

G.R.E.T.E.C
*Groupe de
Recherches
Epidémiologiques
Taxinomiques et
Cliniques*

**LE MANAGEMENT DES TROUBLES DE SANTE
EN MEDECINE DE VILLE.
UNE GESTION RAISONNEE DE LA SCENE DU DANGER**

**Structure fine de 49 cas choisis au hasard
en médecine libérale**

*Rapport d'une étude menée à la demande de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France*

Juin 2002

Auteurs :

Dr Oscar Rosowsky
Dr Jérôme Andral
Dr Jacques Cittée

G.R.E.T.E.C.
71, Bd Paul Vaillant Couturier
94240 L'Haÿ-les-Roses
Tél./Fax : 01 46 65 86 86
E-mail : gretec@tiscali.fr

Edité avec le soutien de
M. Gérard de Pouvourville
C.R.E.G.A.S.
U 537 INSERM
94276 Le Kremlin-Bicêtre

RESUME

Les changements que connaît notre système de soins sont de grande ampleur. L'implication croissante des problèmes de santé dans la vie économique et sociale débouche sur des tensions et des attentes exogènes d'où résulte, pour les producteurs de soins, l'injonction de rendre visibles le contenu et le produit de leur activité. Cette étude s'est proposée de mettre en évidence le management des dangers et risques d'évolution grave évitable qui s'effectue à l'occasion des soins donnés aux troubles de la santé traités au quotidien, c'est-à-dire sous la contrainte du mode discontinu de surveillance qui est commun à l'ensemble du secteur ambulatoire des soins médicaux. Pour ce faire, elle a mis en œuvre un concept diagnostique, élaboré par l'épidémiologiste R.N. Braun, qui comporte une ouverture graduée sur un ensemble d'alternatives possibles sur le moment.

En effet, à côté de ce qu'on pourrait appeler le diagnostic clos, celui où l'étiologie des troubles a été complètement établie, d'autres résultats diagnostiques restent ouverts pour autant que le médecin ne dispose pas de données complètement établies et qu'il peut néanmoins faire la liste précise des dangers présents. Au terme d'une seule consultation, toutes les données de la certitude étiologique sont rarement disponibles, alors que sont déjà présents les dangers et les risques d'évolution grave sous-jacents. Par conséquent, si le médecin considère que la surveillance continue de type hospitalier et la gestion tous azimuts de ces risques en attendant l'aboutissement du diagnostic étiologique complet ne s'imposent pas, en d'autres termes, s'il considère que l'hospitalisation n'est pas adéquate, il est contraint de laisser la situation diagnostique ouverte, mais aussi d'agir en fonction du bilan des alternatives présentes.

Ce concept de résultat diagnostique ouvert débouche sur une classification de « scènes du danger » conduite par R.N. Braun. Les « cas » sont identifiés avec précision et sont mutuellement exclusifs entre eux en raison de leur méthode statistique de construction au très long cours. La version française, la Casographie, comporte une adaptation à la Classification internationale des maladies 10^e Révision.¹

Le test d'application de la Casographie par deux praticiens généralistes et six spécialistes libéraux, exerçant en Ile-de-France, à 49 résumés de leurs consultations choisies au hasard, a révélé chez tous ces praticiens la présence constante de cette gestion raisonnée des risques. Celle-ci ne conteste pas le codage de la morbidité lorsqu'il résulte d'une démarche complète d'identification étiologique, mais identifie les situations pathologiques que le médecin assume avant et après un éventuel diagnostic étiologique complet. Il se confirme aussi que le cadre d'application de la Casographie déborde le cadre de la pratique quotidienne des généralistes en fonction de laquelle l'outil taxinomique a été construit au départ. La recherche sur le terrain a vérifié la faisabilité de sa classification et de son codage par des praticiens de ville, généralistes et spécialistes réunis.

Une lacune est comblée et une voie nouvelle est ouverte qui fait apparaître un segment professionnel crucial du service médical rendu par le travail intellectuel du médecin dans le secteur ambulatoire : réaliser, à l'occasion des troubles de la santé soignés au quotidien, le mode de repérage empirique des dangers et des risques de maladie et leur prévention. Ce qui semblait un effet implicite et insaisissable de routine préventive devient, par la forme et par la qualité de sa classification, une donnée qui peut être archivée, complétée de séance en séance, communiquée au réseau des soignants et, le cas échéant, au patient.

Mots clés : Médecine de ville – Risque – Casographie – Morbidité – Polypathologie – Classification – Scène du danger

¹ Adaptation conduite dans le cadre d'un CRI-INSERM - Groupe IMAGE-ENSP. 1994-2000.

Entre mai et octobre 2000,
dix médecins libéraux, généralistes et spécialistes,
exerçant en Ile-de-France,
ont accepté de relever chaque mois
les données de la consultation d'un patient,
choisi par randomisation,
et de participer à une étude descriptive
du service médical rendu en ville
par la gestion des troubles de la santé et de leurs risques.

*Ensemble, nous avons sondé modestement
l'effet révélateur d'un nouvel outil de classification
des troubles de santé et risques de maladie de
« fréquence régulière en ville », maintenant
disponible en langue française, la « Casographie ».*

*Nous tenons à remercier tous nos confrères
qui ont été à la peine dans cette observation
exploratoire et l'URML Ile-de-France pour la
confiance qu'elle nous a consentie.*

*L'équipe GRETEC**

* GRETEC est l'acronyme de Groupe de Recherches Epidémiologiques Taxinomiques et Cliniques.

Comment ne pas exprimer notre gratitude au groupe des praticiens de ville qui ont accepté de réaliser avec nous cette réflexion commune, ayant toujours à l'esprit les faits concrets et les responsabilités assumées par eux au moment de la séparation d'avec un patient qui va quitter le cabinet médical.

C'est dire combien ce rapport doit aux docteurs Ariane Bret-Bollaert, Patrick Chevalier, Alain Genet, Richard Hanlet, Irène Kahn-Bensaude, Dominique Lanty, Agnès Morio, Jean-Claude Marquer, Claude Regensberg et Marx Toledano.

Nous remercions pareillement le Docteur Gérard Zeiger dont la disponibilité ne s'est jamais démentie à la présidence de sa Commission des conditions d'exercice et tout au long de notre travail.

Nous souhaitons également rendre hommage à

Monsieur Gérard de Pourville directeur du CREGAS INSERM U 537 pour son soutien à notre projet et nous remercions Martina Merz, collaboratrice scientifique à l'Observatoire Science Politique Société de l'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, qui a bien voulu nous faire part de ses remarques constructives à la lecture de ce travail.

La mise en forme finale de ce rapport a été réalisée grâce à l'amicale contribution de Madame Brigitte Bonnin.

SOMMAIRE

En exergue	5
CHAPITRE 1 - L'objectif de ce rapport	9
CHAPITRE 2 - Introduction : contexte	11
2.1. Pourquoi cette étude ?	11
2.2. Le contexte général	12
2.3. A quelle question le présent rapport veut-il fournir une réponse ?	13
2.4. Pourquoi l'Union régionale des médecins libéraux ?	13
2.5. Dans quelles perspectives ?	14
CHAPITRE 3 - Mise en situation du lecteur dans l'étude	
Le concept de « cas selon R.N. Braun » - La « Casugraphie »	17
3.1. Brève présentation du concept de « cas » selon R.N. Braun	17
3.1.1. La hiérarchie des urgences et la gestion du risque en position diagnostique « ouverte »	17
3.1.2. La « scène du danger et des risques d'évolution grave évitable » en situation de « certitude étiologique indisponible sur le moment »	21
3.2. La Casugraphie	23
CHAPITRE 4 - La méthodologie	27
4.1. Le contexte	28
4.2. Le panel des praticiens investigateurs	28
4.3. Le principe expérimental	29
4.4. La collecte des données	31
4.5. Les données	33
4.5.1. Les données quantitatives	33
4.5.2. Les données qualitatives	33
CHAPITRE 5 - Le gain quantitatif dans la représentation du service médical rendu	35
5.1. Le matériel élaboré par les médecins du panel	35
5.2. Nombre de troubles de santé distincts à l'examen des données présentes dans les résumés de consultation	36
5.2.1. Nombre de formulations diagnostiques spontanément annoncées par les médecins selon leur mode habituel	36
5.2.2. Somme des troubles de santé distincts au regard des dangers et des risques maladie, après reformulation diagnostique des données médicales du résumé de consultation à l'aide de la Casugraphie	37
5.2.3. Nombre des troubles de santé distincts, constatés comme <u>traités</u> , au sens de <u>décisions</u> spécifiques à visée thérapeutique et/ou diagnostique, parmi les 118 troubles de santé constatés comme pris en considération au titre de leurs dangers et risques pour la santé	38
5.3. Commentaires sur le gain quantitatif de représentation du service médical rendu	39

CHAPITRE 6 - Le gain qualitatif dans la représentation du service médical rendu et dans sa communication	41
6.1. Le plan d'analyse	41
6.1.1. Les tableaux récapitulatifs des troubles de santé identifiés par leurs formulations diagnostiques	43
6.1.2. Les études de « cas »	46
6.2. Le devenir des formulations diagnostiques initiales, après la reformulation diagnostique des données à l'aide de la Casugraphie	47
6.3. Les résumés de consultation sans formulations diagnostiques additionnelles. Apport de la Casugraphie	51
6.4. Les résumés de consultation avec des formulations diagnostiques additionnelles. Apport de la Casugraphie	57
6.4.1. Analyse des formulations diagnostiques initiales reformulées	57
6.4.2. Analyse des formulations diagnostiques additionnelles	59
6.5. Les résumés de consultation dépourvus de tout diagnostic « habituels ». Apport de la Casugraphie	78
6.6. Au cœur du management de la santé en ville, une scène du danger ouverte au dépistage et à la prévention	86
 CHAPITRE 7 - Le gain d'information sur les décisions et sur leur cohérence	 89
7.1. Les décisions médicales : leur distribution en fonction des scènes du danger et des modes de leur gestion raisonnée en ville	90
7.2. Décisions médicales et prescriptions : une gestion raisonnée de la scène du danger. Etude des cas	94
7.2.1. Le management des maladies classiques, d'étiologie certifiée parce que complète en fin de séance (index D sur le tableau)	94
7.2.2. Le management des « tableaux de maladie » d'étiologie certifiée non disponible sur le moment (index C)	99
7.2.3. Le management des « signes et symptômes » d'étiologie non disponible sur le moment (index A/B)	102
7.3. La présence dans les pratiques de trois degrés d'ouverture diagnostique et les modalités du management	107
7.3.1. La présence des trois degrés d'ouverture diagnostique dans les pratiques médicales de notre échantillon	108
7.3.2. Les modalités de management des soins dans les trois groupes de degré d'ouverture diagnostique	109
7.4. Liens entre les degrés d'ouverture des formulations diagnostiques et les trois modalités du management des soins	110
7.4.1. Les trois modalités du management constatées pour les « signes et symptômes » (A/B)	110
7.4.2. Les trois modalités du management constatées pour les « tableaux de maladie » (C) retenus comme résultats diagnostiques	112
7.4.3. Les trois modalités du management constatées dans le groupe des « diagnostics certifiés » (D), retenus comme résultats diagnostiques	114
7.4.4. Sous la contrainte des surveillances discontinues en ville, une cohérence des prises en charge des troubles de la santé	115

CHAPITRE 8 - Discussion	117
8.1. Le projet	117
8.2. Le sujet	117
8.3. La méthode	119
8.4. La faisabilité	120
CHAPITRE 9 - Les perspectives	121
9.1. A court terme	121
9.2. A moyen terme	122
9.3. A plus long terme	123
CHAPITRE 10 - Conclusion	125
BIBLIOGRAPHIE	129

ANNEXES

ANNEXE 1

Définitions et codes des « scènes du danger » selon la Casographie retenues pour les études de cas du chapitre 6

ANNEXE 2

Liste des troubles de la santé identifiés dans l'étude, relevés et classés selon la Casographie et leur codage adapté à la CIM 10^e Révision

EN EXERGUE

Dans les 49 histoires de consultation « en ville », choisies au hasard, qui forment notre ensemble de cas :

Médecine générale	16
Angiologie	9
Pédiatrie	6
Gynécologie	6
Chirurgie	5
ORL	4
Cardiologie	3
=	49

Le nombre de formulations diagnostiques traditionnelles retenues par les médecins traitants fut de

55

MAIS

Le nombre de troubles de santé distincts explicitement traités, c'est-à-dire pris en charge diagnostique et/ou thérapeutique sur prescription, était de

110

MAIS

Le nombre des dangers avérés et des facteurs de risques possibles pour la santé que nous avons trouvé notés par les médecins traitants au vu de leur classification selon la Casographie, et gérés « de facto », s'est révélé de

118

Les diagnostics habituels à visée étiologique, émis par les médecins de ville dans leurs résumés de consultation, ne rendent pas pleinement compte du service médical rendu *dans le cadre de la surveillance discontinuée* qui détermine leur pratique.

Il s'agit souvent de stades diagnostiques pour des problèmes de santé où une étiologie certaine et complète n'est tout simplement pas disponible sur le moment.

Pourtant le médecin se doit d'agir, répondre à la demande de soins légitime du malade. Mais, dans ces circonstances, cela signifie diagnostiquer chaque fois, raisonnablement, la présence ou non d'une hiérarchie des urgences d'un type particulier afin de la gérer sur le moment. En effet, à ce stade, le résultat de la démarche diagnostique ne répond pas aux dangers d'une unique maladie d'étiologie connue. Il doit révéler *l'ensemble* des différents dangers d'évolution grave évitable liés aux maladies qui peuvent être concernées par les manifestations du problème de santé dont le médecin assure la charge *hic et nunc*.

Cette séquence prospective du service rendu par l'acte intellectuel du médecin est importante en toute circonstance, parce que, au-delà des dangers déjà identifiés, elle assure la prise en considération des aléas autres qui sont encore possibles en l'état incomplet des données disponibles. *En fonction d'un malade qui va échapper à la surveillance directe du médecin*, cette séquence diagnostique de la gestion du risque pour la santé devient décisive. Notre étude montre comment la Casographie de R. N. Braun, classification des troubles de santé et risques maladie de fréquence régulière en ville, répond à ces besoins sur le terrain.

- Du point de vue du médecin traitant, la Casographie permet l'identification raisonnable et la classification de ses décisions diagnostiques lorsqu'elles ne sont réalistes que par leur degré d'ouverture (par opposition aux diagnostics clos sur une maladie scientifiquement certifiée). Ainsi, les voies de la réflexion sur tous les diagnostics possibles sous-jacents restent libres. Cette classification représente une avancée performante dans la documentation du dossier médical, voire une aide éventuelle à la décision. Adaptable à la Classification internationale des maladies, elle sert la transmission précise des connaissances sur la situation diagnostique réelle d'un problème de santé entre médecins des différentes disciplines coopérant aux soins en ville et à l'hôpital.
- Du point de vue de la profession, la mise en évidence du travail de dépistage diagnostique des risques maladie lors des troubles de santé soignés au quotidien, lève un grave obstacle à la description objective des processus de prise en charge. Elle permet de réfuter l'argument rituel de l'insuffisance des outils de description qui sert de prétexte constant à l'absence de réévaluation du travail intellectuel fondamental du médecin en ville et des conditions de pratique qui lui sont concédées.
- Du point de vue des scientifiques, des gestionnaires et des tenants de la médicalisation du système d'information, on pourra voir comment les données nouvelles sur la gestion des risques de maladie au quotidien doivent être prises en compte pour l'amélioration de l'allocation des ressources de soins dans notre pays.
- Du point de vue des patients, s'il se développe chez eux une demande de participation à l'investissement dans leur santé et à la gestion de leurs prises de risque par l'accès au dossier, les données nouvellement disponibles pourraient leur servir d'aide à la compréhension concrète des problèmes qui se posent.

Nous exposons un gain d'information
sur des aspects importants du service médical rendu en ville.

Nous pratiquons un coup de sonde visant à explorer
la prise en charge implicite des risques pour la santé,
lors des soins médicaux en situation de surveillance discontinuée.

Il s'agit de l'étude d'une série de cas
essentiellement consacrée à l'interprétation des faits observés,
sans prétendre à une signification statistique.

Ce rapport est structuré pour deux lectures différentes

On peut lire tous les chapitres à la suite.

Mais

la recherche et ses résultats prennent appui sur un ensemble de 49 cas cliniques qui donnent une prise directe sur les choses intimes de la pratique médicale.

12 « études de cas » proprement dits, au sens de la casuistique médicale, forment le chapitre 6.

49 résumés des décisions prises forment le chapitre 7.

Pour un œil médical exercé, il y faut déjà du temps. Pour un lecteur moins qualifié, une relecture peut être nécessaire. Cependant, il s'agit non d'une voie annexe, mais d'un indispensable accès personnel à l'entendement des faits.

Aussi peut-on lire les chapitres 1 à 5, puis 8 à 10, sans entrer dans la lecture des exemples qui forment les chapitres 6 et 7, et s'attacher à tout ou partie de ces exemples en seconde lecture.

Enfin, le lecteur contraint par le manque de temps pourra se faire une première idée succincte sur la nature de cette recherche par l'examen des seuls chapitres 1, 3, 5 et 10. La lecture d'une étude de cas exemplaire (pages 61 à 64) pourra illustrer la gestion empirique du risque et sa possible classification.²

² Les pages correspondantes sont signalées au lecteur par la présence dans la marge d'une bande grisée.

CHAPITRE 1

L'OBJECTIF DE CE RAPPORT

La prévention des évolutions graves évitables de toute maladie et le processus pronostique font partie intégrante des fonctions médicales depuis l'antiquité. Le médecin s'efforce de répondre à cette attente par son activité curative vis-à-vis des dangers avérés et par son activité préventive vis-à-vis des facteurs de risque. Mais, au stade des premiers contacts, ou en attendant la progression du processus diagnostique, lorsque d'importantes données causales ne sont pas disponibles, la gestion des risques d'évolution grave évitable d'un trouble de santé présenté au médecin reste encore peu connue dans ses fondements et ses modalités. Par conséquent, cette phase des soins et cette importante fonction de la gestion des risques pour la santé restent injustement implicites dans les démarches générales des praticiens et l'évaluation du service médical rendu, alors que grandissent l'attention et la demande qu'elles suscitent.

On sait en effet de longue date que « l'homme moyen » d'aujourd'hui connaît dans sa vie plusieurs centaines de troubles de santé, dont environ deux par an parviennent jusqu'au médecin. En plus, l'homme vit quotidiennement des anomalies banales de toutes sortes que le porteur ne prend pas en considération de façon habituelle, mais que tout interrogatoire met aussitôt en évidence. Se pose alors un problème concret. L'assurance maladie garantit le droit de soins à tout trouble de la santé ; en conséquence, elle a donné à toute expression de la souffrance un caractère endémique. Ici plusieurs données s'enchaînent. Commençons par les « petites misères de la vie ». Un rapport de recherche INSERM des sociologues Pierre Aiach et Dominique Cébé, a établi que, du point de vue des conduites effectives des assurés, pour 40 % des anomalies « rien n'a été fait », pour 31,5 % un médicament a été pris en « automédication », et pour 14 % il a été fait appel à « une meilleure hygiène de vie ». Finalement, 6 % seulement de ces troubles ont fait consulter un médecin³. Ainsi, la faible fraction de ces troubles qui sont présentés au médecin prend la signification d'une décision délibérée qui exige attention.

Du point de vue du médecin qui est interpellé, il convient de répondre à la fois à la demande de soins légitime du patient « même pour les petites misères de la vie », et à celle, tout aussi légitime, de protection vis-à-vis des risques d'évolution grave évitable. Or, le plus souvent, à ce stade de la prise en charge, les troubles de la santé ont la forme de ce qu'on qualifie maintenant en épidémiologie clinique de « données fluides »⁴. Ce sont des données qui sont difficilement observables (ou pas du tout), difficilement mesurables (ou pas du tout) et non classifiables de prime abord. En administration de la santé et en recherche évaluative on les appelle aussi « données qualitatives ».

³ P. AIACH, D. CEBE. Symptomatologie et conduites de maladie. INSERM U 240 et 164. 1982

⁴ M. JENICEK, R. CLEROUX « Epidémiologie clinique. Clinimétrie ». Edisem, Québec - Maloigne, Paris, 1985 ; et M. JENICEK « Casuistique médicale ». Edisem, 1997.

A cet égard, nous disposons maintenant de la Casographie⁵, une classification des troubles de santé et risques des maladies de fréquence régulière en médecine générale de ville. Cet outil est constitué de 306 situations cliniques dénommées « cas », qui se présentent sous la forme d'entités mutuellement exclusives. Chaque « cas » est caractérisé par son ouverture sur un ensemble particulier de risques d'évolution grave évitable, concurrents quant à leurs données causales, tels qu'ils se présentent souvent au médecin lors des premières rencontres, ou lors de la surveillance médicale discontinue, au vu des seules données disponibles sur le moment.

Il s'agit du service médical rendu en amont de diagnostics clos par le constat ou l'exclusion de maladies causales identifiées avec certitude.

Cette classification a été validée par l'équipe du GRETEC⁶, dans le cadre d'un vaste ensemble de recherches sur les outils de description de l'activité de soins conduites, entre 1994 et 1999, au Groupe IMAGE, laboratoire de recherches de l'Ecole nationale de santé publique. Cette validation nous a permis de formuler l'hypothèse que la variable indépendante, celle qui détermine l'évolution des autres variables de la classification en fonction des risques d'évolution grave évitable, est relative à la nature discontinue de la surveillance médicale des troubles de santé qui caractérise la pratique de ville, par opposition à la surveillance continue en établissement de soins. Aussi, avons nous considéré que le concept et l'outil pouvaient aussi trouver des applications utiles dans d'autres disciplines médicales que celle du généraliste pour l'étude du service médical rendu en ville par la gestion des risques pour la santé.

