecte toujours la "racine CIM", c'est-à-dire les quatre caractères du code CIM d'origine (trois caractères s'il s'agit de catégories non subdivisées).
- b) Chaque fois que la CIM propose un "caractère supplémentaire facultatif" il en est fait un cinquième caractère.
- c) Dans les autres cas, il ne peut être créé d'extensions (cinquième et sixième caractères) qu'en réponse à des besoins clairement identifiés et fondés, en rapport avec :

- l'évolution de la classification des GHM (exemple CMD de l'infection par le VIH),
- des demandes émanant des sociétés savantes.

En ce qui concerne ces dernières des critères d'acceptation sont nécessaires :

- le code résultant doit pouvoir être utilisé dans tous les établissements, quels que soient leur statut et leur taille (universitaire ou non, public ou privé),
- s'il existe plusieurs sociétés savantes dans une spécialité, ou si

la modification concerne plusieurs disciplines (urologie et gynécologie par exemple), un accord sur le code étendu doit être obtenu.

Lorsqu'un double codage "†/*" est concerné, lequel des deux codes étendre ?

a) Les codes "†" (étiologiques) ?

on risque de créer de la confusion en raison de la priorité donnée aux codes "*" pour le PMSI,

- le sens des codes "†" ne permet souvent que des regroupements fondés sur la cause des maladies alors que ce sont en général les manifestations qui déterminent les soins,

- tant que le code "*" est en diagnostic principal en cas de double codage de celui-ci, de nombreuses modifications, faites pour l'amélioration de la classification, seront sans effet si la subdivision est réalisée au niveau du code "†".

b) Les codes "*" (de manifestation) ?

Ils sont peu nombreux (quatre vingt trois catégories) donc regroupants et peu précis. On accroîtrait leur précision en les subdivisant mais leur petit nombre limite les possibilités.

Faut-il conserver la règle de la priorité de l'astérisque sur la dague et sur lequel des deux axes faut-il faire porter les extensions des codes sachant que :

- l'appauvrissement de l'axe "*" dans la CIM 10 limite les possibilités d'évolution de la classification fondées sur lui,

- l'extension américaine de la CIM 10 qui intégreront les classifications de type DRGs privilégiera l'axe étiologique si la classification des GHM a vocation à accroître son autonomie elle ne doit pas s'interdire de bénéficier ou d'au moins pouvoir tester, les évolutions des classifications dont elle est issue,

- on peut se demander si la définition du DP ne remplace pas avantagement la règle applicable au double codage en étant aussi efficace pour décrire la prise en charge sans faire naître les incohérences décrites plus haut.

L'ajout d'un cinquième (ou sixième) caractère supprime-t-il l'utilisation du code "père" ?

Si on décide d'interdire l'utilisation d'un code "père" quand on crée des codes "fils", il faut que le niveau de subdivision créé soit autonome, c'est à dire que la ou les créations faites soient complétées par un .8 (autre affection) ou un .9 (sans précision) selon le sens du libellé "père". Dans tous les cas, ce dernier libellé est redondant avec le libellé "père", ce qui est une difficulté de gestion puisqu'on a deux libellés identiques (ou quasiment identiques hors contexte) avec deux codes différents.

Dans le cadre de l'ICD 9 CM. les codes "pères" sont systématiquement supprimés quand il y a création de codes "fils". Dans

le cadre de l'HCIMO. on constate que les créations spécifiquement "belges" ne sont pas complétées par un tel code, et que c'est le code "père" qui est utilisé en l'absence d'information permettant l'utiliser le code "fils".

La solution utilisée dans l'ICD 9 CM est la meilleure quand il s'agit de création destinées à l'amélioration de la classification des GHM, mais la solution HCIMO est plus adaptée aux créations demandées par les sociétés savantes quand l'objectif est documentaire. Il paraît en effet difficile d'obliger les codeurs d'une spécialité à utiliser le niveau le plus détaillé d'une discipline qui ne les concerne pas. Dans ce deuxième cas, on pourrait garder la rigueur d'un niveau autonome et permettre l'utilisation du code "père" dans les tables de la classification des GHM.

Dans la version 4 de cette classification. la possibilité d'utiliser le code "père" n'est pas une conséquence des subdivisions proposées, mais une possibilité offerte aux établissements qui ne peuvent utiliser la CIM 10 que sur un format de quatre caractères pour la saisie des codes.

Un dernier niveau classant devrait interdire toute utilisation du ou des codes "pères", alors qu'un dernier niveau documentaire permettrait d'utiliser le ou les codes pères.

Les arguments exposés ci-dessus ont fait l'objet de propositions au Comité consultatif du PERNNS qui a arrêté les règles suivantes :

- le PERNNS a la maîtrise des extensions concernant les cinquième et sixième positions,
- de façon générale. le cinquième caractère est réservé à l'amélioration de la classification et le sixième à la description à visée documentaire : si nécessaire. les deux sont à la disposition du PERNNS pour l'amélioration de la classification,
- pour les sociétés savantes qui souhaitent voir leurs demandes d'extension intégrées et diffusées. le PERNNS travaillera avec elles jusqu'à l'obtention d'un document validé,
- les positions situées au-delà du sixième caractère sont à la libre disposition des sociétés savantes.

1 Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé.

2 Organisation Mondiale de la Santé.

3 Groupes Homogènes de Malades.

4 Adaptation hospitalière de la Classification Internationale des Maladies et des Opérations.

5 Complications et Morbidités Associées.

6 Catégories Majeures de Diagnostic.

7 Virus de l'immunodéficience humaine.



Société française médecine générale

Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale

(Documents de recherches n°47/48, décembre 1996)

Actes et Fonctions du Médecin Généraliste dans leur Dimensions Médicales et Sociales

(Document de recherche n°45, juin 1997 réédition)

Nom : prénom : adresse :

code postal : ville : téléphone :

fax :

Je commande exemplaire(s) du Dictionnaire des résultats de Consultation en Médecine Générale, au prix de **200 francs l'exemplaire.**

Je commande exemplaire(s) du Actes et Fonctions du Médecin Généraliste, au prix de **130 francs l'exemplaire.**

Le montant total de ma commande est de : francs.

Je joins à ce bon de commande un chèque de francs, du montant total de ma commande.

Bon de commande à renvoyer :

SFMG, 27 bd Gambetta, 92130 ISSY LES MOULINEAUX

Tél. : 01.41.90.98.20 - Fax : 01.41.90.98.21

(Une facture acquittée vous sera renvoyée avec votre commande)

Je désire recevoir une information sur la S.F.M.G. Oui Non

bulletin d'adhésion à la SFMG • 27, Bld Gambetta - 92130 Issy les Moulinaux

Nom : prénom : adresse :

code postal : ville :

téléphone : fax : E-mail :

renouvellement

souhaite adhérer à la Société Française de Médecine

m'abonner de "La Lettre de la Médecine Générale"
avec les suppléments "Documents de Recherches en Médecine Générale"
(adhérents **200 F** autres **400 F**)

et verse ci-joint sa cotisation pour 1997 soit :

Membres associés (1) **700,00 FF** soit **500 F + 200 F**

Etudiants (1) **300,00 FF** soit **100 F + 200 F**

Membres titulaires (1) (2). **1000,00 FF** soit **800 F + 200 F**

(un justificatif vous sera adressé pour la déduction fiscale)

Le : Signature :