La série de « cas », dont il nous a été donné de sonder les données à l'aide de la Casographie et des praticiens du groupe d'étude de l'URML Ile-de-France, a confirmé le gain de connaissances escompté sur la nature et la portée de la prévention implicite des risques pour la santé, à l'occasion des soins médicaux délivrés en ville sous surveillance discontinue par les praticiens généralistes et spécialistes. Nous soumettons au lecteur ces premiers résultats et les interprétations proposées pour les faits observés et leurs diverses modalités. La prise en main du concept et de l'outil par les praticiens du groupe d'études n'a révélé aucune difficulté imprévue. En conclusion, est évoquée la place de ce nouveau type de travaux dans les mutations en cours de la pratique médicale et du système de santé.

⁵ « Observation de la pathologie en médecine générale. La Casographie. Le concept de « cas » selon R.N. Braun dans la gestion du risque en situation diagnostique « ouverte ». Adaptation à la Classification internationale des maladies CIM 10^e Révision ». Contrat de recherche CRI-INSERM. Groupe Image - Ecole nationale de la santé publique, 1999.

L'adaptabilité à la CIM 10 a bénéficié du concours du Dr Louis Brunel de la Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie de l'AP-HP de Paris. La classification a été élaborée dans des conditions historiques de rigueur épidémiologique et taxinomique par l'épidémiologiste autrichien R.N. Braun et publiée par les soins de F.H. Mader sous le titre de « *Kasographie. Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis* (Landolt Théus P., Danninger H., Braun R.N.) Ed. Kirchheim Mainz 1992, réédition 1994. R.N. Braun a validé à son tour la mise en forme française et les développements réalisés par les chercheurs français restés au contact de tous ses travaux depuis 1973 sans interruption.

⁶ O. Rosowsky, J. Andral, J. Cittée.

CHAPITRE 2

INTRODUCTION : CONTEXTE

2.1. Pourquoi cette étude ?

Au départ, se trouve l'innovation de R.N. Braun, un épidémiologiste de l'université de Vienne, dont les travaux de classification statistique des troubles de santé aux premières lignes médicales de l'assurance maladie sont hors du commun par la rigueur méthodologique, par la pénétration et par la continuité épidémiologique avec lesquelles ils ont été conduits depuis 1945. Leur aboutissement, intitulé *Kasugraphie*, a été publié en 1992, et réédité en 1994. A cause de sa brûlante actualité, il a été récemment traduit par nos soins et publié sous le titre de « *La Casugraphie. Le concept de « cas » selon R.N. Braun dans la gestion du risque en situation diagnostique « ouverte » Adaptation à la CIM 10* ».

A ce jour, en effet, seul le résultat final du travail diagnostique est vraiment défini, classifié et codifié par les sciences médicales. On parle de maladies, entités considérées dans leurs manifestations, leur évolution, et définies par une cause initiale certifiée. On mise sur la recherche préalable de toutes les causes possiblement sous-jacentes, avec la tâche de les exclure toutes sauf une, qui sera retenue comme probante à la fin de l'épisode de soins. Alors, et alors seulement, la décision diagnostique peut, à ce stade récapitulatif de certitude, être soumise à classification par la CIM 10. Quant au mode de classification des situations porteuses de potentiels diagnostiques multiples et de dangers concurrents à l'issue des premiers contacts, et en attente de l'achèvement du processus de certification des causes, il reste encore, même en établissement de soins, à l'état d'objet d'étude dans de nombreuses circonstances et disciplines médicales.

Dans le contexte hospitalier, la gestion tous azimuts des dangers par la surveillance continue assume la charge de répondre aux risques d'évolution grave évitable de ces phases de certitude étiologique incomplète. Cette procédure est très lourde et connaît, on le sait, de nombreuses et importantes limites et risques spécifiques. Dans le secteur ambulatoire également, à l'issue de chaque séance de consultation, toutes les données de la certitude complète quant à l'étiologie exacte sont rarement disponibles sur le moment. Mais, en ville, la surveillance est discontinuée. Le médecin est alors contraint d'assumer, sur le moment et pleinement, toute la prospective d'une situation médicale caractérisée par la possibilité de dangers masqués. Même dans les « cas » favorables où les risques de dangers masqués sont faibles, ils ne sont jamais nuls. Il revient donc au médecin la charge incontournable d'assumer le risque, « en pointillé », hors de sa vue en attendant, là où il faut, la preuve étiologique.

Quant à la classification de ces situations diagnostiques, il convient d'insister sur le fait que les règles et directives pour le codage diagnostique des « affections soupçonnées, des symptômes et résultats anormaux » de la Classification internationale des maladies ne sont pas adéquates.

En effet, ces règles disposent que : « Si, à la fin d'un épisode de soins, l'affection principale est toujours qualifiée de suspecte, douteuse, etc., et s'il n'y a pas d'autres informations ou explications, le diagnostic suspecté sera codé comme s'il était certain ». Mais, en situation de surveillance discontinuée, le médecin ne saurait attendre la fin d'un épisode de soins pour gérer les dangers et les risques du problème de santé dont il a la charge en fin de consultation !

Le « cas » selon R.N. Braun désigne l'aboutissement de l'effort diagnostique pour identifier et délimiter de façon réaliste un trouble de santé, lors des premières prises en charge d'un patient en ville, ou bien lorsque d'importantes données étiologiques ne sont pas, ou pas encore, disponibles sur le moment. Il s'agit de la présentation aussi complète que possible de la scène du danger. En effet, comme le souligne R.N. Braun, il faut disposer d'un moyen de description légitime qui reconnaît « l'établissement d'un diagnostic au moment de la première prise en charge, (lequel) comporte normalement des risques d'évolution grave évitable, quand on se trouve en présence d'un tableau typique pour lequel l'hospitalisation ne s'impose pas, mais qui, exceptionnellement, peut être celui sous lequel se présentent fallacieusement des maladies à évolution dangereuse nécessitant une thérapie d'urgence ».⁷

La classification des « cas » de R.N. Braun réalise la mise en évidence et la représentation précise de la décision diagnostique qui prend appui sur celles des données qui sont toujours disponibles et sur le dénombrement des maladies possiblement concernées, dont l'ensemble est caractéristique de chacun de ses « cas ». Par là s'opère, pour chacun des « cas », la représentation standard de l'ensemble des risques éventuels d'évolution grave, concurrents en fonction de leur urgence sur le moment dans le cadre des « séances » discontinues de la médecine de ville. La Casographie a été ajustée avec une grande précision à la Classification internationale des Maladies 10^e Révision dans le cadre d'un contrat de recherche INSERM – ENSP.

Ce nouveau mode de description des troubles de santé, d'abord élucidé dans le cadre de la médecine générale, marque un tournant dans l'identification d'un travail intellectuel du médecin, qui est fondamental et particulier, mais méconnu, alors qu'il intéresse, on le verra, aussi bien les médecins généralistes qu'un bon nombre de médecins spécialistes exerçant en ville.

2.2. Le contexte général

Aujourd'hui, deux axes de changement de grande ampleur des perspectives dans la problématique médicale et dans celle de l'assurance maladie viennent corroborer l'actualité et le poids croissant de cette activité intellectuelle du médecin qui conditionne la faisabilité de la gestion du risque des maladies au quotidien.

Sur un premier axe d'évolution des perspectives et des mentalités, les chercheurs des sciences du danger nous signalent que « nous connaissons actuellement une profonde transformation dans la perception que nous avons des risques auxquels la société fait face. Alors que le terme de *risque* désignait jusqu'à présent l'évaluation mesurée d'un danger, le risque s'introduit désormais comme une menace imperceptible et insaisissable parce que non mesurable par une méthode scientifique reconnue ».⁸ Et un autre chercheur de renchérir : « dans le modèle de demande de sécurité que présente cette communication, l'individu considère l'investissement dans sa santé comme un des facteurs entrant dans la production de sa sécurité, au même titre que la gestion de ses prises de risque ou que la souscription d'une assurance ».⁹

⁷ R.N. Braun « *Pratique critique et enseignement de la médecine générale* ». Payot 1979, rééd. 1987. Préfacée par O. Rosowsky, il s'agit de la traduction française d'un manuel intitulé « *Lehrbuch der Allgemeinpraxis* » publié par R.N. Braun en 1970. Ed. Urban & Schwarzenberg. München, Berlin, Wien.

⁸ Christian Gollier « *Pour une sélection intelligente des efforts de prévention : une analyse économique du danger* ». Introduction aux Cindyniques. Ouvrage collectif sous la direction de Jean-Luc Wybo. ESKA 1998.

⁹ Georges Menahem, chercheur au CREDES-CNRS « *Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie* ». Working Paper, Mars 2000, n'engageant que l'opinion de son auteur.

Sur le second axe de changement des perspectives dans le système de soins, se trouve le fait que, sous la pression formidable de ses exploits innovants, la médecine hospitalière doit se consacrer de plus en plus exclusivement aux soins médicaux très lourds pour lesquels la surveillance médicale continue est une condition *sine qua non*. Aujourd'hui, de nombreuses raisons convergent pour dire que l'importance du secteur ambulatoire dans le service médical rendu au sein du système de soins est destinée à croître rapidement. En effet, dans la mesure où les ressources nécessaires à l'hôpital sont de plus en plus coûteuses à mettre en œuvre, elles doivent être rationnellement affectées. Dès lors, les fonctions de l'hôpital vont être de plus en plus réservées à l'usage intensif du plateau technique et du transfert du potentiel de connaissances fondamentales constituées par les équipes hospitalières. La médecine ambulatoire toute entière verra donc grossir, par voie de conséquence, l'ensemble de ses tâches curatives, mais aussi celles si particulières de la gestion, en ville et au quotidien, des risques d'évolution grave évitable des maladies. Les investissements en moyens de pratique, de recherche et de pédagogie qui lui seront consentis pour assumer ce transfert de responsabilités devront tenir compte de ces besoins nouveaux.

2.3. A quelle question le présent rapport veut-il fournir une réponse ?

Face à la complexité croissante des problèmes de santé et à leur implication grandissante dans la vie économique et sociale, le besoin de disposer d'une évaluation formalisée des risques et d'un ensemble de systèmes décisionnels aptes à en intégrer les résultats ne cesse de s'accroître, en médecine comme dans le domaine industriel. Nous proposons la Casographie pour la rigueur de la méthode statistique qui a présidé à sa construction sur le terrain et surtout pour la visée taxinomique¹⁰ où elle prend son origine. Elle réalise la classification des troubles de santé de fréquence régulière en ville, en fonction de la scène du danger et des risques d'évolution grave évitable qui sont impliqués aux stades de certitude étiologique non disponible ou relative.

Par là, la Casographie répond aux réalités de la pratique médicale en situation de surveillance discontinuée en ville. Elle ouvre la voie à une adaptation originale de la Classification internationale de maladies à des besoins chroniques de classification diagnostique dans la médecine ambulatoire et à cette nouvelle façon de voir les choses dont le besoin est pressant.¹¹

2.4. Pourquoi l'Union régionale des médecins libéraux ?

Dans le modèle général qui régit aujourd'hui la régulation du système de santé, la logique stratégique accorde une place déterminante aux comportements et décisions des producteurs de soins. Il se trouve que, dans le contexte français, les médecins libéraux sont à un tel point majoritaires dans tout le champ d'activité ambulatoire, qu'on est en droit de considérer que l'avenir de la médecine libérale en France est fortement corrélé à l'importance et à l'évolution du secteur des soins dits « de ville ». Ainsi, les Unions régionales des médecins libéraux se trouvent représenter à la fois la médecine libérale et, très significativement aussi, la pratique « en ville » dans notre modèle des soins médicaux.

¹⁰ « Taxonomie (ou taxinomie) : Etude théorique des bases, lois, règles, principes d'une classification ». Dictionnaire Le Petit Robert.

¹¹ Cette adaptation se fait par une augmentation de la résolution de l'outil de classification d'où résulte une définition accrue de l'image.

Par là, ce travail s'intègre dans les missions des Unions définies par la loi pour l'analyse des besoins médicaux et pour l'évaluation des comportements et des pratiques en vue de la qualité des soins. L'enrichissement des connaissances sur le service rendu en ville vient alors à l'appui du développement des moyens de recherche et de pratique qui lui sont indispensables.

L'Ile-de-France comporte une concentration hospitalière particulièrement importante toutes spécialités confondues. Par ailleurs, 25 000 médecins libéraux de toutes disciplines médicales exercent dans la région. On est en droit de formuler l'hypothèse que les spécificités des pratiques « en ville » doivent donc s'y rencontrer avec une fréquence significative.

2.5. Dans quelles perspectives ?

Selon une jolie formule proposée par Gérard de Pouvoirville « La crédibilité du secteur des soins de ville se joue à un double niveau : sa capacité à organiser une prise en charge coordonnée, faisant intervenir les divers professionnels de santé exerçant en ambulatoire, et sa capacité à repérer les situations où il faut passer la main au secteur hospitalier ». Dans le même temps, le développement des systèmes d'information fondés sur l'enregistrement systématique des données à caractère médical est devenu un axe fort du processus de régulation des soins. Il en résulte une conception normative d'allocation des ressources dédiées au soin dans chaque champ d'activité, pour sa pratique, pour sa recherche et pour son enseignement. Dans cette perspective managériale, « ce qui est inexplicé est injustifié ». Cette maxime vaut pour les soins dédiés aux grandes pathologies classiques, mais aussi pour ceux dédiés au dépistage précoce des dangers et des risques sous-jacents aux nombreuses demandes de soins *au quotidien* qui s'expriment pour leur propre compte ou au titre de comorbidité, à l'occasion des soins aux grandes maladies classiques.

Il est donc nécessaire de disposer d'outils de classification permettant l'extraction suffisamment complète et la synthèse de l'information pertinente, en fin de consultation de ville. Sachant que la Classification internationale des maladies ne rend pas compte de façon adéquate de cette large fraction de la morbidité dont la prise en charge est dévolue à la médecine de ville, la mise en œuvre de concepts et d'outils permettant de satisfaire à ces besoins de documentation du service médical rendu en ville répond à une nécessité forte.

La Casographie, qui permet de dénombrer et de hiérarchiser les troubles de santé en fonction de leur ouverture sur les scènes du danger sous-jacents, répond à cette proposition sous deux aspects, dans le cadre de la surveillance médicale discontinue. Dans les pays régis par le principe du libre accès des malades à toutes les disciplines médicales qui se pratiquent en ville, des troubles de santé parmi ceux que la médecine générale voit défiler avec une fréquence régulière émergent aussi, avec seulement des fréquences différentes, parmi les problèmes de santé qui sont présentés dans les consultations spécialisées. La question d'une gestion de leurs dangers d'évolution grave évitable peut se poser alors « sur le moment » dans toutes les formes de pratique médicale en ville. La Casographie s'applique alors comme outil de classification. D'autre part, les problèmes spécifiques de management qui sont inhérents au principe de surveillance discontinue en ville touchent aussi la pratique spécialisée. C'est alors le concept d'ouverture diagnostique qui peut se révéler utile par l'adaptation qu'il offre à la Classification internationale des maladies.

L'ambition de cette première étude dans le cadre d'une Union professionnelle est modeste. Elle vise seulement à réaliser un premier coup de sonde par un petit groupe de médecins de ville, sans distinction de discipline médicale. On expérimente ensemble l'apport de la classification diagnostique par la Casographie dans la mise en évidence de l'utilité, de l'efficacité et de la cohérence du management des troubles de la santé en situation de surveillance discontinuée de ville.

On voit, chapitre 3, qu'un tel objet implique, pour commencer, une mise en situation du lecteur par rapport aux concepts de scène du danger et de « cas » selon la Casographie.

Suit, chapitre 4, un bref exposé de la méthodologie.

Le chapitre 5 présente les gains quantitatifs dans la représentation du service médical rendu.

Le chapitre 6 montre le gain qualitatif dans cette représentation et dans sa communication.

Le chapitre 7 analyse le gain d'information sur les décisions et leur cohérence.

Au chapitre 8, la discussion de ces résultats tente de préciser les limites de ce travail.

Le chapitre 9 évoque les aspects innovants et encourageants qui sont sous-jacents aux nouveaux outils offerts à la recherche sur le service médical rendu.

Le chapitre 10, la conclusion, s'efforcera de mettre en perspective les résultats atteints par la compréhension de mécanismes de management, jusque là intuitifs et implicites, dans le contexte des changements de grande ampleur que connaît aujourd'hui la problématique médicale.

CHAPITRE 3

MISE EN SITUATION DU LECTEUR DANS L'ETUDE

Le concept de « cas selon R.N. Braun »

La « Casugraphie »

3.1. Brève présentation du concept de « cas » selon R.N. Braun

L'étude repose sur la mise en œuvre d'un concept de classification des troubles de santé qui est nouveau au sens où il n'est pas établi sur l'idéal de certitude étiologique que nous sommes habitués à manier. Pourtant la Casugraphie est une classification qui donne une représentation fidèle des pratiques médicales empiriques par lesquelles sont gérés en ville, intuitivement ou non, les dangers et les risques maladie au quotidien. Elle se propose de répondre au besoin d'une représentation plus complète de la « scène du danger » lors des troubles de santé afin de regrouper d'une façon cohérente les méthodes d'observation, de compréhension et de gestion des risques.¹² La lecture de cette présentation apporte donc des informations qui ne sauraient étonner aucun praticien. Cette lecture est cependant nécessaire pour connaître le mode opératoire de la nouvelle méthode diagnostique et pour distinguer clairement l'étendue des enjeux et jouir du gain d'information sur le service médical rendu.

3.1.1. *La hiérarchie des urgences et la gestion du risque en position diagnostique « ouverte »*

En l'absence de diagnostic objectivé par une cause directe ou initiale certifiée, on a coutume de considérer que l'information diagnostique serait obligatoirement connotée comme manquant de précision et mal définie. Voyons ce qu'il en est au décours du travail de R.N. Braun sur la classification des troubles de santé en situation diagnostique ouverte, aux fins de gestion optimale des risques en médecine générale de ville.

¹² Nous tenons à remercier les auteurs d'un ouvrage collectif sous la direction de Jean Luc Wybo sur les sciences du danger « Introduction aux Cindyniques ». Édition ESKA 1998, dont les travaux ont beaucoup inspiré notre réflexion sur l'innovation portée par la Casugraphie de R.N. Braun dans cette étude.

Nous leur devons en particulier la métaphore de la « scène du danger ».

Danièle Trauman « Rappelons que le risque est aléatoire, associé à toute prise de décision, alors que le danger signifie une menace imminente dont il faut se protéger » Chapitre 2.

Considérons le cas d'un patient qui se présente au médecin avec, **comme seul signe d'appel, une douleur abdominale** et déroulons les séquences de la démarche diagnostique à l'extrême ralenti.

Il s'agit, par exemple, d'une douleur que le patient situe dans la partie abdominale haute. Le symptôme se montre isolé, sans aucune constatation significative à l'examen physique de la région abdominale.

La séquence diagnostique suivante consistera à faire confirmer qu'il s'agit bien d'une *douleur* et non pas, par exemple, de sensations de plénitude, de pesanteur et somnolence post-prandiale (qui orienteraient plutôt sur une entité morbide nommée *dyspepsie*)¹³ Dans le cas présent, il s'agit bien d'une douleur¹⁴ :

- la localisation abdominale *haute* élimine le choix de « *douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen* »¹⁵ ;
- l'absence *précisée* de signes physiques élimine le « *syndrome abdominal aigu* »¹⁶ et aussi les « *douleurs abdominales autres* ».¹⁷

Reste disponible la seule : Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen, douleur épigastrique¹⁸

A ce moment, au seuil de la décision diagnostique, peut-on en rester là, au seul prétexte que, pour une large part de son activité en ville, le médecin est contacté au début d'un épisode de soins qui, s'il s'avère sans suite, ne sera plus étiqueté de façon différente ? Confronté à une demande de prise en charge d'emblée de manifestations d'un trouble de la santé au stade où l'étiologie certaine est rarement disponible immédiatement, le praticien risque effectivement, en première ligne, de ne jamais connaître les « causes » de cette symptomatologie pour deux raisons :

- dans un système ouvert, comme l'est le système français, le médecin ne peut avoir la garantie de revoir le malade (on ne peut pas le reconvoquer contre son gré) ;
- les manifestations peuvent disparaître sous l'effet de traitements à large spectre ou spontanément.

Le médecin peut soupçonner aussi que, dans un certain nombre de cas, le trouble a une origine mal définie en l'état actuel des sciences médicales ou une origine psychologique, mais il sait que cette manifestation peut appartenir aussi à de nombreuses maladies parfaitement définies. Dans le cas présent, en combinaison alors avec d'autres anomalies (qui ne sont pas directement perceptibles à l'examen de la région abdominale), il s'agit de maladies d'étiologie connue et comportant chacune des dangers et risques d'évolution grave évitable. Dès lors, la manifestation *douleur* ne doit pas être classée et considérée séparément, car des mesures spécifiques peuvent s'imposer en fonction des dangers possiblement sous-jacents qui imposent une thérapeutique urgente.

Ce dilemme très sérieux se répète dans de nombreuses situations en apparence banales. En effet, le choix diagnostique *engage* directement et personnellement la responsabilité du praticien vis-à-vis du patient. Il doit être suffisamment prédictif et générer les activités adéquates.

¹³ Que la CIM 10 classe dans une catégorie propre codée : K30.

¹⁴ Que la CIM 10 propose de classer dans la catégorie *Douleur abdominale et pelvienne* codée R10.

¹⁵ CIM 10 : R10.3.

¹⁶ CIM 10 : R10.0.

¹⁷ CIM 10 : R10.4.

¹⁸ CIM 10 : R10.1.

A ce titre, la Classification internationale des maladies 9^e Révision classait l'étiquette diagnostique correspondant à une douleur épigastrique isolée dans un chapitre dévolu aux signes et symptômes « *mal définis* », qualificatif que la 10^e Révision a, très heureusement, changé en « *non classé ailleurs* ». C'est là un concept d'une tout autre portée, car il pointe la question des maladies classées ailleurs, qui peuvent être fallacieusement masquées alors qu'elles exigent des mesures spécifiques et urgentes. Or la *faisabilité de ce critère de « non classé ailleurs »* repose sur celle des exclusions préalables. Cette faisabilité, à son tour, implique deux conditions qui se complètent. D'une part il faut connaître la collection concrète de ces entités concurrentes classées ailleurs, d'autre part il faut un degré de certitude qui soit défini !¹⁹

Etant donné la faible présélection des troubles de santé qui se présentent aux premières lignes du système de soins, la liste, pour épigastralgie, des maladies concurrentes « *classées ailleurs* », telle qu'elle a été recueillie par R.N. Braun (par une méthode épidémiologique rigoureuse, statistiquement fondée, lors de 26 années de ses relevés) se présente comme suit dans le « cas » qui définit cette situation médicale²⁰ :

- Hernie diaphragmatique
- Ulcère digestif de siège non précisé (comprenant ulcère gastro-duodéal SAI)
- Cholélithiase
- Cholécystopathie
- Pancréatopathie.

Mais aussi :

- Appendicite
- Infarctus du myocarde
- Embolie pulmonaire.

A ce point du raisonnement, une observation essentielle se vérifie : le concept traditionnel de diagnostic de maladie, au sens des sciences médicales, résulte de la conclusion d'une action médicale qui a permis d'exclure avec certitude toutes les étiologies possibles, sauf une.²¹ Si aucune étiologie n'a pu être trouvée, cette absence doit être certaine (« *non classée ailleurs* »). Il s'agit donc d'une description « rétrospective » de la situation.

En attendant cet aboutissement, le médecin est contraint d'identifier autrement la signification du cas individuel qu'il assume avec les seules données incomplètes disponibles à ce stade. Il lui faut confronter ces données au savoir médical et à son expérience, à la recherche des soins possibles, mais aussi des risques d'évolution grave.

¹⁹ Pour l'importance attribuée aujourd'hui aux procédés de « solidification » des « données fluides », que sont les ensembles distincts de manifestations, a priori disparates, pouvant être reliées à plusieurs causes et/ou à une étiologie mal connue, on se reportera à deux ouvrages auxquels nous sommes largement redevables : Milos Jenicek & R. Cléroux « *Épidémiologie clinique. Clinimétrie* ». Edisem, Québec et Maloie Paris, 1985 et Milos Jenicek « *Casuistique médicale* », préface Professeur René Mornex . Edisem et Maloie 1997

²⁰ Cf. plus loin dans le paragraphe 3.2. La Casugraphie, la présentation du cas « Epigastralgie (douleurs de la partie supérieure de l'abdomen) ».

²¹ Il peut s'agir d'un ensemble de causes conjointes.

Dans le cas de l'épigastralgie que nous examinons :

Au départ, le praticien n'a été en présence que d'un *signal de trouble caractérisé de la santé, mais sans particularité pathognomonique*, alors que du point de vue *des risques d'évolution grave évitable*, une première décision, à prendre sur le champ, relève de dangers immédiats dont il est seul comptable. Evoque-t-il *un infarctus atypique du myocarde* ou une *embolie pulmonaire*, alors il doit envisager un transfert sans délai en milieu cardiologique. Un *tableau d'appendicite* est-il pris en considération sérieuse, alors c'est un transfert en milieu chirurgical qui doit être évoqué. Quant aux autres entités tout aussi concurrentes, chacune d'elles présente aussi des particularités sur les risques d'évolution grave évitable et pour les besoins thérapeutiques plus ou moins urgents.

Ainsi, au moment de considérer le point d'arrivée de toute démarche diagnostique, et de remettre ses prescriptions à un patient qui va quitter son cabinet médical, un choix diagnostique à risque doit être assumé... et géré, chaque fois que les données de la certitude étiologique ne sont pas disponibles sur le moment. Le concept de classification des troubles de la santé en « situation diagnostique ouverte », inventé par Braun, répond à cette nécessité.

3.1.2. La « scène du danger et des risques d'évolution grave évitable » en situation de « certitude étiologique indisponible sur le moment »

Sous l'angle des vertus de cette innovation, une analyse des deux modalités diagnostiques différentes et complémentaires (celle certaine et celle ouverte) proposées par Braun, a permis aux statisticiens de lui proposer, au vu des vingt premières années de ses publications épidémiologiques, un schéma des corrélations logiques qui fondent la démarche diagnostique médicale.²² L'évidence et la simplicité de ce schéma incitent à le reprendre :

Dans chaque démarche diagnostique visant à identifier des corrélations possibles entre un trouble caractérisé de la santé et une maladie certaine, le médecin est contraint d'articuler deux types de données :

la **Manifestation** (symptomatologie) : **M**

et

l'**Etiologie** : **E**

Formellement quatre combinaisons sont possibles :

M+ & E+ : symptomatologie présente avec étiologie présente :
position diagnostique close

M+ & E- : symptomatologie présente avec étiologie absente :
position diagnostique ouverte

M- & E+ : symptomatologie absente avec étiologie présente :
position diagnostique de risque muet

M- & E- : symptomatologie absente avec étiologie absente :
position diagnostique d'absence de manifestation du trouble caractérisé de la santé qui était envisagé au départ et de ses maladies causales possibles (trouble dans les limites normales de la santé ou trouble autre de la santé !)

Prenons le « cas » de notre précédent exemple où nous devons prendre en compte ces deux types de données que sont une « manifestation typique : douleur isolée localisée à la partie supérieure de l'abdomen » et « l'ensemble des maladies d'étiologie connaissable où cette manifestation peut être présente ». En situant chacune des combinaisons possibles entre ces deux données dans l'un des coins d'un carré censé représenter l'univers diagnostique des étiologies et des dangers d'évolution grave de ce « cas », les quatre combinaisons entre ces deux données se répartissent schématiquement comme suit

M+ & E-

M+ & E+

M- & E-

M- & E+

Dans un tel système, à partir de chacun des quatre termes, on peut déduire les trois autres par deux opérations logiques élémentaires :

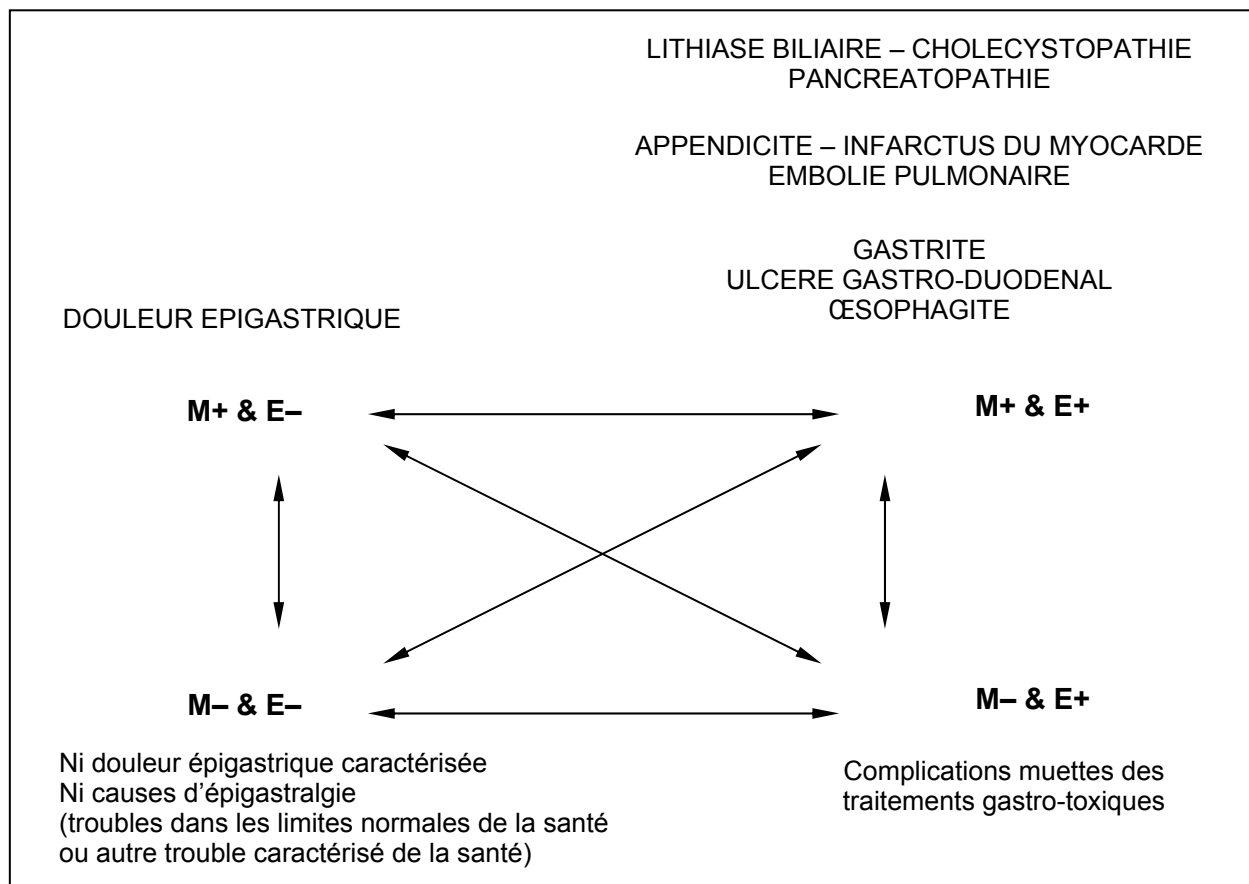
- prendre le contraire (corrélation horizontale et verticale),
- prendre le contradictoire (corrélation oblique).

22 PR.K.FREUDENBERG. Directeur du séminaire de statistique médicale de l'Université libre de Berlin. « A propos de l'étude statistique de la pratique médicale ». Die Medizinische Welt. 1964 (Ed Schattauer).

C'est là un des modes de construction logique de la signification en présence de deux données qui peuvent se combiner. Concrètement, la matrice diagnostique du « cas » épigastralgie, du point de vue de la scène du danger, se présente alors comme suit.

La scène du danger en situation d'épigastralgie

(Etats douloureux non caractéristiques localisés dans la partie supérieure de l'abdomen)



On constate comment, à chacune des quatre combinaisons M et E possibles, correspondent un ou plusieurs « états de la santé » définis par leur degré de certitude étiologique.

Du point de vue du médecin qui gère, sur le moment, les risques sous-jacents à des données disponibles mais incomplètes, cet ensemble constitue le système d'implication mutuelle où il est contraint d'agir. Cette forme d'identification diagnostique décrit dans son entier « la scène du danger » pour le « cas » donné.

Ainsi, dans sa fonction de premier recours, le praticien se trouve, tel un guetteur placé en *position de vigilance structurée* devant un univers de dangers potentiels non présélectionnés. Il devra donc s'activer pour *repérer* « les constellations des risques maladie » propres au trouble de santé qu'il observe et la hiérarchie des urgences qui en résulte. Sur le terrain, le praticien est contraint de sélectionner les dangers et de hiérarchiser les risques envisagés dans le peu de minutes qui le séparent du moment de prescrire et de quitter un consultant qui va échapper à la surveillance médicale continue. A ce jour, il le fait empiriquement en prenant appui, pour l'orientation de sa routine d'examen et le choix des mesures à prendre, sur :

- l'âge et le sexe,
- les antécédents connus, cliniques et paracliniques,
- des atypies cliniques, même marginales, voire une intuition de gravité,
- les circonstances (dont les maladies associées et l'environnement).

3.2. La Casugraphie

La classification créée par R.N Braun et ses collaborateurs répond à la problématique des situations diagnostiques « ouvertes ». Elle est aussi une classification statistique par sa construction épidémiologique au très long cours aboutissant à des « cas » mutuellement exclusifs. Par là, ils répondent au critère de « non classé ailleurs » qui fonde la Classification internationale des maladies 10^e Révision.²³

La Casugraphie classe les 306 « cas » de fréquence régulière (c'est-à-dire se présentant au praticien au moins une fois par an en moyenne, en médecine générale ambulatoire) selon un bref schéma type :

- plaintes et circonstances
- résultats de l'examen
- position sur un axe d'ouverture diagnostique selon deux modalités :
 - classification en position ouverte
 - diagnostic complet certain
- évolution, durée précisée
- liste des entités morbides concurrentes et des risques d'évolution grave évitable.

²³ Le Groupe de recherche épidémiologique, taxinomique et clinique GRETEC approfondit, en France et en partenariat avec R.N. Braun et ses collaborateurs, les implications de son système de classification diagnostique de la pathologie prise en charge en médecine ambulatoire. Il s'agit d'un travail considérable qui vise à pallier les limites de la Classification internationale des maladies pour coder les constats diagnostiques de consultation et identifier la situation de gestion des risques qui en découlent dans les conditions de la surveillance discontinuée en ville.

Progressivement l'idée se fait jour en ce moment qu'il s'agit d'une innovation majeure, parce qu'elle est à la fois un instrument inédit d'aide à la décision clinique et à l'évaluation raisonnée des risques, au service du malade dans la médecine de ville, et un outil statistique nouveau de recherche sur la gestion multidisciplinaire du risque de santé dans le système d'assurance maladie.

Dans l'exemple du « cas » présenté : on trouve

EPIGASTRALGIE

(Douleurs de la partie supérieure de l'abdomen)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Etats douloureux non caractéristiques localisés dans la partie supérieure de l'abdomen (j'ai une "gastrite")
RESULTAT DE L'EXAMEN	Sans particularité Selon les circonstances : protocole d'examens diagnostiques pour " <i>Plaintes non caractéristiques de la partie supérieure de l'abdomen</i> "
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) sous B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
EVOLUTION ET DUREE	Variable
EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Hernie diaphragmatique Ulcères digestifs de siège non précisé (comprend ulcère gastro-duodéal SAI) Cholélithiase Cholécystopathie Affection pancréatique Appendicite Infarctus du myocarde Embolie pulmonaire

R10.1 **A** Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen / Symptôme

R10.1 **B** Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen / Groupe de symptômes

Chaque choix diagnostique ou « cas » est donc muni de deux paramètres essentiels :

- Une définition fondée sur des *critères* symptomatologiques d'inclusion positifs et négatifs qui désignent une *configuration typique* (unique), telle que chaque « cas » se *démarque* aussi par sa *constellation propre* des entités morbides concurrentes et des risques d'évolution grave évitable, *envisagés* mais *provisoirement mis en suspens dans des conditions précisées*.
- Un index d'ouverture (A, B, ou C) sur cette constellation ou de fermeture (D) signalant le diagnostic certifié. Cet index peut fort bien se placer en cinquième position d'un code de la Classification internationale des maladies (ici : R10.1 A = Epigastralgie / Symptôme isolé).

Reste à souligner comment la rigueur du choix des critères diagnostiques, en fonction des dangers et de la hiérarchie des urgences, s'impose empiriquement au médecin dès la première séquence de sa démarche, car elle détermine « l'univers clinique » dans lequel sera placé l'observateur. Ainsi, dans l'exemple présenté, la simple variante subtile d'une nature « non haute » de la douleur abdominale conduit le praticien vers l'univers diagnostique lié aux « douleurs abdominales autres et non précisées » (code CIM 10 : R10.4). Mais, dans ce « cas », la constellation des dangers et des risques change. L'infarctus du myocarde et l'embolie pulmonaire s'effacent et, à leur place, s'ajoute le danger « sub-occlusion intestinale » dont on connaît la nature souvent trompeuse. C'est alors le transport en milieu chirurgical qui va dominer la gamme des choix immédiats à envisager au moment de quitter le patient de vue. En somme, la Classification internationale des maladies et la Casographie formalisent avec précision *les risques d'évolution grave évitable*, mais ne les *classent pas au même moment du processus médical*. La CIM identifie la pathologie, son étiologie et ses risques au niveau accessible en aval d'une recherche étiologique complète sur le modèle d'un séjour hospitalier idéal. La Casographie les identifie et les formalise en amont. La différence entre les deux classifications est pourtant fondamentale à l'heure où la plupart des besoins diagnostiques doivent, de plus en plus, être présentés prioritairement en ambulatoire, *sous les contraintes propres à la gestion des risques en ville, c'est-à-dire sous surveillance discontinuée*. Jusque là, ce service diagnostique rendu ne pouvait pas être identifié de façon formelle, au péril d'être injustement taxé d'équivoque, pauvre, insuffisant.

Maintenant, là où règne un savoir-faire professionnel *noble, mais implicite*, qui pour une large part reste empiriquement acquis sous l'emprise des faits et exercé intuitivement, la profession peut générer du savoir scientifiquement structuré et transmissible sur la nature des « dangers » et la répartition des « risques d'évolution grave évitable » lorsqu'ils sont présentés, non encore sélectionnés, au médecin en ville et sur la gestion de ces risques.

En résumé

Le terme de « cas » désigne une forme d'identification diagnostique qui constitue une entité de classification alors qu'elle reste ouverte sur une constellation propre de maladies concurrentes et de risques d'évolution grave évitable. Il s'agit de stades diagnostiques où une étiologie certaine n'est tout simplement pas disponible et où pourtant l'urgence commande d'agir, à cause de la demande légitime du malade et de l'ensemble des pathologies qui peuvent être concernées avec les risques d'évolution grave évitable appartenant à chacune d'elles. Cette séquence essentielle du service rendu par l'acte intellectuel du médecin à la fin d'une séance de consultation médicale reste, à ce jour, méconnue, alors qu'elle est souvent décisive. La Casographie permet une classification diagnostique qui définit le problème médical posé et en rend compte.

Osons une remarque. En tant que méthode de recherche clinique, la médecine sait étudier des cas particuliers en vue d'en dégager des règles générales de l'action. Ainsi, par sa reproduction, un cas individuel devient une situation particulière d'ordre général. C'est exactement ainsi que sont nés les 306 « cas » de la Casographie, dans le cadre de relevés épidémiologiques au très long cours sur le terrain. Lorsque les données de la certitude étiologique ne sont pas disponibles, les situations cliniquement typiques sont définies par leur nature diagnostique « ouverte sur une scène du danger » qui caractérise chacune d'elles. La profonde originalité des « cas » identifiés par R.N.Braun tient au caractère mutuellement exclusif qui résulte de leur méthode statistique de construction. Les données qui identifient le choix de chaque « cas » permettent de réfuter tous les autres « cas » de la Casographie. Cette propriété en fait des outils de classification, de codage et d'information transmissible sans pareil sur la gestion pratique du risque de maladie.

CHAPITRE 4

LA METHODOLOGIE

On se propose de décrire le rôle du médecin de ville comme *gestionnaire* de soins prodigués sous la contrainte du mode de surveillance discontinu qui conditionne sa fonction dans les systèmes de santé.

La méthode adoptée pour traiter cette question est la suivante. Un ensemble de cas de consultation (au sens traditionnel de cas individuel traité) est élu au hasard dans les pratiques de huit praticiens de ville, généralistes et spécialistes. Chacun fait l'objet d'un résumé de consultation enregistré sous une forme standard, incluant le diagnostic formulé sur le mode habituel à chaque médecin traitant, ainsi que les décisions prises. A ce stade, il est demandé à chacun des praticiens de reformuler ses résultats diagnostiques au vu des données de ses résumés à l'aide de la *Casographie*, un référentiel de classification diagnostique fondé sur un concept *d'ouverture sur des scènes du danger*. Chacun de nos cas individuels est soumis à une étude des informations diagnostiques disponibles *avant et après cette manœuvre de confrontation* et de classification par référence aux « cas »²⁴ de la Casographie.

La Casographie ne conteste pas le codage médical en termes de clôture sur une certitude étiologique, chaque fois que faire se peut. Mais elle met en question la fréquence de la possibilité de mettre en pratique la démarche complète d'identification étiologique, dans les conditions de surveillance médicale discontinu que l'exercice concret de la fonction médicale engendre en ambulatoire. Elle interroge aussi l'utilité systématique de cette démarche face à un ensemble de plaintes dont une bonne partie se résoudrait sans mobiliser des moyens exceptionnels, voire spontanément. En revanche, elle attache beaucoup d'importance au risque de sous-estimation de l'évolution d'un cas et elle est construite pour rendre compte du processus d'ajustement de la caractérisation du cas que pourraient susciter l'état du malade ou les résultats d'investigations supplémentaires.²⁵

²⁴ Dans ce rapport nous utilisons les guillemets pour désigner le néologisme « cas » de la Casographie (au sens de situation standard correspondant à une scène du danger médicalement définie), afin de distinguer cet emploi particulier de ce terme du sens traditionnel du cas en médecine.

²⁵ Nous tenons à remercier les auteurs d'un ouvrage collectif dont s'inspire beaucoup cette présentation. « Diagnostiquer, classer, coder la pathologie en médecine générale. Le concept de cas selon R.N. Braun et son apport à la gestion du risque ». Oscar Rosowsky, Gérard de Pouvourville, Alain Letourmy, Pierre Lombrail. Groupe Image ENSP, 1999. Nous élargissons les réflexions issues de cet ouvrage à un aspect de la pratique médicale qui concerne de vastes secteurs de la production de soins, bien au-delà de la médecine générale.

4.1. Le contexte

L'expérimentation dont rend compte notre étude s'est déroulée en deux lieux différents, d'un côté la pratique personnelle en ville de chaque médecin du groupe d'étude et, de l'autre côté, les séances mensuelles pour le travail en commun qui se tenaient dans les locaux de l'URML. Or, les praticiens de ville sont peu habitués au maniement adéquat de classifications de la pathologie et à leur codage. En effet, les classifications s'écartent de simples nomenclatures par leur visée de performance statistique.

Or cette performance est tributaire du strict respect des règles d'identification des objets observés qui fondent le système du référentiel de classification. Leur usage utile implique par conséquent un apprentissage, une formation et une pratique régulière.

Mais pourquoi un praticien devrait-il insérer un outil de classification là où sa démarche empirique et intuitive suffit jusqu'à présent ? Un tel processus n'est acceptable par des praticiens que s'il est porteur d'un mérite ou d'un bénéfice tel qu'il justifie, à leurs yeux, l'investissement personnel qui leur est demandé.

En conséquence, nous souhaitons également étudier et vérifier le potentiel de cet apport en termes de confort et de sécurité, dans le cadre des situations diagnostiques restant ouvertes qu'ils sont amenés à assumer dans leur pratique, avec un panel modeste de praticiens de ville généralistes et spécialistes,

Il s'agit là d'une étude pilote d'observation exploratoire, dont les données resteront indicatives sans prétendre à une signification statistique.

4.2. Le panel des praticiens investigateurs

Les élus d'une commission « Conditions d'exercice »²⁶ de l'URML ont été sensibles à l'idée de cette étude. Sept sur onze des élus de la Commission ont accepté notre offre, trois autres ont trouvé des remplaçants. Dans les limites modestes de notre projet d'observation, sans prétention statistique, deux critères de recrutement, qui nous semblaient nécessaires, étaient ainsi réunis.

Premièrement, il s'agissait de praticiens représentatifs du mode réel d'exercice de leur discipline en ville. Deuxièmement, leur acceptation volontaire plaidait pour le succès du travail en équipe, à savoir, chez chaque participant au groupe, le goût pour cette recherche, ainsi que la disponibilité réelle, chaque mois, de 1/2 à 1 heure de travail personnel à tête reposée, en plus des réunions mensuelles du groupe destinées à examiner ensemble les données apportées par chacun. Cependant, s'agissant d'une étude véritable, à prendre sur le temps de travail professionnel proprement dit, la durée totale du travail pour les praticiens a été limitée à six tranches mensuelles au total.

Le groupe de praticiens constituant le panel recruté par l'URML comptait dix médecins libéraux volontaires pour ce travail. Ce sont trois praticiens généralistes et sept spécialistes de disciplines coopérant usuellement en ville avec des généralistes dans la décision diagnostique : un ORL, un cardiologue, un gynécologue, une pédiatre, un chirurgien, un stomatologue, une angiologue.

²⁶ Dans sa composition au départ de notre travail, en avril 2000.

4.3. Le principe expérimental

Nous étudions un ensemble de 49 cas de consultations données en ville par un groupe de 8²⁷ médecins libéraux généralistes et spécialistes pratiquant en Ile-de-France. Leur seul point commun réside dans les contraintes inhérentes à la surveillance médicale discontinue.

La recherche porte sur une manœuvre d'identification diagnostique à l'aide d'un référent médical de classification, la Casographie, vouée à la prise en compte et au codage des scènes du danger, sous-jacentes aux catégories de troubles de la santé que le praticien de ville doit manager alors qu'aucune certitude étiologique n'est disponible en fin de séance. Il s'agit de vérifier si cette manœuvre peut mener, sur un mode d'enregistrement systématique des données médicales, à l'émergence de connaissances nouvelles sur le service médical rendu en ville.

Le principe prend appui sur le mode de représentation des « cas » de la Casographie qui sont tous structurés identiquement sous la forme des séquences successives d'un résumé standard de consultation en ville :

Plaintes et circonstances
Résultat de l'examen
Classification diagnostique
Durée, évolution
Cas concurrents et risques évitables d'évolution grave
Codification adaptée

Les données nécessaires à notre recherche émanent de consultations réelles, élues par randomisation dans la pratique quotidienne des praticiens de notre groupe d'étude. Celles qui sont retenues comme significatives de la séance s'expriment dans les résumés de ces consultations qui sont établis par ces médecins eux-mêmes sur le modèle standard ci-dessus. On compare expérimentalement, sur le mode *avant / après*, la représentation du service médical rendu dans le management des scènes du danger pour la santé, telle que ce service rendu est identifié « avant », par la formulation *diagnostique habituelle* figurant dans le résumé de consultation, et telle que cette gestion se manifeste « après » la *reclassification diagnostique* des mêmes données de ce résumé de consultation à l'aide de la Casographie.

Cette reclassification diagnostique des données de tous leurs résumés de consultation à l'aide de la Casographie, est réalisée, en premier, par les médecins traitants concernés. En un second temps, un complément de reclassification peut être proposé par les animateurs de la recherche, en leur nom. Tous les résultats font l'objet d'une étude menée en commun par le groupe entier des praticiens avec les animateurs de la recherche.

²⁷ Dès le départ, deux praticiens ont souhaité quitter l'étude : l'un, stomatologue, au motif de la rareté des diagnostics non certains à l'issue de ses consultations ; l'autre, généraliste, en raison d'une surcharge de travail professionnel.

Les formulations diagnostiques « avant / après » sont explorées au regard de leur qualité de représentation des dangers managés, dont on constate qu'ils ont été pris en considération dans les résumés de consultation :

- *parce que notés* sous la forme de leurs données cliniques
- et/ou*
- *parce que explicitement « traités »* sous la forme des décisions thérapeutiques ou d'examens à visée diagnostique prescrits.

La performance de la manœuvre s'appréciera objectivement sur

- le gain quantitatif d'informations sur le service médical rendu,
- le gain qualitatif dans la solidité et la finesse de sa représentation,
- la facilité de son enregistrement, de son suivi et de sa communicabilité,
- la rigueur et la pertinence de son mode d'adaptation à la CIM 10.

Et elle s'apprécie subjectivement sur

- le nombre des praticiens du panel adhérant à l'étude jusqu'à son achèvement.

4.4. La collecte des données

Le mode d'élection du cas à présenter chaque mois par chaque praticien

Il s'agissait d'assurer un choix du cas par randomisation qui ne soit pas biaisé par des préférences personnelles. Chaque médecin du groupe d'étude s'est vu remettre une liste personnelle de 8 chiffres (choisis dans une des colonnes verticales d'une table de permutations au hasard de 20 éléments). Chaque mois, l'un de ces chiffres successifs lui indiquait *le rang de la consultation* qui devait être sélectionnée dans la succession de toutes celles qu'il a vu défiler devant lui depuis le premier jour ouvrable de chaque mois.

Le relevé des données, en fin de journée, au cabinet médical ou après une visite à domicile

Il s'est fait sur une *feuille de relevé type*, dont une liasse a été remise à chacun.

Sont demandés :

- Sur la partie gauche de la feuille :

Un résumé succinct, selon un plan standard, de la consultation sélectionnée :

Les plaintes et circonstances, les résultats de l'examen, *le ou les premiers diagnostics* selon la formulation habituelle du médecin ; les *décisions* prises et *prescriptions*.

- Sur la partie droite de la feuille :

Une seconde tentative de formulation diagnostique des données de ce même résumé à choisir parmi les 306 « cas » présents dans la Casographie (dont un exemplaire a été remis à chaque participant et dont le maniement a fait l'objet de démonstrations au cours des deux réunions initiales d'information). En plus du ou des « cas » retenus, peut être ajoutée aussi la liste des autres « cas » de la Casographie auxquels le médecin a pensé, mais qu'il a écartés avant de se fixer. Les raisons des rejets sont alors indiquées pour chacun d'eux.

Le praticien conservait une photocopie de sa feuille de relevé type et en envoyait l'original aux animateurs pour qu'ils puissent en préparer la discussion dans le groupe le mois suivant.

Nous souhaitons avoir aussi un aperçu sur les liens de coopération qui s'établissent en ville au décours des consultations. En conséquence, lors de l'avant dernière séance de travail en groupe, il a été demandé d'ajouter, à chaque relevé clinique, une liste à cocher des personnes de l'entourage du patient et des producteurs de soins médicaux avec lesquels des informations et demandes de concours ont été établies à l'occasion de la consultation rapportée.

Le déroulement des réunions mensuelles de travail en groupe pendant deux heures au siège de l'URML

Les deux premières réunions ont été dédiées à l'information succincte sur la Casugraphie dont un exemplaire est remis à chacun, et à l'explication de son usage.

Les réunions ultérieures ont été consacrées à l'étude en groupe des résumés de consultation relevés et présentés selon le protocole convenu.

Chaque travail en groupe est enregistré. Les décryptages et analyses par les trois animateurs sont adressés à tous les membres du groupe d'étude avant chaque séance de travail ultérieure. Les réflexions, hypothèses et conclusions des animateurs sont donc connues des participants et discutées par le groupe tout entier, lors du tour de table qui inaugure chaque séance de travail. Suit la présentation par les trois animateurs et la discussion par le groupe des nouveaux protocoles reçus depuis la séance précédente, un par un.

Chaque protocole est donc examiné et discuté trois fois au moins. D'abord séparément par les animateurs, puis collectivement dans le groupe, et séparément à nouveau par chaque médecin du groupe à partir du décryptage des séances mensuelles de travail en commun. Les questions qui se posent encore à ce stade sont reprises collectivement lors des réunions mensuelles successives.

Le rapport final se fonde sur l'analyse par les animateurs de deux ensembles de données :

- *Les protocoles portant les résumés de consultation et les diagnostics classés sur le mode habituel d'abord, puis reclassés par chaque praticien à l'aide de la Casugraphie.*
- *Les enregistrements magnétiques des séances de travail en groupe et leurs comptes rendus de décryptage et de discussion par les animateurs.*

Le projet de rapport final sera soumis à la discussion des membres du groupe d'étude aux fins de prise en considération de leurs avis critiques.

4.5. Les données

4.5.1. Les données quantitatives

Elles sont données à titre indicatif seulement, en raison du choix délibéré de non signification statistique du panel des médecins volontaires pour l'étude et du nombre limité des consultations élues pour ce premier coup de sonde.

4.5.2. Les données qualitatives

Elles répondent à un souci de réduire le biais de sélection « selon des préférences » au sein des consultations de chaque praticien. Leur élection se faisait en effet par randomisation selon une liste de répartition des choix au hasard.

A un second niveau, appel est fait au concept de solidification des données de base développé par les tenants de l'épidémiologie clinique et de la clinimétrie moderne, tel Milos Jenicek au Canada. En effet, en l'absence de certitude étiologique aux stades où ils se présentent, les troubles de santé dont il s'agit de diagnostiquer la scène du danger, s'expriment souvent, non par des données dites « solides » comme celles « réputées dures » du domaine paraclinique (de laboratoire par exemple), mais par des données dites « fluides ». Celles-ci sont difficilement mesurables (ou pas du tout) et non classifiables de prime abord (par exemple douleur, tristesse).²⁸ Parmi l'ensemble des procédés conduisant à une meilleure définition, observation, mesure, classification des données fluides, l'aide de la Casugraphie dont nous faisons l'essai, intervient par la rigueur de ses définitions des données, le soin prêté à leur réfutabilité, la reproductibilité, la sauvegarde des observations et la gradation possible des résultats.

²⁸ Milos Jenicek « *Casuistique médicale* » déjà cité cf. ⁴ page 9.

CHAPITRE 5

LE GAIN QUANTITATIF DANS LA REPRESENTATION DU SERVICE MEDICAL RENDU

A l'aide de la Casographie, classification des scènes du danger en situation diagnostique « ouverte »

5.1. Le matériel élaboré par les médecins du panel

49 histoires de consultation « en ville », pour des patients différents vus par

2 généralistes
1 angiologue
1 pédiatre
1 gynécologue
1 chirurgien
1 ORL
1 cardiologue

ont été « élues au hasard », entre les mois de mai et octobre 2000.

- En fin de journée, le praticien reportait, sur une fiche standard, les données médicales retenues par lui, au titre de résumé de consultation, dans l'ordre traditionnel suivant : plaintes et circonstances, résultat de l'examen et décisions prises. Il indiquait aussi les *diagnostics traditionnels* qu'il avait choisis en fin de séance, selon son mode habituel de classement.
- Ensuite, chacun *reclassait ces mêmes données* médicales sur le mode diagnostique de la *Casographie*, eu égard à la prise en charge des dangers et des risques.

Nous comparons les résultats quantitatifs obtenus par les deux modes de classement diagnostique des troubles de santé

5.2. Nombre de troubles de santé distincts à l'examen des données présentes dans les résumés de consultation

Nous avons dénombré successivement :

- Les troubles de santé identifiés et *déclarés spontanément*, selon leur formulation diagnostique première, sur le mode habituel aux médecins du panel.
- Les troubles de santé exposés, exprimés et *identifiés ensuite* selon une reformulation diagnostique à l'aide de la Casographie, par les mêmes médecins d'abord, complétée après contrôle par les animateurs enfin.

5.2.1. Nombre de formulations diagnostiques spontanément annoncées par les médecins selon leur mode habituel

Leur somme a été de 55 diagnostics pour l'ensemble des 49 résumés de consultations.

Pratique	Nb de résumés de consultation	Ne comportant <u>aucun diagnostic</u> sur le mode habituel	Comportant <u>un diagnostic</u> sur le mode habituel	Comportant <u>deux diagnostics</u> sur le mode habituel	Nb total de diagnostics sur le mode habituel
Médecine générale	16	1	9	6	21
Angiologie	9	1	7	1*	10
Pédiatrie	6	3	2	1	4
Gynécologie	6	0	6	0	6
Chirurgie	5	0	3	2	7
ORL	4	0	3	1	5
Cardiologie	3	1	2	0	2
TOTAL	49	6	32	11	55

* pour cette consultation 3 diagnostics sur le mode habituel ont été formulés

Au premier abord, dans cet ensemble de **49** consultations délivrées en ville :

- **32** consultations, tant généralistes que spécialisées, se sont achevées par la déclaration de **1** seul diagnostic du type habituel au praticien.
- **11** consultations ont vu déclarer **2** diagnostics.
- **6** consultations sont restées avec **0** déclaration de diagnostic traditionnel.

5.2.2. Somme des troubles de santé distincts au regard des dangers et des risques maladie, après reformulation diagnostique des données médicales du résumé de consultation à l'aide de la Casugraphie

118 formulations diagnostiques, identifiant des scènes du danger distinctes, ont été établies sur les données prises en considération par les praticiens à l'examen des 49 résumés de consultations.

Nombre de troubles de santé pris en considération

(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (2) + (3) + (4)
Pratique	Nb de troubles diagnostiqués au départ par les praticiens	Nb de troubles additionnels* révélés après <u>un premier reclassement par les praticiens</u> à l'aide de la Casugraphie	Nb de troubles additionnels** identifiés après <u>un deuxième reclassement par les animateurs</u> à l'aide de la Casugraphie	Nb total de troubles identifiés après reclassement global par les praticiens et les animateurs à l'aide de la Casugraphie
Médecine générale	21	+ 10	+ 7	38
Angiologie	10	+ 16	+ 4	30
Pédiatrie	4	+ 0	+ 2	6
Gynécologie	6	+ 2	+ 2	10
Chirurgie	7	+ 1	+ 7	15
ORL	5	+ 0	+ 2	7
Cardiologie	2	+ 9	+ 1	12
TOTAL	55	+ 38	+ 25	118

* Additionnels par rapport à la colonne (2)

** Additionnels par rapport à la colonne (3)

Pour 55 diagnostics annoncés au départ :

- Après le reclassement des mêmes données médicales à l'aide de la Casugraphie, les médecins traitants ont révélé 38 troubles de santé supplémentaires comme gérés par eux du point de vue des périls et risques maladie. Dans le même temps, il leur a été possible de formuler selon la Casugraphie chacun des 55 diagnostics habituels enregistrés au départ.
- Un second contrôle par les animateurs a fait constater et ajouter 25 autres troubles de santé pris en considération au titre de leurs risques.

5.2.3. Nombre des troubles de santé distincts, constatés comme traités, au sens de décisions spécifiques à visée thérapeutique et/ou diagnostique, parmi les 118 troubles de santé constatés comme pris en considération au titre de leurs dangers et risques pour la santé

Vérification faite, sur un total de **118** troubles de santé individualisés à l'aide de la Casographie, comme pris en charge en termes de gestion des risques au vu des données présentes, **110** ont fait l'objet d'une décision médicale enregistrée en fin de consultation, ou vérifiée comme déjà correctement traitée. Il s'agissait, selon la nature du trouble de santé concerné de : médicaments, conseils, examens complémentaires, avis spécialisés, auxiliaires médicaux, transferts, arrêts de travail. Ainsi, **8** seulement des troubles de santé sur le total des 118 troubles de santé révélés comme pris en considération, n'ont pas fait l'objet d'une prescription médicale explicite sur le moment.

Nombre de troubles de santé « assumés » parmi ceux pris en considération dans les résumés de consultation

Pratique	Nb de troubles diagnostiqués au départ par les praticiens	Nb total de troubles identifiés après reclassement des données à l'aide de la Casographie ou de son concept au sens « scène du danger »	Nb de troubles « assumés » au vu des prescriptions
Médecine générale	21	38	37
Angiologie	10	30	29
Pédiatrie	4	6	5
Gynécologie	6	10	10
Chirurgie	7	15	11
ORL	5	7	7
Cardiologie	2	12	11
TOTAL	55	118	110

5.3. Commentaires sur le gain quantitatif de représentation du service médical rendu

- ⌘ Au vu des 49 résumés de consultations délivrées en ville à des patients différents par les médecins du groupe d'étude, la formulation diagnostique sur le mode habituel des données prises en considération a fait identifier explicitement 55 troubles de santé seulement. Le nombre des troubles de santé *identifiés* par ces médecins, à *partir des mêmes données*, à l'aide de leur formulation diagnostique selon la Casugraphie, au *titre de leur représentation de situations distinctes de dangers et de risques spécifiques*, se monte à 118.
- ⌘ Cette reclassification n'est nullement oiseuse. Le nombre de ces troubles de santé, explicitement constatés comme traités *ou assumés spécifiquement* se monte en effet à 110, au vu des prescriptions et décisions prises. Ainsi 8 seulement de ces troubles de santé dénombrés au titre du danger et du risque n'ont pas fait l'objet d'une décision explicitée.
- ⌘ *Le gain d'information sur le service médical rendu* par le reclassement des données en termes de gestion des dangers et du risque, concerne des consultations données en ville par les médecins généralistes, mais aussi celles délivrées par des médecins spécialistes en situation de surveillance médicale discontinue.

L'examen des modalités de la reclassification, par la Casugraphie, des données médicales retenues lors des consultations de ville au vu des comptes rendus résumés de consultation, tentera de faire émerger des indications qualitatives sur le service médical rendu par les processus empiriques de dénombrement, hiérarchisation et gestion des dangers et risques maladie, en situation de surveillance médicale discontinue.

Il importe de souligner que chacun des troubles de santé reclassé selon la Casugraphie constitue une entité bien distincte au titre de la gestion d'une scène du danger et possède un code CIM 10 adapté.

CHAPITRE 6

LE GAIN QUALITATIF DANS LA REPRESENTATION DU SERVICE MEDICAL RENDU ET DANS SA COMMUNICATION

6.1. Le plan d'analyse

On dispose des données médicales exposées dans 49 résumés de consultation en ville pour des patients différents. Ce sont, par définition, les données que le médecin présente comme prises en considération par lui à l'issue de la rencontre sous la forme de diagnostics et de soins curatifs. Il s'agit de supprimer les causes de maladies ou, à défaut, d'en supprimer ou réduire les effets, ou, à défaut, d'en réduire ou supprimer la perception.

Nous voulons décrire et étudier un gain qualitatif de connaissance sur l'activité médicale, en nous situant cette fois du point de vue de la prévention secondaire et tertiaire des maladies en ville. Le principe expérimental de l'étude réside dans la reformulation diagnostique des données qui sont présentes dans les résumés de consultation de notre étude, à l'aide d'une classification diagnostique des dangers et des risques d'évolution grave évitable, la Casographie. Cette reformulation a vu passer le nombre total de formulations diagnostiques pour l'ensemble des résumés, de 55 formulations habituelles à 118 formulations selon la Casographie.

On distingue alors trois groupes de situations au sein des 49 résumés de consultation de notre étude, selon que des formulations diagnostiques nouvelles ont été ajoutées ou non à des formulations diagnostiques habituelles initiales.

- Le premier groupe comporte **20 résumés** de consultation qui ne se voient ajouter aucune formulation diagnostique nouvelle à l'occasion de la reformulation des données. Ce groupe de résumés comporte initialement **24 formulations diagnostiques habituelles** (dont un résumé de consultation – en pédiatrie – ne comportant aucune formulation diagnostique).
- Le second groupe comporte **25 résumés** de consultation qui se voient ajouter **51 formulations diagnostiques nouvelles** issues de la Casographie, alors que ce groupe de résumés comporte déjà **31 formulations diagnostiques habituelles**.
- Le troisième groupe comporte **4 résumés** de consultation qui ne portent initialement aucune indication de formulation diagnostique du type que nous avons qualifié d'habituel. Ce groupe de résumés se voit ajouter **12 formulations nouvelles** après examen des données à l'aide de la Casographie.

Pour caractériser le gain qualitatif de connaissance qui est attendu, nous prendrons appui sur deux des aspects de la nouvelle classification.

- Le *premier aspect* impose de rappeler un fait central, c'est-à-dire que la Casographie de R.N. Braun réalise un système de classification diagnostique des « scènes des dangers et des risques » pour la santé, telles qu'elles sont identifiées en fin de consultation par les médecins, aux premières lignes du système de soins et d'assurance maladie. La Casographie rend compte du travail de guet qui aboutit à diminuer la prévalence²⁹ des maladies en réduisant, par un dépistage le plus précoce possible en situation de surveillance discontinue, leur évolution et leur durée aux fins de traitement adéquat. Par là s'opèrent aussi les interventions précoces qui ont pour effet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques en prévenant ou en réduisant les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.
- Le *second aspect* du gain qualitatif que nous attendons repose sur la rigueur des fondements taxonomiques³⁰ de la Casographie : les définitions de tous les « cas », dont l'ensemble forme la classification, sont mutuellement exclusives. Il en résulte un mode pratique de « solidification des données fluides » qui sont souvent celles qui sont les premières disponibles lorsqu'il faut identifier une situation médicale sur le moment.

Qu'on nous permette de nous reporter aux définitions que donne l'épidémiologie clinique de ces concepts :

- « Données fluides (*soft data*) : données qui sont difficilement observables (ou pas du tout), difficilement mesurables (ou pas du tout), et non classifiables de prime abord (douleur, tristesse, bonheur). En administration de la santé et en recherche évaluative on utilise un synonyme : *données qualitatives* ».
- « Solidification des données fluides (*hardening of soft data*) : ensemble des procédés conduisant à une meilleure définition, observation, mesure et classification des données fluides »³¹.

Le mode d'analyse que nous tenterons d'appliquer pour élucider cet aspect du gain qualitatif se réfère aux « études de cas ».

29 Prévalence : nombre de tous les cas de maladie dans une population, à un moment donné ou au cours d'une période donnée, sans distinction entre les cas nouveaux ou anciens. Ce nombre est rapporté à l'ensemble des sujets observés. Dans notre propos il s'agit de la population constituée par la clientèle de chaque médecin.

30 « Taxinomie (ou taxonomie) : Etude théorique des bases, lois, règles, principes d'une classification ». Dictionnaire Le Petit Robert.

31 In : M. Jenicek & R. Cléroux. « Epidémiologie clinique. Clinimétrie ». Edisem, Québec. Maloine, Paris. 1985.

6.1.1. Les tableaux récapitulatifs des troubles de santé identifiés par leurs formulations diagnostiques

Une série initiale de représentations des données médicales prises en considération, sous la forme de troubles de santé identifiés en fin de séance, nous est fournie par les diagnostics annoncés dans le corps même des résumés de consultation. Cette série est celle des formulations diagnostiques habituelles des médecins traitants. Une seconde série de représentations de ces mêmes données médicales, nous vient de la reformulation diagnostique expérimentale des données présentes dans les 49 résumés de consultation sous la forme de troubles classés selon la Casographie. Nous souhaitons étudier les effets qualitatifs de cette manœuvre. C'est pourquoi nous avons représenté sur trois tableaux récapitulatifs la liste des reformulations diagnostiques, groupées selon la discipline du médecin rédacteur des résumés de consultation dont elles sont issues. Par exemple, dans le **tableau général 1**, dans une première colonne sont indiquées la ou les formulations diagnostiques des seuls troubles de santé initialement annoncés par le médecin. Cette série témoigne de l'information initiale sur le service médical rendu par rapport à laquelle un gain diagnostique qualitatif est escompté. Dans une seconde colonne, sont relevées parallèlement, pour chaque résumé de consultation, les formulations diagnostiques nouvelles qui viennent s'ajouter, après l'examen à l'aide de la Casographie des autres données présentes dans les résumés de consultation.

Tableau général 1

FORMULATIONS DIAGNOSTIQUES

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

MEDECINE GENERALE

FEMME 39 ANS	SURCHARGE PONDERALE ANGINE	
GARCON 1 AN	OTITE MOYENNE AIGUE	
HOMME 54 ANS	DIABETE HYPERTENSION ARTERIELLE	
FEMME 69 ANS	ASTHME	
HOMME 50 ANS	PANARIS	
HOMME 33 ANS	INFECTION DENTAIRE	ADENITE OTALGIE
FILLE 2 ANS 2 M	ECZEMA ANXIETE(MATERNELLE)	
FEMME 42 ANS		CERVICALGIE DORSALGIE ACOUPHENE LABYRINTHITE BOUCHON DE CERUMEN ANXIETE
HOMME 36 ANS	RHINOPHARYNGITE	PHARYNGITE
HOMME 31 ANS	PHARYNGITE AMYGDALITE	MAL DE GORGE
HOMME 83 ANS	INSUFFISANCE CORONARIENNE LOMBALGIE	HYPERTENSION ARTERIELLE GOUTTE
HOMME 47 ANS	LOMBALGIE HYPERTENSION ARTERIELLE	SURCHARGE PONDERALE
HOMME 67 ANS	PHARYNGITE	ENROUEMENT MAL DE GORGE SURCHARGE PONDERALE
GARCON 4 ANS	RHINOPHARYNGITE	TOUX
FILLE 10 MOIS	GASTROENTERITE	
FEMME 50 ANS	MIGRAINE	
ANGIOLOGIE		
FEMME 63 ANS	VARICES	OEDEME DE JAMBE TABAGISME ONYCHOMYCOSE TROUBLE PSYCHIQUE COLOPATHIE
FEMME 32 ANS	VARICES	
FILLE 14 ANS	VARICES	CRAMPES POIDS/TAILLE
FEMME 83 ANS	VARICES ARTERIOPATHIE OSTEALGIE	ANGOR HYPERTENSION ARTERIELLE HYPOTHYROIDIE TABAGISME VERTIGES NON CARACTERISTIQUES
FEMME 43 ANS	VARICES	VEINITE POST SCLEROSE
FEMME 54 ANS	VARICES	MENOPAUSE
HOMME 58 ANS	VARICES	PARESTHESIE MYCOSE
FEMME 30 ANS	VARICES	VEINITE POST SCLEROSE SEQUELLES THROMBO PHLEBITE POIDS
FEMME 57 ANS		VARICES

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casographie

CARDIOLOGIE

FEMME 61 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	HYPERTENSION ARTERIELLE TABAGISME DYSLIPIDEMIE ARTERIOPATHIE
HOMME 59 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	DIABETE HYPERCHOLESTEROLEMIE
HOMME 78 ANS		CRAMPES EMBOLIE ARTERE PERIPHERIQUE CANCER PROSTATE INSUF RESPIRATOIRE CHRONIQUE

CHIRURGIE

HOMME 33 ANS	EPIGASTRALGIE HERNIE	
FEMME 47 ANS	EVENTRATION	CANCER DU RECTUM MENOPAUSE POIDS
HOMME 56 ANS	HERNIE INGUINALE	TABAGISME
HOMME 70 ANS	FISSURE ANALE PRURIT ANAL	HYPERTENSION ARTERIELLE PROSTATISME
FEMME 68 ANS	ADENOCARCINOME ENDOMETRE	MENOPAUSE TABAGISME

GYNECOLOGIE

FEMME 17 ANS	DYSMENORHEE	
FEMME 60 ANS	POLYPE UTERIN	MENOPAUSE
FEMME 50 ANS	MENOPAUSE	
FEMME 37 ANS	VAGINITE	
FEMME 34 ANS	FAUSSE COUCHE	GROSSESSE HEMORRAGIE UTERINE AUTRE
FEMME 52 ANS	CYSTITE	MENOPAUSE

ORL

FEMME 70 ANS	TUMEUR PAROTIDIENNE	
HOMME 55 ANS	HYPOACOUSIE	
FEMME 78 ANS	RHINITE ALLERGIQUE ACOUPHENE	HYPERTENSION ARTERIELLE DIABETE
FEMME 32 ANS	REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN	

PEDIATRIE

FILLE 2 MOIS	MERE AGHBS+	
GARCON 8 ANS 1/2	TORSION TESTICULAIRE	
FILLE 3 ANS	RHINOPHARYNGITE CONSTIPATION	
GARCON 45 MOIS		GASTRO-ENTERITE ?
GARCON 14 MOIS		CAUCHEMARS
FILLE 5 ANS		VACCIN

6.1.2. Les études de « cas »

A l'aide d'exemples de retour aux données de la consultation d'un malade particulier, les études de cas chercheront à mieux comprendre et à faire connaître le phénomène général des dangers et des risques pour la santé en situation de surveillance médicale discontinuée. L'information qui nous intéresse porte sur les dangers implicites de la situation. Selon la définition du dictionnaire Le Petit Robert : « *Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose* ».

Pour le médecin, il s'agit des causes d'évolution grave évitable d'un trouble de la santé. Nous distinguons deux types de dangers différents. Les uns relèvent de la présence d'un agent pathogène connu. On parlera de danger advenu, direct et certain. Les dangers des maladies de cause certifiée sont de cette nature. Les autres dangers génèrent des menaces alternatives plus ou moins prévisibles. On parlera de dangers actuels, mais indirects et hypothétiques. Les dangers d'erreur diagnostique sont de cette nature. Par exemple, pour le patient qui présente un ulcère gastro-duodéal connu, nous dirons que la prise d'aspirine, agent pathogène, représente un danger direct certain, mais que la confusion possible chez lui, en cas de douleur épigastrique, avec un infarctus du myocarde, risque d'erreur diagnostique, représente un danger indirect hypothétique. Il peut s'agir aussi des risques hypothétiques d'évolution grave évitable d'un trouble de la santé dont on ne sait pas toujours dans quelle mesure il est encore dans la fourchette des variations normales du fonctionnement physiologique, ni par quelle puissance d'intervention médicale il convient d'intervenir.

Mais chacun des dangers (directs ou indirects) doit être identifié. En effet, à ce stade du processus diagnostique, la bonne gestion de l'évolution grave évitable est tributaire de l'ensemble des critères d'urgence et de gravité des dangers actuels.

On cherchera à analyser la gestion du risque, en distinguant trois modes de connaissance que nous tenons pour les variables essentielles dont dépend le gain d'information sur le service médical rendu en situation de surveillance médicale discontinuée.

1. L'indice d'ouverture diagnostique pour le « cas » choisi.
2. Le type de dangers et de risques pris en charge.³²
3. L'attribution des décisions prescrites.

On s'efforcera, à travers les études de cas, d'illustrer la démarche diagnostique offerte par la Casographie, qui délimite les éléments du risque par les données d'inclusion et d'exclusion sur les manifestations et par la liste des dangers hypothétiques sous-jacents qui en résulte. Par là, on cherchera à faire voir comment la Casographie révèle et standardise, en tant que classification, les critères d'exclusion mutuelle qui fondent toute performance diagnostique.

La qualité de l'information issue de la classification des données présentes reposera :

- sur la performance dans le dénombrement des dangers et des risques sous-jacents ;
- sur la pertinence de la hiérarchie qui en résulte dans les décisions prises.

³² Cf. complément d'information au paragraphe 6.4.2.

6.2. Le devenir des formulations diagnostiques initiales, après la reformulation diagnostique des données à l'aide de la Casugraphie

Le tableau général 1 présente, côte à côte, sur deux colonnes, à gauche, les identifications diagnostiques initialement annoncées, reformulées selon la Casugraphie chaque fois que possible, et, à droite, les formulations diagnostiques qui viennent s'ajouter après l'examen des résumés de consultation à l'aide de la Casugraphie.

La confrontation de la série initiale des diagnostics habituels annoncés dans le corps même des résumés de consultation à leurs reformulations selon la Casugraphie aboutit au constat de deux modes d'intégration complémentaires.

1. Généralement, dans la Casugraphie, des intitulés ont été trouvés qui permettaient d'intégrer les formulations diagnostiques habituelles initialement annoncées. Souvent, on retrouve ces formulations directement dans un des titres de la Casugraphie, par exemple : *pharyngite*, *panaris*, *eczéma*, *HTA*. Parfois, le choix s'est porté sur la conservation d'un synonyme vernaculaire proche. Exemple : *insuffisance coronarienne* conservé à la place de l'intitulé exact dans la Casugraphie : *maladie coronarienne chronique*. Inversement, nous avons trouvé une fois un synonyme vernaculaire « *hypoacousie* », qui figure, lui, dans la Casugraphie en remplacement du terme technique initial « *presbyacousie* ».

Dans d'autres situations enfin, les formulations initialement annoncées indiquent des formes cliniques qui sont incluses dans la description de la scène du danger qui définit un titre de la Casugraphie. Cette situation survient surtout dans des spécialités lorsque de nombreuses formes cliniques impliquent un abord thérapeutique spécifique et différent (exemple en angiologie : *veinules et varicosités*, ou *grosses varices des jambes avec ectasie à 1 cm de diamètre*, ou *crosse de saphène interne droite palpable et vérifiée par le Doppler*, ou *veinules post-partum*. Ces formulations représentent dans la Casugraphie des formes cliniques de la scène du danger « *varices des membres inférieurs* ».

2. Plus rarement, il s'agissait de termes absents dans la Casugraphie pour des raisons de fréquence insuffisante en médecine générale. Ce sont alors les termes de la CIM, ou les termes techniques en usage, qui ont dû être conservés, mais adaptés au concept d'ouverture diagnostique par l'apposition de son indice (exemple : *adénocarcinome de l'endomètre C ou D*, ou *veinite post sclérose C*, ou *séquelles de phlébite ancienne A*).

Ainsi, les modalités diagnostiques habituelles ont trouvé, soit dans la *Casugraphie directement*, soit dans l'adjonction d'un *index d'ouverture* à un terme d'usage technique, un mode d'adaptation au concept de situation diagnostique ouverte que vise la reformulation des données à l'aide de la Casugraphie. Mais le résultat le plus significatif de la manœuvre est le constat de l'adjonction aux formulations initiales d'une riche série de formulations diagnostiques nouvelles dans un groupe important des cas, et l'apparition de formulations diagnostiques dans quatre résumés de consultations sur les cinq qui n'en comportaient initialement aucune.

Dès lors, il suffit de regrouper l'ensemble des formulations diagnostiques issues de la reformulation des données à l'aide de la Casugraphie sur une seule colonne, en distinguant simplement les intitulés des formulations habituelles de ceux des formulations nouvelles, par une différence de couleur par exemple (tableau général 2).

Tableau général 2

ENSEMBLE DES FORMULATIONS DIAGNOSTIQUES AVEC LEUR INDEX D'OUVERTURE DIAGNOSTIQUE

Index d'ouverture diagnostique

Positions diagnostiques choisies initialement
par les praticiens

A: symptôme
B: syndrome
C: tableau de maladie
D: diagnostic complet

Positions diagnostiques rajoutées a posteriori
par les animateurs du GRETEC

A': symptôme
B': syndrome
C': tableau de maladie
D': diagnostic complet

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casographie

MEDECINE GENERALE		POS DIAG
FEMME 39 ANS	SURCHARGE PONDERALE ANGINE	A C
GARCON 1 AN	OTITE MOYENNE AIGUE	C
HOMME 54 ANS	DIABETE HYPERTENSION ARTERIELLE	C C
FEMME 69 ANS	ASTHME	C
HOMME 50 ANS	PANARIS	C
HOMME 33 ANS	INFECTION DENTAIRE ADENITE OTALGIE	C B A
FILLE 2 ANS 2 M	ECZEMA ANXIETE (MATERNELLE)	C A/B
HOMME 36 ANS	RHINOPHARYNGITE PHARYNGITE	B A
HOMME 31 ANS	PHARYNGITE AMYGDALITE MAL DE GORGE	A C A'
HOMME 83 ANS	INSUFFISANCE CORONARIENNE HYPERTENSION ARTERIELLE LOMBALGIE GOUTTE	D C B C'
HOMME 47 ANS	LOMBALGIE HYPERTENSION ARTERIELLE SURCHARGE PONDERALE	B C A'
HOMME 67 ANS	PHARYNGITE ENROUEMENT MAL DE GORGE SURCHARGE PONDERALE	A A A A'
GARCON 4 ANS	RHINOPHARYNGITE TOUX	B A'
FILLE 10 MOIS	GASTRO-ENTERITE	B
FEMME 50 ANS	MIGRAINE	C
FEMME 42 ANS	CERVICALGIE DORSALGIE ACOUPHENE LABYRINTHITE AIGUE BOUCHON DE CERUMEN ANXIETE	B B A' C D A

Index d'ouverture diagnostique

Positions diagnostiques choisies initialement

par les praticiens

A: symptôme

B: syndrome

C: tableau de maladie

D: diagnostic complet

Positions diagnostiques rajoutées a posteriori

par les animateurs du GRETEC

A': symptôme

B': syndrome

C': tableau de maladie

D': diagnostic complet

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

		POS DIAG
ANGIOLOGIE		
FEMME 63 ANS	VARICES	D
	TABAGISME	B
	ONYCHOMYCOSE	C
	OEDEME DE JAMBE	B
	TROUBLE PSYCHIQUE	C'
	COLOPATHIE	B
FEMME 32 ANS	VARICES	D
FEMME 14 ANS	VARICES	D
	CRAMPES	A
	POIDS/TAILLE	A'
FEMME 83 ANS	VARICES	D
	ARTERIOPATHIE	C
	OSTEALGIE	A
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C
	HYPOTHYROIDIE	A
	ANGOR	C'
	TABAGISME	A
	VERTIGES NON CARACTERISTIQUES	B
FEMME 43 ANS	VARICES	D
	VEINITE POST SCLEROSE	C
FEMME 54 ANS	VARICES	D
	MENOPAUSE	C
HOMME 58 ANS	VARICES	D
	PARESTHESIE	A
	MYCOSE	C'
FEMME 30 ANS	VARICES	D
	VEINITE POST SCLEROSE	C
	SEQUELLES THROMBO PHLEBITE	C
	POIDS	A
FEMME 57 ANS	VARICES	D
CARDIOLOGIE		
FEMME 61 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	C
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C
	TABAGISME	D
	DYSLIPIDEMIE	A
	ARTERIOPATHIE	D
HOMME 59 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	C OU D
	DIABETE	D
	HYPERCHOLESTEROLEMIE	A
HOMME 78 ANS	CRAMPES	A
	EMBOLIE ARTERE PERIPHERIQUE	B
	CANCER PROSTATE	A
	INSUF RESPIRATOIRE CHRONIQUE	C

Index d'ouverture diagnostique

Positions diagnostiques choisies initialement

par les praticiens

A: symptôme

B: syndrome

C: tableau de maladie

D: diagnostic complet

Positions diagnostiques rajoutées a posteriori

par les animateurs du GRETEC

A': symptôme

B': syndrome

C': tableau de maladie

D': diagnostic complet

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

CHIRURGIE

		POS DIAG
HOMME 33 ANS	EPIGASTRALGIE HERNIE	B D
FEMME 47 ANS	EVENTRATION CANCER DU RECTUM MENOPAUSE POIDS	D D' C' B
HOMME 56 ANS	HERNIE INGUINALE TABAGISME	D B'
HOMME 70 ANS	FISSURE ANALE PRURIT ANAL HYPERTENSION ARTERIELLE PROSTATISME	D A A' C'
FEMME 68 ANS	ADENOCARCINOME ENDOMETRE MENOPAUSE TABAGISME	C A A'

GYNECOLOGIE

FEMME 17 ANS	DYSMENORRHEE	A OU B
FEMME 60 ANS	POLYPE UTERIN MENOPAUSE	C B'
FEMME 37 ANS	VAGINITE	B
FEMME 34 ANS	FAUSSE COUCHE GROSSESSE HEMORRAGIE UTERINE AUTRE	C D A
FEMME 52 ANS	CYSTITE MENOPAUSE	C C'
FEMME 50 ANS	MENOPAUSE	C

ORL

FEMME 70 ANS	TUMEUR PAROTIDIENNE	C
HOMME 55 ANS	HYPOACOUSIE	A
FEMME 78 ANS	RHINITE ALLERGIQUE ACOUPHENE HYPERTENSION ARTERIELLE DIABETE	B C C' C'
FEMME 32 ANS	REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN	B

PEDIATRIE

FILLE 2 MOIS	MERE AGHBS+	D'
GARCON 8 ANS1/2	TORSION TESTICULAIRE	C
FILLE 3 ANS	RHINOPHARYNGITE CONSTIPATION	B A
GARCON 45 MOIS	GASTRO-ENTERITE ?	B'
GARCON 14 MOIS	CAUCHEMARS	A'
FILLE 5 ANS	VACCIN	

6.3. Les résumés de consultation sans formulations diagnostiques additionnelles. Apport de la Casugraphie

Dans ce premier groupe de **20 résumés de consultation** on dénombre **24 formulations diagnostiques** sur le mode habituel. Leur reformulation à l'aide de la Casugraphie a fait apparaître des indices d'ouverture diagnostique dont la répartition est présentée ci-après.

Tableau 1
Répartition des 24 formulations diagnostiques *habituelles*
selon leur indice d'ouverture diagnostique, à l'aide de la
Casugraphie

Symptômes A/B	Tableaux de maladie C	Diagnostiques certifiés D
Médecine générale		
A Surcharge pondérale	C Angine	
A Anxiété	C Otite moyenne aiguë	
B Gastro-entérite	C Diabète	
	C Hypertension artérielle	
	C Asthme	
	C Panaris	
	C Eczéma	
	C Migraine	
Angiologie		
		D Varices
Gynécologie		
A Dysménorrhée	C Ménopause	
B Vaginite		
ORL		
A Hypoacousie	C Tumeur parotidienne	
B Reflux gastro-œsophagien		
Pédiatrie		
B Rhinopharyngite	C Torsion testiculaire	D Mère AgHBS positif
A Constipation		
Chirurgie		
B Epigastralgie		D Hernie

On constate que tous les intitulés de ces 24 diagnostics « habituels » existent aussi sous la forme « diagnostique ouverte » dans la Casugraphie, sauf *gastro-entérite* en médecine générale, *tumeur parotidienne* et *reflux gastro-œsophagien* en ORL et *torsion testiculaire*, vue en consultation de pédiatrie.³³

³³ Mais celle-ci n'entre pas dans la fourchette de fréquence régulière en médecine générale. La Casugraphie comporte « orchite - épididymite » où la torsion testiculaire figure dans la liste des troubles des santé et risques d'évolution grave concurrents. Dans tous ces cas de fréquence non régulière, il est conseillé de coder selon la CIM 10 et d'ajouter A,B,C,D en cinquième position, si on souhaite se référer au concept d'ouverture diagnostique de Braun.

De prime abord, on voit que toutes ces formulations expriment l'existence de manifestations actuelles ou de maladies chroniques. Il s'agit de situations de fréquence régulière dans les spécialités exercées et on se trouve dans les cas de figure où un trouble actuel de la santé appelle normalement des soins médicaux en routine professionnelle. On notera que 3 seulement de ces formulations diagnostiques signalent une maladie certifiée (des varices, une hernie et une sérologie positive de l'hépatite B chez la mère d'un bébé à vacciner). Dans toutes les autres situations présentes, le gain qualitatif dans la révélation du service médical rendu réside dans le fait que les praticiens ont pu saisir la possibilité de coder leur diagnostic habituel comme situation encore ouverte (A, B ou C). Par cet index, le médecin notifie le fait qu'on n'est pas en situation de certification étiologique complète sur le moment et qu'il agit sous cette contrainte, d'où l'intérêt de cette information pour la représentation du risque pris en charge.

Deux études de « cas » considérés comme représentatifs de cette série

Etude du gain d'information par la référence à la définition des « cas » de la Casographie

Un cas en gynécologie Femme de 37 ans

(en encadré les séquences textuelles du résumé de consultation)

<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Suivi de contraception. Prend la pilule depuis 6 ans sans problème Examen de routine
<u>SEMILOGIE</u>	Seins normaux sans signes d'appel, abdomen souple, vessie sans problème Présence d'une leucorrhée non signalée
<u>DIAGNOSTIC</u>	Test à la potasse +, suivi de contraception + découverte d'une <i>vaginite</i>
<u>DECISION</u>	Prescription de pilule + prélèvement vaginal après traitement symptomatique Revoir après labo
<u>CHOIX DE LA FORMULATION DIAGNOSTIQUE SELON LA CASUGRAPHIE</u>	Vaginite B ou C

Ce résumé du cas s'éclaire au vu de la définition de Vulvite - vaginite selon la Casographie.

<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Démangeaison locale, éventuellement douleurs, augmentation des pertes, lien éventuel avec des cosmétiques, des vêtements trop serrés
<u>SEMILOGIE</u>	Inflammation au niveau de la vulve et du vagin, sans autre particularité
<u>CLASSIFICATION</u>	sous C Tableau de maladie ou sous D Diagnostic après détermination de l'étiologie
<u>EVOLUTION ET DUREE</u>	Le plus souvent curable en peu de semaines. Récidives non rares.

La confrontation entre les données du résumé de consultation et la définition sous l'angle de la « scène du danger » montre que la situation n'est pas encore celle d'une « vaginite » à proprement parler. Non seulement les symptômes du « cas » sont déclarés absents : « sans problème, leucorrhée non signalée », mais surtout le diagnostic étiologique n'est pas encore parvenu. Le médecin a identifié la problématique en choisissant l'indice d'ouverture diagnostique B, simple groupe de symptômes, qui inclut l'hypothèse que le caractère physiologique de la manifestation constatée peut encore se confirmer. Si cette hypothèse est celle qui se vérifie, alors cette patiente n'est pas malade. Au contraire si, au retour des examens de laboratoire, l'hypothèse **D** se confirme, alors elle est atteinte d'une maladie pour laquelle il convient de se souvenir que coexistent deux dangers :

- un danger direct, certain, qui sera parfaitement défini, une fois prouvée l'étiologie ;
- un danger indirect hypothétique d'évolution grave évitable : un risque diagnostique. Celui-là implique la réfutation de troubles de santé concurrents, *mais possiblement aussi concomitants* et *masqués*, tels qu'ils sont énumérés dans la longue liste correspondante de vulvite - vaginite, parmi lesquels : diabète sucré, maladie vénérienne, cancer.

Les prescriptions témoignent de la gestion réaliste et complète de cette « scène du danger » : traitement symptomatique, suivi de contrôle par examen de laboratoire et clinique.

Ainsi, la formulation diagnostique habituelle « vaginite » s'avère insuffisante sur le plan informationnel. Elle est biaisée quant à la connaissance du problème médical et ne permet pas de distinguer entre le service rendu par une banale prescription d'un médicament devant une maladie déjà certifiée et l'activité de prévention secondaire qui se joue lors de cette consultation. Dans la Casographie, le degré d'ouverture proposé dans cette situation est le « tableau de maladie » **C** qui, tout en conservant l'ouverture sur la possibilité de santé, précise déjà l'autre alternative et délimite les dangers de la situation à ce stade diagnostique.

La référence au « cas » *vulvite – vaginite* dans la Casographie³⁴, ouvre sur la possibilité d'un état de bonne santé, mais aussi sur l'existence conjointe de deux dangers différents par nature. Elle distingue les décisions spécifiques qui en découlent et manifeste clairement la gestion des dangers et des risques dans une situation banale par excellence.

³⁴ Cf. Annexe : on y trouvera le texte des « cas » de la Casographie pris en considération dans les études de cas que nous présentons.

Un cas en médecine générale. Une petite fille âgée de 26 mois.

<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Extension d'après la mère des lésions d'eczéma vues une première fois dix jours auparavant.
<u>INTERROGATOIRE</u>	L'enfant ne souffre d'aucun symptôme. La mère est rongée par l'angoisse.
<u>SEMILOGIE</u>	Réduction de la surface atteinte et de l'intensité des lésions. Face postérieure de la cuisse gauche, avec début des lésions au pli du genou. La petite sœur sort d'une période de constipation intense pour laquelle la maman a consulté un soir en urgence à l'hôpital. Les médecins ont confirmé le diagnostic de constipation et conseillé de voir un pédopsychiatre. Deux entretiens pour lever la constipation. La petite enchaîne avec un eczéma.
<u>DIAGNOSTIC SUR LE MODE HABITUEL</u>	<i>Eczéma atopique du nourrisson.</i> Associé à une prise en charge de l'anxiété de la mère dans le cadre d'une approche systémique familiale.
<u>DECISION</u>	Poursuite du traitement initialement proposé : anti infl. stér, crème hydratante + PATIENCE.
<u>FORMULATION DIAGNOSTIQUE APRES USAGE DE LA CASUGRAPHIE</u>	<i>Eczéma de l'enfant</i> Le médecin a cherché aussi : <i>Prise en charge globale</i> pour l'enfant et <i>Relation d'aide, d'écoute et de réassurance</i> pour la mère : il constate que ces deux formulations diagnostiques sont absentes de la Casographie

Comment le médecin peut-il classer et coder pour identifier réellement une telle situation diagnostique à ce stade de la prise en charge ? Nous avons réexaminé et comparé les diagnostics proposés en prenant appui sur la CIM 10 d'abord, sur la Casographie ensuite.

Le premier regard s'est porté sur : eczéma de l'enfant.

La CIM 10 offre le chapitre « Dermatoses et eczémas », agrémenté de la note suivante : « Dans cette catégorie les termes dermite et eczéma sont utilisés comme synonymes et sont interchangeables ». On y trouve la catégorie *L20.8 : Autres dermatites atopiques* qui inclut expressément « eczéma infantile (aigu)(chronique) ».

La Casographie offre le « cas » *Eczéma*³⁵ et parmi les choix de codage adaptés à la CIM 10 selon les particularités, elle offre *L20.8 C. Autres dermatites atopiques / Tableau de maladie*.

Il n'y a donc pas de difficultés importantes de classification ici pour l'eczéma. Elle a déjà eu lieu à la précédente consultation. Le médecin la confirme. On peut considérer que le codage CIM 10 en situation de certitude convient. Si, cependant, un doute persiste sur le type exact de la dermite à l'examen clinique, sur un *intertrigo avec surinfection* par exemple, alors le codage C en tableau de maladie selon la Casographie conviendrait mieux, car on y trouve ces éventualités diagnostiques parmi la liste des affections concurrentes écartées provisoirement, mais *présentes en filigrane*. Le noyau du code CIM est conservé, il est simplement « adapté » par l'ajout d'un caractère appartenant à un axe additionnel, qui précise le degré d'une « ouverture diagnostique sur des maladies à risque différent ».

³⁵ Cf. Annexe

Le second problème d'identification diagnostique s'est révélé plus difficile à résoudre. Il concerne les annotations répétées relatives à l'anxiété maternelle.

La difficulté comporte un premier aspect qui relève du choix de la personne réellement concernée par la consultation. En réalité, les deux personnes sont concernées. Notre collègue a donc cherché : *Prise en charge globale pour l'enfant* et *Relation d'aide, d'écoute et de réassurance pour la mère*. Et il signale que ces deux formulations diagnostiques sont absentes de la Casugraphie

Les solutions que nous avons envisagées pour notre part sont les suivantes :

Du point de vue du soin de l'enfant :

La CIM 10 offre : *Z63.9 Difficulté liée à l'entourage immédiat sans précision.*

Cette rubrique est située dans le chapitre XXI : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99). Dans un commentaire il est précisé, entre autres, que de tels facteurs « *peuvent être enregistrés comme facteurs supplémentaires dont il faudra se souvenir quand le sujet reçoit des soins pour maladie* ».

Mais le fait essentiel est qu'il s'agit de la mère.

La Casugraphie offre : *Problèmes dans la famille*. Ce « cas » se définit comme :

PROBLEMES DANS LA FAMILLE	
RUBRIQUE DE REGROUPEMENT	Se retrouvent dans cette rubrique les situations problématiques où plusieurs générations peuvent être impliquées :
-	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes de parents avec leurs propres parents concernant l'éducation, l'argent, la promiscuité• Problèmes de parents avec les enfants Auprès de patients paraissant par ailleurs en bonne santé
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme)
EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE ³⁶	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes purement sociaux• Problèmes sociaux qui préoccupent si fort les patients qu'ils se sentent menacés dans leur intégrité et cherchent conseil
Code : <i>Z63.9 A Difficulté liée à l'entourage immédiat sans précision / Symptôme</i>	

Le critère « auprès de patients paraissant par ailleurs en bonne santé » ne convient pas. Cependant, par son intitulé et par sa définition du « cas », la Casugraphie apporte, elle aussi, ce qu'on sait d'important sur l'origine d'un risque pour cet enfant à ce stade.

Du point de vue du soin de la mère :

La CIM 10 offre : *R46.6 Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension*. Cette rubrique n'est pas assez explicite : le médecin parle d'anxiété, d'anxiété et on trouve, en effet, au chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM 10 : *F41.9 Troubles anxieux sans précision* ; mais un commentaire dédié à l'ensemble *F41 Autres troubles anxieux*, qualifie les manifestations d'accompagnement de *secondaires ou peu sévères*. Au stade de connaissance de la mère où le médecin se trouve, il ne peut pas encore affirmer cette donnée avec certitude.

³⁶ REGE = risques d'évolution grave évitable

La Casugraphie offre : *Anxiété*
F41.9 A Troubles anxieux, sans précision . /Symptôme

La définition de ce « cas » dans la Casugraphie répond à cette incertitude par son ouverture maximale sur l'analogie fallacieuse possible entre un état encore attribuable à des réactions se situant dans la fourchette de la normalité, mais aussi sur la possibilité de maladies caractérisées masquées. Par là, elle éclaire la complexité de la situation et permet de hiérarchiser les décisions à prendre au vu de la scène du danger. Ce cas est défini comme suit par la Casugraphie :

ANXIETE	
PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Sensations d'anxiété qui ne sont pas explicables pour le patient Un motif, en soi insignifiant, peut "avoir fait déborder le vase" Pas de troubles somatiques
RESULTAT DE L'EXAMEN	Le plus souvent, personnes apparaissant "nerveuses". Evénements parfois défavorables dans la vie (par exemple : séjours en institution, divorce parental, alcoolique dans la famille) Chez des patients par ailleurs "compensés", la démarche diagnostique approfondie " <i>Origine psychosociale</i> ", ne montre rien de particulier
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme)
EVOLUTION ET DUREE	Actuellement pas d'avis possible
EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Crainte compréhensible, passagère, à l'occasion de la plupart des troubles de la santé Nervosité Névrose anxieuse Psychose Phobie

Commentaire :

Au vu des « risques concurrents » qui apparaissent par référence à la Casugraphie sous leur forme explicite, on constate que la gamme de leur portée va du simple incident passager situé dans la fourchette des réactions encore saines (*compréhensibles, passagères*) jusqu'à des situations de maladies graves et durables résultant d'affections psychiatriques caractérisées. La présence de leur liste « *en filigrane* », rend compte de cette anxiété du point de vue du dénombrement et de l'identification du risque qui a été pris en charge par son diagnostic. On notera que cette représentation se fait sous l'indice d'ouverture diagnostique maximale, d'autant qu'à ce moment de la rencontre la démarche diagnostique approfondie sur l'origine psychosociale éventuelle n'a même pas encore pu être conduite. Cet indice **A** permet de rendre compte d'une situation subtile où le médecin s'est bien gardé de figer la situation en la psychiatisant d'emblée.

En conclusion, on voit combien toute classification diagnostique du problème médical de cet enfant sous la seule rubrique de *L20.8 C Dermite atopique*, sans la mention diagnostique aussi fine que possible du « cas » de *l'anxiété* maternelle au sens de la Casugraphie, apparaît comme une information insuffisante. Notons que le concept hiérarchique d'affection principale et de comorbidité apparaît ici dans toute sa faiblesse, eu égard à la scène du danger pour la mère et l'enfant.

6.4. Les résumés de consultation avec des formulations diagnostiques additionnelles. Apport de la Casugraphie

6.4.1. Analyse des formulations diagnostiques initiales reformulées

Dans le **second groupe de 25 résumés** de consultation, on dénombre **31** formulations diagnostiques initiales sur le mode habituel. La répartition des indices d'ouverture diagnostique qui leur ont été affectés à l'aide de la Casugraphie, est présentée ci-après.

Tableau 2

Répartition des 31 formulations diagnostiques initiales habituelles selon leur indice d'ouverture diagnostique, à l'aide de la Casugraphie

Symptômes A/B	Tableaux de maladie C	Diagnostiques certifiés D
Médecine générale		
B Rhinopharyngite	C Infection dentaire	D Insuffisance coronarienne
A Pharyngite	C Amygdalite	
B Lombalgie	C Hypertension artérielle	
A Pharyngite		
B Rhinopharyngite		
B Lombalgie		
Angiologie		
A Ostéalgie	C Artériopathie	D Varices
		D Varices
		D Varices
		D Varices
		D Varices
		D Varices
		D Varices
Gynécologie		
	C Polype utérin	
	C Fausse couche	
	C Cystite	
ORL		
B Rhinite allergique		
A Acouphène		
Cardiologie		
	C Insuffisance coronarienne chr.	D Insuffisance coronarienne chr.
Chirurgie		
A Prurit anal	C Adénocarcinome de l'endomètre	D Eventration
		D Hernie inguinale
		D Fissure anale

Tout comme pour la liste des formulations habituelles initiales pour les 20 résumés de consultation qui n'ont pas donné lieu à un supplément de formulations diagnostiques nouvelles, on voit qu'il s'agit aussi, dans ces 25 autres résumés de consultation, de situations de fréquence régulière dans les disciplines médicales d'où elles proviennent et de formulations initiales habituelles qui répondent à des circonstances où un problème de trouble actuel de la santé connaît normalement des soins curatifs.

On voit confirmer le constat, déjà signalé, que les intitulés de ces 31 formulations diagnostiques habituelles n'ont pas dû subir de modification significative par le recours aux intitulés correspondants de la Casugraphie. La seule différence patente a consisté dans le maintien d'un terme technique « *Eventration* » au lieu de son synonyme vernaculaire : « *Hernie de cicatrice abdominale* ». Pour les autres intitulés il s'agissait le plus souvent d'une identité réelle entre le terme habituel et l'intitulé correspondant de la Casugraphie ou de synonymes vernaculaires proches (exemple : *Insuffisance coronarienne* conservé à la place de l'intitulé exact dans la Casugraphie : *Maladie coronarienne chronique*). Plus rarement, il s'agissait de termes absents dans la Casugraphie pour des raisons de fréquence insuffisante en médecine générale. Ce sont alors les termes techniques en usage ou ceux de la CIM, qui ont été conservés, mais adaptés au concept d'ouverture diagnostique par l'apposition de son indice (exemple : *Fausse couche C*, *Polype utérin C* ou *Adénocarcinome de l'endomètre C ou D*)

En conclusion, la comparaison des intitulés de la série initiale des 24 et 31 formulations diagnostiques habituelles, proposées par les médecins traitants dans le corps de leurs 49 résumés de consultation, aux intitulés issus de leur reformulation à l'aide de la Casugraphie, n'a pas montré de différences significatives. Toutes renseignent sur les circonstances « actuelles » de la demande de soins. La faisabilité, par les praticiens, de l'indexation en fonction de leur degré d'ouverture selon la Casugraphie a été confirmée.

Mais, pour ces 25 résumés de consultation, nous possédons la liste de 51 formulations diagnostiques nouvelles, ajoutées après la reformulation des données présentes à l'aide de la Casugraphie. C'est maintenant cette liste que nous allons relever et étudier sur le mode des tableaux récapitulatifs et des études de cas, à la recherche des raisons de ces adjonctions aux diagnostics initiaux. On verra comment le degré d'ouverture diagnostique et sa formulation dans la Casugraphie donnent accès à la scène du danger sous-jacente à chacune de ces situations ponctuelles.

6.4.2. Analyse des formulations diagnostiques additionnelles

On dénombre **51 formulations diagnostiques nouvelles** qui ont été ajoutées dans le second groupe de 25 résumés de consultation.

Nous avons annoncé que nous rechercherions les connaissances corrélées à trois variables qui sont dépendantes de la classification diagnostique à l'aide de la Casographie, et de la situation de surveillance discontinue qui fait l'objet de notre étude :

- le concept d'ouverture diagnostique et son indice, dont nous allons poursuivre l'étude,
- le type de dangers et de risques pris en charge, dont nous allons relever et étudier la répartition,
- l'attribution des décisions prescrites qui sera présentée séparément au chapitre 7.

1. Le concept d'ouverture diagnostique permettra

- de préciser le degré de certitude étiologique atteint sur le moment dans la formulation diagnostique qui a été retenue ;
- de représenter la construction de « la scène du danger » en fonction des sciences médicales, sur le mode empiriquement en usage dans la profession.

En position de symptômes isolés A ou groupés B, le problème posé au médecin est de savoir si la situation qui lui est présentée se situe encore dans la fourchette des « troubles » de l'état de santé qui sont aptes à disparaître spontanément ou à l'aide de soins modestes ou bien si ces troubles masquent fallacieusement des maladies proprement dites et leurs dangers.

En position de tableau de maladie C, d'étiologie probable mais non complètement certifiée, le problème posé est de savoir s'il s'agit bien de la maladie supposée et non d'une autre, concurrente par les manifestations, mais dont l'étiologie et les dangers sont différents.

En position de maladie d'étiologie certifiée D, le problème posé au médecin est de savoir si, en même temps que la maladie certaine, il n'existe pas aussi une maladie « concurrente par ses manifestations, mais différente par son étiologie et ses dangers ».

2. Le type des dangers et des risques pris en charge doit permettre d'identifier les modalités par lesquelles s'exprime la prévention des risques, sous forme de

- *veille* sur les complications possibles d'une maladie connue,
- soins donnés à une maladie qui est un *facteur aggravant* pour une autre,
- d'attention portée aux *hypothèses diagnostiques de type ouvert*.

6.4.2.1. Apport de « l'ouverture diagnostique » dans les formulations diagnostiques additionnelles

Tableau 3
Répartition des 51 formulations diagnostiques nouvelles
selon leur indice d'ouverture

Les ajouts d'indice sans apostrophe proviennent des médecins traitants. Les indices suivis d'un astérisque signalent les formulations diagnostiques ajoutées, ensuite, par les responsables de la recherche.

Symptômes A/B	Tableaux de maladie C	Diagnostics certifiés D
Médecine générale		
B Adénite	C Hypertension artérielle	
A Otalgie	C' Goutte	
A Pharyngite		
A Mal de gorge		
A' Surcharge pondérale		
A Enrouement		
A Mal de gorge		
A' Surcharge pondérale		
A' Toux		
Angiologie		
B Œdème de jambe	C Veinite post-sclérose	D Varice
B Tabagisme	C Onychomycose	
B Colopathie	C' Trouble psychique	
A Crampes	C Angor	
A' Poids / Taille	C Hypertension artérielle	
A' Hypothyroïdie	C Ménopause	
A Tabagisme	C Mycose	
B Vertiges	C Veinite post-sclérose	
A Paresthésie	C Séquelles thrombophlébite	
A Poids		
Gynécologie		
B' Ménopause	C Ménopause	D Grossesse
A Hémorragie utérine		
ORL		
	C Hypertension artérielle	
	C Diabète	
Cardiologie		
B' Dyslipidémie	C Hypertension artérielle	D Tabagisme
A Hypercholestérolémie		D Artériopathie
		D Diabète
Chirurgie		
A' Poids	C Ménopause	D Cancer du rectum
B' Tabagisme	C Hypertrophie Prostate	
B' Hypertension artérielle		
A Ménopause		
A' Tabagisme		

Deux études de cas de cette série

S'agissant de formulations diagnostiques « ajoutées » à la suite d'un réexamen, à l'aide de la Casographie, des données présentes dans les résumés de consultation, cette série est particulièrement intéressante à étudier de près par le retour aux cas particuliers. On tentera de comprendre pourquoi la révélation de ces données diagnostiques a été jugée nécessaire à l'information sur la situation médicale réelle sous l'angle de la gestion des dangers et des risques.

Un cas d'angiologie

Une jeune fille de 14 ans, adressée par une orthopédiste pour varice. Ici le reclassement diagnostique selon la Casographie a apporté un gain d'information important sur les dangers et risques maladie pris en charge, alors que le résumé de consultation signale expressément « aucun symptôme, aucune complication ». Les circonstances de ce gain et ses effets sur la connaissance de la gestion empirique du risque, tels qu'ils ont été révélés lors des discussions dans le groupe de travail, font voir comment fonctionne la classification.

Le résumé de cette consultation d'angiologie se présentait comme suit :

Jeune fille de 14 ans

Plaintes et circonstances :

Adressée par mon associée orthopédiste pédiatrique (scoliose) car elle a repéré une varice de la jambe droite. Vient avec sa mère. Aucun symptôme, aucune complication.

Interrogatoire :

1,71 m et 45 kg.
Quelques crampes (voûte plantaire) en gymnastique, peu.
Non encore réglée.
Antécédents : Fracture du fémur droit à l'âge de 8 mois (plâtrée 6 semaines)
Famille : Père : pas de varice
Mère : pas de varice mais *spasmophile*
Grand-mère maternelle : varices

Résultat de l'examen :

Grande fille mince
Debout : voûte plantaire gauche : affaissement. Mycose interdigitale = 0
Pas de varice palpable sur les grandes saphènes, ni petites saphènes (confirmation au Doppler de poche), mais saphènes déjà bien visibles sur certaines portions : petite varice (4 cm), en face interne au creux poplité droit et veinules sur faces externes des deux cuisses.
TA : 120/74.

Diagnostics :

Varice asymptomatique + veinules.

Décisions :

Auxeryl D3 (1 ampoule les 1^{er} octobre et 1^{er} mars)
Chaussettes de soutien, conseils d'hygiène diététique
Information sur sclérothérapie plus tard à sa demande.

Après réexamen des données à l'aide de la Casographie : l'angiologue a proposé comme bon codage *Varice + veinules I83.9 D*. Mais notre collègue signale aussi avoir cherché « *puberté* » et « *crampes à l'étirement* » dans la Casographie, sans succès.

Ainsi, pour le praticien, le seul diagnostic de type habituel, *varice*, ne donne aucune information sur un ensemble de données, du type signes et symptômes, pourtant consignées dans le résumé de sa consultation et qui sont donc à prendre en considération. Or, par leur présence conjointe, plus que par leur caractère propre, ces données suggèrent à l'angiologue une interrogation sur la nature encore normale ou non de ces manifestations, d'où la recherche de deux formulations diagnostiques supplémentaires. La lacune d'information se manifeste aussi par le fait que les prescriptions (vitamine D3 et conseils d'hygiène diététique) débordent celles conformes au seul diagnostic de varices.

Il nous revenait de réexaminer les données présentes dans le résumé de consultation l'aide de la CIM 10 et de la Casographie.

- Premier constat : la circonstance de la consultation mène en effet directement sur *varices des membres inférieurs*. Le diagnostic du type habituel qui figure sur le résumé de consultation est ici sans concurrence en présence de dilatations des veines superficielles au niveau des membres inférieurs. Le code proposé dans la Casographie est *I83.9 / D Diagnostic certain*³⁷. Les risques relèvent du danger direct certain dont les routines professionnelles assurent la gestion.
- Second constat : Il reste un ensemble de manifestations cliniques d'autre nature, présentes dans le compte rendu de consultation. L'examen du médecin a signalé d'emblée une *minceur* qui permet d'évoquer la simple poussée de croissance, mais aussi la notion d'une *maigreur relative* compte tenu de la taille : 1 m 71 pour 45 kg. Ont été notés aussi *l'absence d'établissement des menstruations*, ainsi que les *crampes* de la jeune fille en *gymnastique* et les antécédents de *spasmophilie* de sa mère. Aussi, dans ce contexte pratique et psychologique de première consultation, le médecin a fourni une première indication à la mère et à l'enfant sur l'existence possible d'un trouble de santé, par la prescription de vitamine D3 et les conseils d'hygiène diététique. La porte a été aussi largement ouverte pour d'autres consultations, le cas échéant pour le motif qui a servi cette première fois d'un commun accord, les varices.

Comment ces données diagnostiques pouvaient-elles être classées et codées ?

La CIM 10 offre *R63.4 : perte de poids anormale*. Mais, nous le savons, parce qu'elle implique une certitude en fin d'épisode de soins, cette rubrique va au-delà des données déjà disponibles. Pour sa part, la Casographie offre : *R63.4 A / Symptôme : perte de poids (amaigrissement)*. Au vu de son seul intitulé, cette rubrique paraît présenter le même inconvénient que la CIM 10. Mais, conformément au concept d'ouverture diagnostique, ici maximale en situation de symptôme isolé A, cette rubrique identifie à la fois une situation clinique qui ne représente pas en soi, forcément, une maladie caractérisée, et un ensemble de troubles de santé concurrents qui restent présents en filigrane comme situation alternative.

A ce stade de première consultation, il n'est pas possible de prendre position plus avant.

³⁷ La CIM 10 stipule I83.9 : Varices des membres inférieurs sans ulcère ou inflammation.

Ce « cas » est défini par la Casographie et comme suit.

PERTE DE POIDS (AMAIGRISSEMENT)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Perte de poids récente ou lentement progressive, involontaire, inquiétante.
RESULTAT DE L'EXAMEN	La démarche diagnostique programmée n'oriente vers aucune particularité : l'approfondissement en milieu spécialisé est obligatoire
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme)
EVOLUTION ET DUREE	Actuellement aucun avis possible

Commentaire : dans le cas de la jeune patiente, on ignore s'il s'agit ici d'une perte lentement progressive du poids antérieur ou d'un retard à la prise de poids correspondant à une croissance récente de la taille. Les deux éventualités sont présentes. Ici, il existe des particularités d'anamnèse et d'examen qui autorisent par exception en première intention, l'hypothèse d'un simple retard pondéral lors d'une croissance rapide et, donc, un traitement d'épreuve préalable à toute démarche diagnostique programmée dont l'échec éventuel devrait conduire à l'approfondissement en milieu spécialisé. Le médecin a donc pris le parti de décider « un temps d'épreuve et de surveillance », en faveur de l'hypothèse d'une simple poussée de croissance sans maladie à proprement parler. Mais seule la prise en considération de la hiérarchie des urgences quant aux dangers et risques éventuels d'évolution grave évitable dans l'hypothèse d'une maladie « masquée », permet au médecin de fonder sa décision. La situation qui a été gérée ici est identifiée dans la Casographie par l'ensemble des situations concurrentes à risques d'évolution évitable qui, en l'absence de réfutation disponible sur le moment, sont au cœur du dénombrement des dangers et des risques.

EXEMPLES DE RESULTATS CONCURRENTS ET RISQUES D'EVOLUTION GRAVE EVITABLE

Cancers

Maladies du métabolisme : - diabète sucré

- hyperthyroïdie

Affections psychiques : - anorexie mentale

- dépression

Abus de tabac, d'alcool, de médicaments

Infections chroniques (tuberculose)

Maladies inflammatoires chroniques (PCE)

Epuisement / Fatigue générale

Helminthiases (tænia)

Au vu de cette liste des dangers possibles, le résumé de consultation montre que, à ce moment de première approximation, les situations à risques évoquées ne peuvent être réfutées, mais ne sont pas non plus d'actualité immédiate. Le concept d'ouverture diagnostique implique précisément qu'il faut et il suffit que ces dangers restent présents en *filigrane*, dans des conditions précises définissant leurs modalités de réfutation. Dans le cas particulier que nous examinons, au vu de la hiérarchie des urgences correspondant aux dangers éventuels de cette série, le mode de surveillance qui a été décidé est sans doute le plus adéquat. En particulier, les affections psychiques qui pourraient se révéler lors de consultations ultérieures appellent « cette retenue au premier abord » qui a été pratiquée ici afin de créer le premier lien positif de mise en relation de confiance que suppose leur éventuelle prise en charge future.

De même, en réponse au problème de classement posé par les « crampes », la précision enregistrée dans le résumé de consultation sur la survenue en « gymnastique » et une pratique plus longue de la Casographie auraient orienté sur la catégorie offerte *Hyperventilation - Spasmophilie / B Groupe de symptômes*³⁸ Là aussi, il est vrai que le tableau typique de spasmophilie décrit dans les critères d'inclusion du « cas » n'est pas réuni. Celui-ci doit donc rester « ouvert » en ce qui concerne cette jeune fille, au profit d'une hypothèse de trouble de santé sans maladie à proprement parler, sous condition d'un temps de surveillance attentive et de traitement d'épreuve. Par là, le « cas » « *Hyperventilation - spasmophilie / B* » en situation d'ouverture diagnostique, explique bien à la fois le choix ouvert sur un ensemble d'hypothèses à garder en mémoire, et le choix du traitement d'épreuve pour hypocalcémie qui a été empiriquement prescrit.

HYPERVENTILATION – SPASMOPHILIE

EXEMPLES DE RESULTATS CONCURRENTS ET RISQUES D'EVOLUTION GRAVE EVITABLE

Spasmophilie - hyperventilation dans le cadre
d'un effondrement nerveux

Etats fébriles

Hyperthyroïdie

Hyperparathyroïdie (après thyroïdectomie)

Hypocalcémie

Epuisement / Fatigue générale

On voit combien un codage diagnostique isolé du type habituel « Varices de membres inférieurs » qui répond essentiellement aux visées curatives de la consultation, donne de la situation réellement prise en charge une vision insuffisante. Il s'agit d'une situation médicale toute entière tournée vers la gestion de dangers par le dépistage précoce de maladies, non pas au prix d'une recherche tous azimuts des causes, mais « au moment qu'il faut et seulement s'il le faut, au regard d'un guet médical institué sur un long terme ». Aussi la révélation et la conservation de ces données, ainsi que leur communicabilité éventuelle, représentent le gain qualitatif fort que nous attendons *pour et sur* le service médical rendu.

³⁸ Cf. Annexe

Un cas de médecine générale

Nous présentons un résumé de consultation qui est très intéressant parce que, derrière un diagnostic du type habituel à visée curative, le véritable danger qui a été pris en charge n'a bénéficié d'aucune formulation diagnostique et a été entièrement reconstitué pendant la discussion dans le groupe.

Homme de 31 ans	Choix envisagés de la Casugraphie	Bon choix cocher la case	Par défaut la définition n'inclut pas	Par excès la définition comporte en plus
<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> - Douleur pharyngée avec irradiation oreille gauche, fatigue - Amygdalite chronique, indication opératoire posée antérieurement <u>INTERROGATOIRE</u> Pas de sensation fébrile, douleur à la déglutition. Fatigue constante <u>SEMILOGIE</u> + Pharynx rouge, adénopathie sous angulo-maxillaire G, amygdale rouge – Tympan normaux, amygdale volume normal, rhinite absente, toux absente <u>DIAGNOSTIC</u> Pharyngite avec sémiologie de l'amygdalite <u>DECISION</u> Antibiotique - corticoïdes	Pharyngite / A	XX	L'antériorité de la connaissance du patient par le médecin	Enflure
	Amygdalite / B			Tuméfaction au cou, enduit blanchâtre
	Mal de gorge / B	X	Une sémiologie de l'examen positive	

La discussion dans le groupe d'étude a été d'abord commentée comme suit : homme 31 ans, douleur pharyngée, non fébrile, irradiant vers l'oreille gauche ; fatigue ; amygdalite « chronique à opérer » connue ; amygdale gauche rouge, de volume normal, sans enduit purulent, adénopathie sous angulo-maxillaire gauche ; pharynx rouge ; ni toux, ni rhinite.

Le médecin traitant note « pharyngite avec sémiologie d'amygdalite » et prescrit : antibiotiques - corticothérapie. Après reclassement à l'aide de la Casugraphie il propose de coder en premier « *Pharyngite A* » et en second « *Mal de gorge B* ». Il exprime le souhait d'un bon programme diagnostique.

A l'examen des définitions des « cas » envisagés selon la Casographie on voit que :

- *Pharyngite*, fait problème parce que sa rubrique résultat de l'examen stipule « rougeur manifeste, éventuellement combinée à une enflure nettement différenciée du pharynx. Hormis une participation ganglionnaire facultative pas d'autres symptômes ». L'extension signalée de l'inflammation à l'amygdale récuse ce choix en termes de certitude au profit de l'ouverture sur des résultats concurrents.
- *Mal de gorge* fait problème parce que sa rubrique « résultat de l'examen » stipule : « A l'examen local, oropharynx sans particularités ». Ici des signes locaux existent. Ainsi, bien que la définition des plaintes et circonstances indique « Maux de gorge persistant depuis peu de jours, éventuelles douleurs à la déglutition », le « cas : Mal de gorge » peut être retenu, là aussi, uniquement au seul profit de l'ouverture sur des résultats concurrents.
- *Amygdalite* fait problème par l'absence d'enduit purulent, ce qui déplace aussi l'attention sur l'ouverture à des affections concurrentes.

Un regard porté sur les « cas » concurrents pour « Mal de gorge » dans la Casographie rappelle qu'il s'agit de : pharyngite, angine et... sensation d'angoisse !

A ce stade de la discussion, on apprend verbalement qu'il s'agit d'un patient connu, hésitant à se faire opérer des amygdales, qui vient pour :

1. avoir un traitement « connu de lui pour être efficace » au moment de partir en voyage dans un pays lointain ;
2. dire à son médecin qu'il craint d'avoir eu un « rapport non protégé », au risque de contagion VIH. Le médecin a prescrit les examens de circonstance. *Mais il n'a rien classé ni codé !* Ici pourtant il rend un service éminent dans le diagnostic et la gestion d'un risque dont le code CIM 10 existe : *Z20.6 Sujets en contact ou exposés au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).*

Nous apprendrons plus tard que la sérologie VIH prescrite est revenue négative. Cela n'enlève rien au fait que la fonction de gestion d'une importante « scène de danger », telle que le médecin traitant l'a si bien remplie empiriquement, est finement représentée, pas à pas, en confrontant ses hypothèses diagnostiques aux « cas » de la Casographie. Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le fait que le praticien avait lui même perçu les carences de ses hypothèses initiales, puisqu'il avait noté que ses formulations diagnostiques n'étaient pas tout à fait conformes à celles définies par la Casographie, et signalé que ses propositions diagnostiques étaient prises « soit par défaut » (cas plus riche que la définition), soit par « excès » (définition plus riche que le cas).

Le signal d'un risque diagnostique lié aux « cas » concurrents, présents en filigrane, d'une hypothèse diagnostique, est, on le comprend, un mode habituel de raisonnement médical. On voit par cet exemple combien son efficacité a été ici le résultat d'intuitions professionnelles répondant à des finesses cliniques. Mais la sélectivité rigoureuse des données qui définissent les « cas » de la Casographie révèle ici sa performance dans la représentation du processus qui fonde le service médical rendu.

6.4.2.2. Apport des scènes du danger identifiées dans les formulations diagnostiques additionnelles

Aujourd'hui, tout se passe comme s'il était admis que la mission des soins médicaux comporte deux champs différents d'application. Dans un premier champ d'activité, primordial du point de vue de la santé publique, il s'agirait de la prise en charge des maladies chroniques et des maladies aiguës identifiées selon des normes rigoureuses. Dans un second champ, additionnel, important du point de vue des individus, il s'agirait de répondre à des demandes de soins pour des troubles de la santé et des besoins personnels qu'on ne peut pas identifier avec certitude en l'état des référents scientifiques actuellement en usage.

Mais, à l'examen des pratiques médicales réelles sur le terrain, les limites entre ces deux champs théoriques de soins s'effacent devant les exigences de la décision en situation d'incertitude. On constate le travail de réponse aux dangers pour la santé et de gestion des risques dans toutes les situations de maladie où les données de la certitude étiologique complète ne sont pas disponibles sur le moment.

En ville, l'étude de cette forme, peu connue mais primordiale, de service rendu par le *risk management* médical, veut répondre à la montée en charge actuelle des besoins. Ainsi, à l'aide de la Casographie, nous avons constaté d'abord l'insuffisance des formulations diagnostiques habituelles pour décrire cette forme du service médical rendu.

Nous allons examiner, maintenant, comment le nouvel outil de classification permet au médecin de rendre compte des risques assumés, par l'ajout de formulations diagnostiques nouvelles, incluant des données qui ont été relevées dans les résumés de consultation, mais sont restées sans emploi.

A l'examen, les 51 formulations diagnostiques nouvelles répondent à trois modalités de risque d'évolution grave évitable corrélées, d'un côté, à la comorbidité diagnostiquée selon les formes classiques et, d'un autre côté, aux troubles de la santé d'étiologie incertaine.

La comorbidité, telle qu'on la sous-entend classiquement, se manifeste sous deux modalités de gestion du risque.

- Le danger de complications possibles qui nécessitent, pour leur propre compte, à l'occasion de chaque rencontre, soit une « *veille thérapeutique* » (exemple, les complications des traitements agressifs en situation d'antécédents d'ulcère digestif), soit une « *veille diagnostique* » (exemple HTA, diabète, cancer en rémission). A cette modalité nous avons affecté le sigle **V**, *veille diagnostique et thérapeutique*.
- Le danger d'aggravation pour une autre maladie actuelle, aiguë ou chronique. Exemple : le tabagisme dans les maladies de l'appareil respiratoire. A cette modalité nous avons affecté le sigle **F**, *facteur aggravant*.

Mais, lorsque la comorbidité se manifeste sous forme de troubles de la santé d'étiologie certaine non disponible sur le moment, une troisième modalité de risque leur est attachée, qui ouvre sur des alternatives de dangers multiples. Le risque réside dans la méconnaissance possible d'une maladie grave, pouvant se présenter fallacieusement sous une manifestation analogue à celle de la maladie qui est envisagée. Exemple : pour un ulcère gastro-duodénal, à l'occasion d'une crise d'épigastrie, la méconnaissance possible d'un infarctus du myocarde³⁹ A cette modalité nous avons affecté le sigle **H**, *hypothèse diagnostique ouverte*.

39 La Casographie réunit et classe les « cas » de cette nature qui sont de fréquence régulière en médecine générale de ville.

**Répartition des 51 formulations diagnostiques nouvelles
selon la variable « modalité du risque »**

Distribution des trois modalités de risque	Veille sur un danger connu	V
	Facteur aggravant	F
	Hypothèse diagnostique ouverte	H

Symptômes	Tableaux de maladie	Diagnostics certifiés
------------------	----------------------------	------------------------------

Médecine générale

H Adénite	H Hypertension artérielle	
H Otalgie	H Goutte	
H Pharyngite		
H Mal de gorge		
F Surcharge pondérale		
H Enrouement		
H Mal de gorge		
H Surcharge pondérale		
H Toux		

Angiologie

H Œdème de jambe	H Veinite post-sclérose	V Varice
H Tabagisme	H Onychomycose	
H Colopathie	H Trouble psychique	
H Crampes	F Angor	
H Poids / Taille	F Hypertension artérielle	
F Hypothyroïdie	F Ménopause	
F Tabagisme	V Mycose	
H Vertiges	V Veinite post-sclérose	
H Paresthésie	V Séquelles thrombophlébite	
F Poids		

Gynécologie

H Ménopause	H Ménopause	V Grossesse
H Hémorragie utérine		

ORL

	F Hypertension artérielle	
	F Diabète	

Cardiologie

F Dyslipidémie	F Hypertension artérielle	F Tabagisme
F Hypercholestérolémie		F Artériopathie
		F Diabète

Chirurgie

F Poids	F Ménopause	V Cancer du rectum
F Tabagisme	F Hypertrophie Prostate	
F Hypertension artérielle		
F Ménopause		
F Tabagisme		

Le service médical rendu par les soins curatifs d'un danger de maladie actuelle et d'étiologie certifiée est immédiatement manifeste. Le service médical rendu par l'identification du danger aléatoire de complication évitable ou de maladie nouvelle masquée, reste trop souvent non explicite en l'absence de formulations diagnostiques adéquates. La Casugraphie comble cette lacune en permettant la révélation de cette activité au quotidien. On se situe délibérément en amont de toute décision thérapeutique, dans le cadre des données nécessaires au dépistage précoce des maladies et de leurs complications invalidantes. En effet, les innovations diagnostiques et thérapeutiques ont bouleversé l'utilité et l'efficacité des interventions précoces dans les domaines qui relèvent des sciences médicales. Par là, l'efficacité médicale a massivement accru les performances de la prévention secondaire et tertiaire des maladies. Ces formes de prévention ont toujours été sous-jacentes à la fonction médicale et très présentes depuis la création de l'assurance maladie. Mais, aujourd'hui, l'importance de révéler et d'étudier leur rôle éminent dans le service médical rendu à chaque consultation ne cesse de croître, sous la pression des besoins du système de santé et de la valeur attachée, dans nos sociétés, à la sécurité.

Les études de cas

1. La gestion du risque évitable de **complications possibles**, pour son propre compte, de la comorbidité classique. **Modalité de veille V.**

Un cas de chirurgie

Femme de 47 ans	Choix envisagés	Bon choix
<u>CIRCONSTANCES</u> Eventration postopératoire 8 mois après une intervention <u>ANTECEDENTS</u> - Cancer de la charnière recto-sigmoïdienne traitée par résection (hémicolectomie gauche) suivie de chimiothérapie. - Ménopause spontanée précoce. <u>SEMILOGIE</u> - Importante corpulence (prise de 10 Kg depuis l'intervention). - Eventration péri-ombilicale de plus de 10 cm. <u>DECISION THERAPEUTIQUE</u> Cure de l'éventration + ovariectomie systématique (en vue de prévention de métastase de type Krukenberg)	K43.9 Casu : « Hernie de cicatrice abdominale » K43.9 / D CIM 10 : Hernie abdominale, sans occlusion, sans gangrène	D

Il s'agit d'un des cas où ce sont les animateurs qui ont proposé l'ajout de trois formulations diagnostiques. Nous avons pris le parti de dire que, du point de vue de l'information sur la scène du danger et sur la gestion du risque qui a été conduite lors de cette consultation, il était légitime de proposer l'ajout de

- Prise de poids, obésité (Casographie : R 63.5 / A).
- Cancer de la charnière recto-sigmoïdienne (CIM 10 : C19).
- Ménopause (Casographie: N95 / C).

L'information relative à la veille sur le danger de récurrence du cancer et sur la prise de poids anormale dans le danger de récurrence de l'éventration, est un facteur décisif pour la connaissance des enjeux en matière de risque maladie pour cette patiente et commande par là l'appréciation du service médical rendu lors de cette consultation. Par la mesure chirurgicale *préventive* qui a été prise ici, cet exemple paraît très démonstratif de l'intérêt d'une classification et de la documentation systématique de la comorbidité surveillée au titre de la fonction de management de la scène du danger propre à chaque patient.

Un cas en oto-rhino-laryngologie

Femme de 78 ans	Choix envisagés de la Casographie	Bon choix Cocher la case
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Eternuements suivis de rhinorrhée aqueuse depuis qq. semaines Bourdonnements d'oreille unilatéraux, anciens, sous Vastarel (audiogramme en 94) Pas d'antécédents allergiques, pas de changement dans l'environnement ou la thérapeutique. Pas de vertige, pas de baisse de l'audition. bien suivie par son généraliste (TA, diabète, etc.)</p> <p><u>SEMILOGIE</u> Examen normal, muqueuse normale, tympan RAS - aucune déviation segmentaire.</p> <p><u>DIAGNOSTIC</u> Syndrome d'hypersécrétion nasale. Bourdonnements d'oreille.</p> <p><u>DECISIONS</u> Essai de Virlix + flixonase Essai de Maxilène (au lieu de Vastarel) Proposition d'audiométrie (à comparer avec 1994)</p>	<p>Rhinite allergique B</p> <p>Bruits auriculaires – acouphènes</p>	<p>X</p>

Cette patiente est porteuse de deux dangers chroniques et certains : un *diabète* connu et l'*hypertension artérielle*. Le compte rendu de la consultation signale que le spécialiste traitant a « veillé » à *vérifier* que le malade se fait suivre régulièrement pour ces comorbidités. La double information sur l'existence de ces dangers et sur l'existence de sa gestion est indispensable sous l'angle de la connaissance du risque maladie pour cette patiente. D'où l'ajout par nous de ces deux formulations diagnostiques dans l'esprit de notre étude sur la révélation du service médical rendu.

2. La gestion du risque évitable **d'aggravation** pour une autre maladie classique actuelle, aiguë ou chronique, sous l'effet d'une comorbidité. **Modalité F facteur aggravant.**

Un cas de cardiologie

Un homme de 59 ans	Choix envisagés de la Casographie
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u></p> <p>Coronarien Infarctus myocarde en 82 Récidive angor 97 Epreuve effort + Coronarographie 97 : - 2 sténoses coronaires droites serrées - 1 sténose circonflexe + occlusion distale - 1 sténose 50 % IVA (inter ventriculaire antérieure). Traitement : dilatation coronaire droite.</p> <p>Revu en mars 2000 : récurrence angor Epreuve effort + jusqu'à coronarographie mars 2000 : - bon résultat dilatation coronaire droite 97 - aggravation sténose circonflexe = angioplastie - sténose 60 % de l'IVA moyenne calcifiée.</p> <p><i>Consultation de suivi 3 mois après l'angioplastie double de circonflexe.</i></p> <p><u>SEMILOGIE avec signes + et –</u></p> <p>Pas d'angor, ni dyspnée Perte de poids de 2 kg (jusqu'à 88 kg) en 3 mois Diabète NID correct. Lipides corrects CT : 1,87g/l. LDL : 1,1 g/l. TG :1,13 g/l Ex clin NI : Insuf. Card. = 0. Artérite = 0. Carotides RAS TA 130/70. 88Kg. ECG Nécrose postéro-diaphragmatique.</p> <p><u>DIAGNOSTIC</u></p> <p>Insuffisance coronarienne.</p> <p><u>DECISIONS</u></p> <p>Epreuve d'effort à faire Si + - soit angioplastie IVA si circonflexe OK - soit double pontage IVA et circonflexe à discuter (diabète)</p>	<p>Insuffisance coronarienne chronique</p> <p>I25.9 / C ou D</p> <p>selon que l'on considère que le diagnostic d'imagerie n'est pas encore effectué Re-sténose ou non</p> <p>Diabète type II + E10 - E11 / D complications cardiovasculaires</p> <p>Hypercholestérolémie E78 / A</p>

L'étude détaillée de ce compte rendu de consultation a recherché l'éventuelle utilité de la Casographie (outil et concepts) dans un cas de coronaropathie déjà très finement documenté au départ.

Le diagnostic *habituel*, initialement porté sur le compte rendu de consultation, est : *insuffisance coronarienne*. Les formulations diagnostiques et les codes envisagés par le cardiologue dans l'esprit de la Casographie ont été

- *Insuffisance coronarienne chronique / C* ou *D* selon que le diagnostic d'imagerie est ou n'est pas encore effectué.

+ les deux dangers aggravants :

- *Diabète type II / D* (cf. CIM 10 de E10 à E11 + complications cardiovasculaires)
- *Hypercholestérolémie E78 / A*

La discussion a porté sur la capacité de la Casographie à

- enrichir l'information sur la réalité de la situation à la fin de cette consultation ;
- permettre un codage CIM 10 « adapté en situation d'ouverture ».

Où se trouve l'information enrichie sur la réalité de la situation médicale ?

Le patient, diabétique de 59 ans, a fait un infarctus du myocarde en 1982.

- En 1997, il consulte pour angor. Une première coronarographie montre une atteinte interventriculaire antérieure (50 %), coronaire droite et artère circonflexe. On dilate les deux sténoses serrées de la coronaire droite.
- En mars 2000, il revient pour rechute d'angor. La seconde coronarographie montre une aggravation de la sténose sur la circonflexe et un peu sur l'IVA (60 % cette fois).
- Ce jour, il s'agit d'une consultation de suivi à trois mois après une dilatation réalisée sur l'artère circonflexe. Cliniquement, ni angor, ni dyspnée, a réussi à perdre 2 kg, bilan sanguin acceptable.

La question médicale posée est : la dilatation est-elle suffisante ou faut-il réintervenir par angioplastie sur IVA seule ou par double pontage sur l'IVA et la circonflexe ? Donc une épreuve d'effort est à faire, dont dépend le choix de la meilleure solution disponible, mais « à discuter aussi en fonction du diabète ». Cet ajout d'information est fondamental au sens où il peut déterminer la décision thérapeutique « tous comptes faits ».

Les aspects techniques du codage

« Maladie coronarienne chronique » selon la Casographie correspond exactement à ce compte rendu par l'une des situations retenues par elle pour définir ce classement : « Constatation d'exams complémentaires (ECG, imagerie, laboratoire), déjà établis ailleurs, ... ». Les *indices d'ouverture C* ou de *fermeture D*, proposés par elle, informent sur le caractère complet ou non de l'exploration étiologique disponible sur le moment.

Ce mode d'identification du service médical rendu, au stade de la certitude graduée, vaut pour toutes les disciplines médicales à ce moment de la prise en charge. Il répond tout spécialement aux besoins en situation de surveillance médicale discontinuée, par l'identification précise de l'état de la question à la fin de chaque séquence de la prise en charge.

« Diabète sucré »

Les normes actuelles veulent la recherche des complications oculaires et cardiaques, voire rénales, pour le diagnostic complet d'un diabète, même type II, non insulino-dépendant. Aussi, la Casographie, dans sa fonction de signalement des risques, propose le code **C** Tableau de Maladie, dans les situations de surveillance discontinuée lors des conditions habituelles du suivi.⁴⁰ Le code **D** peut ainsi être réservé aux situations issues de l'examen complet en milieu spécialisé, si on veut pouvoir se rendre compte de la situation diagnostique par rapport à la gestion du danger d'évolution grave évitable.

« Hypercholestérolémie »

Son codage par la Casographie n'a posé aucun problème. Vu les dosages sanguins fournis, la classification : *Hypercholestérolémie essentielle E78.0 / A*, seule forme proposée par la Casographie (parce que seule de fréquence régulière en médecine générale), est adéquate.

⁴⁰ La Casographie offre les choix disponibles, dans la gamme des codes CIM 10 concernés. Par exemple ici E11.8 / C Diabète sucré type II, avec complications non précisées (car ici cardiologiques, pour lesquelles la CIM 10 ne prévoit pas de 4^e caractère particulier, contrairement à « avec complications oculaires » : E11.3 qui existe dans la CIM 10).

3. La gestion du risque évitable de *méconnaissance d'une maladie grave*, pouvant se présenter fallacieusement sous une *manifestation analogue* à celle de la maladie qui est envisagée sur le moment. Modalité à laquelle nous avons affecté le sigle **H**, *hypothèse diagnostique ouverte*.

Un cas de médecine générale

Femme de 33 ans	Choix envisagés de la Casugraphie	Bon choix	Par défaut	Par excès la définition comporte en plus
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Adénopathie sous angulo-maxillaire droite douloureuse avec otalgie, suite à une infection dentaire.</p> <p><u>SEMILOGIE</u> Tuméfaction douloureuse arrondie Tympan normaux Pharynx normal 1 dent cariée.</p> <p><u>DIAGNOSTIC</u> Adénopathie d'origine dentaire.</p> <p><u>DECISION</u> Anti-inflammatoires non stéroïdiens Antibiotique Revoir son dentiste.</p>	<p>Adénite (I88.9 / B)</p> <p>Infection d'origine dentaire (KO4.4 / C)</p> <p>Otalgie (H92.0 / A)</p>	X		« Périodontite apicale aiguë » Ici non aiguë.

Le diagnostic habituel est adénite d'origine dentaire.

Comment la relecture des données par rapport aux « cas » en situation ouverte de la Casugraphie a-t-elle permis de classifier et de coder la situation diagnostique au vu des données réellement disponibles à ce stade de la prise en charge, sous l'angle des situations de danger ?

Conformément au protocole de la recherche, notre collègue

- a donné la liste des choix diagnostiques successivement envisagés par lui,
- a fait usage de la Casugraphie, pour les classer et coder,
- a signalé le choix retenu par lui *in fine*.

La Casugraphie a fait envisager trois « cas » :

- Adénite / Groupe de symptômes. I88.9 B
- Otagie / Symptôme. H92.0 A
- Infection d'origine dentaire/ Tableau de maladie. K04.4 C

Examinons le résumé de consultation à la lumière de ces trois « cas », tels qu'ils apparaissent dans la Casugraphie, et de la liste, ainsi identifiée, des situations à risque et maladies qui peuvent se présenter sous le masque des mêmes manifestations.

ADENITE	
<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Tuméfactions douloureuses, siégeant essentiellement au cou, dans l'aisselle, dans l'aîne, pas de souvenir d'une cause
<u>RESULTAT DE L'EXAMEN</u>	Ganglions augmentés de volume, douloureux à la pression, le plus souvent cervicaux, axillaires ou inguinaux
<u>CLASSIFICATION</u>	sous B (Groupe de symptômes)

La donnée « tuméfaction ganglionnaire douloureuse » à l'examen clinique se retrouve dans cette définition. Mais le cas de la Casugraphie, qui reste extrêmement ouvert, n'identifie que les situations de *cause inconnue*. Par contre, chez la patiente, le *souvenir d'une cause*, l'infection dentaire, est présent.

Le choix du signe isolé « adénite sans cause connue » n'est donc pas correct *sur le moment*. On se reporte donc sur les résultats concurrents :

<u>EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE⁴¹</u>
<u>Adénites lors d'infections pyogènes</u> Adénite tuberculeuse Thyroïdite Lymphome (bénin et malin)

« Adénite lors d'infections pyogènes » illustre comment s'oriente intuitivement, dans la pratique, la recherche causale qui mènera ici sur la carie dentaire.

41 REGE : Risques d'évolution grave évitable

La présence *concomitante de l'otalgie* apporte aussi des informations dont il faut tenir compte.

La Casugraphie présente ce « cas » comme suit :

OTALGIE	
<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Douleurs au niveau de l'oreille, ressenties essentiellement dans le conduit auditif
<u>RESULTAT DE L'EXAMEN</u>	Conduit auditif externe, tympan, dents, articulation temporo-maxillaire, colonne cervicale, <i>sans particularités</i>
<u>CLASSIFICATION</u>	sous A (Symptôme)

A son tour, ce « cas », otalgie, très largement ouvert en position de « symptôme isolé », ne correspond pas à la richesse des données relevées. Chez le patient le symptôme otalgie est aussi présent, *mais il n'est pas isolé*. Par contre, ici aussi, la réponse première du médecin à l'ensemble des données présentes chez le malade se trouve illustrée au vu des exemples de « cas » concurrents, qui donnent la liste de situations cliniques qui se présentent sous le même masque.

<u>EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE⁴²</u>	
	Otite moyenne
	Otite externe diffuse (eczéma du conduit auditif)
	Furoncle du conduit auditif
	Inflammation de l'articulation temporo-maxillaire
	<u>Infection d'origine dentaire</u>
	Cervicalgie
	Catarrhe tubaire
	Acouphènes - Tinnitus

Notre collègue constate en effet « une dent cariée ». Dès lors, il évoque le troisième « cas », « infection d'origine dentaire », que la Casugraphie définit comme suit.

INFECTION D'ORIGINE DENTAIRE	
<u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u>	Douleurs - souvent très intenses au niveau buccal, lingual ou palatin de la mâchoire
<u>RESULTAT DE L'EXAMEN</u>	Tuméfaction et pression douloureuse au niveau de la racine dentaire correspondante, éventuel abcès ou fistule au départ d'une nécrose dentaire La tuméfaction peut déborder largement la zone de la racine dentaire (joue enflée)
<u>CLASSIFICATION</u>	sous C (Tableau de maladie)

42 REGE : risques d'évolution grave évitable

A lire les données cliniques relevées, le médecin parle de « carie dentaire » ; il ne décrit pas un tableau aigu aussi typique que celui identifié par la Casographie. Il se fie aux dires d'une patiente qui a fait le rapprochement entre son état clinique au jour de la consultation et une infection dentaire antérieure. *En fait, c'est l'évolution qui permettra de réviser ou non cette identification provisoire de la situation.*

EVOLUTION ET DUREE

Curabilité le plus souvent rapide par soins dentaires
En leur absence, chronicité, voire formation de granulome

On voit combien, dans un cas extrêmement simple et banal comme celui-ci, le médecin est contraint de coordonner trois données diagnostiques « fluides » :

- une adénopathie douloureuse et augmentée de volume,
- une otalgie d'accompagnement,
- une dent cariée avec un souvenir d'épisode aigu relaté par la malade.

A la confrontation de ces données aux « cas » de la Casographie on assiste à l'identification du processus de solidification des données auquel le praticien s'est livré, intuitivement, pour pouvoir s'arrêter sur son diagnostic *d'adénopathie d'origine dentaire*. Mais on voit aussi combien une telle forme affirmative

- occulte l'information sur sa gestion du risque lié à l'absence de confirmation diagnostique de la cause dentaire « à ce moment » ;
- fait disparaître l'objet de sa gestion, la scène « actuelle » du danger « faible mais non nul », consignée dans son résumé de consultation, c'est-à-dire qu'il puisse s'agir d'une des autres maladies concurrentes, dont certaines graves, qui sont répertoriées dans les « cas » « Adénite et Otalgie » de la Casographie.

Au contraire, s'il reste fidèle au concept d'ouverture diagnostique en situation de certitude non disponible, le codage se fait en « tableau de maladie » seulement, hypothèse diagnostique ouverte, car la maladie telle qu'elle est identifiée selon les termes de la CIM 10 : « Périodontite apicale aiguë » n'est pas encore certifiée sur le moment. Par là, pour le redire avec Braun, « les voies de la réflexion sur tous les diagnostics sous-jacents restent pleinement libres ».

6.5. Les résumés de consultation dépourvus de tout diagnostic « habituels ». Apport de la Casugraphie

Ce groupe est constitué de **4 résumés** de consultation.

2 résumés sans diagnostic initial n'ont pas été comptabilisés ici :

- 1 cas de pédiatrie concernait un contrôle de vaccination BCG. L'absence d'un diagnostic s'explique.
- 1 cas d'angiologie mentionnait une sclérothérapie ce qui rendait implicite l'existence de *varices*.

Les 4 autres cas se sont vu proposer **12 formulations diagnostiques** à l'aide de la Casugraphie.

Résumés de consultation

- 1 de médecine générale
- 2 de pédiatrie
- 1 de cardiologie

Nombre de formulations nouvelles ajoutées

6
1 + 1
4

Un cas de médecine générale

Femme de 42 ans	Choix envisagés de la Casugraphie	Bon choix	Par défaut	Par excès
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Cervicalgies (plaintes dorsalgie) nouvelles et aiguës Vertiges rotatoires : récurrence (vertiges chroniques depuis plusieurs années) Interrogatoire : Les plaintes ci dessus dans un contexte d'anxiété, de fatigue alléguée et d'une demande de prolongation d'arrêt de travail.</p> <p><u>SEMILOGIE</u> Petite raideur cervicale Pour le vertige : nystagmus évident + allégations d'acouphènes et hypoacousie à droite Examen : bouchon de cérumen des deux côtés.</p> <p><u>DECISION</u> Radiographies rachis cervical et dorsal Traitement du vertige : Tanganil Cerc Prolongation arrêt du travail Revoir pour lavage d'oreilles.</p>	<p>Cervicalgie M54.2 / B Dorsalgie M54.9 / B</p> <p>Anxiété F41.9 / A</p> <p>Labyrinthite aiguë H83.0 / C Acouphènes H93.1 / A Bouchon de cérumen H61.2 / D</p>	<p>X</p> <p>X</p>		<p>Mais troubles somatiques</p> <p>Evident, mais ne semble pas la cause des autres symptômes</p>

Ce cas est un des derniers qui nous soit parvenu. Il nous a paru particulièrement intéressant parce que le médecin a fourni directement le reflet de sa démarche diagnostique par les formulations qu'il a choisies dans la Casographie, sans passer par un diagnostic sous la forme habituelle comme ceux dont nous avons pu montrer des exemples d'insuffisance.

En fait, à la fin de cette consultation, le médecin dispose de deux « données solides » seulement, les bouchons de cérumen, diagnostic certain de clôtüre, D, et un nystagmus avec le récit des vertiges actuels et antérieurs, d'où le diagnostic de labyrinthite aiguë qu'il positionne provisoirement en tableau de maladie C, en l'absence de nausées et de vomissements. Cette ouverture permet d'intégrer la possibilité qu'il s'agisse ici de « vertiges non caractéristiques » par exemple.

Mais le médecin doit tenir compte aussi des « données fluides » que sont les symptômes douloureux rachidiens « aigus » d'apparition récente et les plaintes de fatigue, assortis d'une demande de prolongation d'arrêt du travail. L'ensemble évoque pour lui la possibilité d'une problématique sociale ou psychique. Mais, à ce stade de la démarche diagnostique, seuls les indices d'ouverture diagnostique B (groupe de symptômes) pour les douleurs rachidiennes et A (symptôme isolé) pour l'anxiété, lui permettent de documenter le fait important suivant : à l'issue de la consultation, sont sous-jacents à ces données des maladies concurrentes sérieuses, rares, mais de probabilité non nulle.⁴³

Les décisions qu'il prend sont en tous points conformes à cette documentation de sa gestion professionnelle de la « scène du danger », en fonction des contraintes et des moyens qui sont les siens en situation de surveillance médicale discontinuée.

- Il prescrit un traitement symptomatique des vertiges.
- Il prescrit un contrôle radiologique du rachis (troubles nouveaux et aigus).
- Il accorde une prolongation d'arrêt du travail.

En même temps, il se donne le moyen de revoir rapidement cette patiente pour le (et sous prétexte du) lavage d'oreilles, pour la vérification des images radiologiques du rachis et pour toute mesure d'approfondissement diagnostique éventuel, selon les besoins. Il nous semble que les qualificatifs de « bon choix » proposés par le médecin pour les seuls diagnostics de « bouchons de cérumen et labyrinthite aiguë », ne correspondent qu'à la justification des traitements prescrits. Nous pensons que le même qualificatif « de bon choix » s'applique à ses autres formulations diagnostiques (anxiété, cervicalgie, dorsalgie, acouphènes) en ce qu'elles identifient la scène du danger qui est prise en charge, au sens épidémiologique et au sens du service médical rendu, par les examens complémentaires et le contrôle mis en place.

⁴³ Cf. en annexe les « cas » correspondants de la Casographie

Pédiatrie

Deux résumés de consultation sont restés sans indication de formulation diagnostique proprement dite au sens habituel. Pourtant, au vu des données de leur résumés, ces deux cas ont fait l'objet du travail de gestion thérapeutique et du risque sur un mode identique à tous ceux que nous avons étudiés jusqu'alors. Nous avons donc étudié ces deux cas à la lumière de ce que la Casugraphie, ou au moins son concept, pouvait offrir à une telle formulation nouvelle.

Un cas de pédiatrie

Un garçon âgé de 45 mois	Choix envisagés de la Casugraphie	Bon choix	Par défaut	Par excès
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Vient pour douleurs abdominales + fébricule 37°8 depuis 3 jours</p> <p><u>INTERROGATOIRE</u> A vomi il y a 2 jours Pas constipé, pas décoloration des selles Urines normales -pas mal à la gorge Douleur continue péri-ombilicale (pas crampe) Pas de douleur en urinant.</p> <p><u>SEMILOGIE</u> A l'examen rien à signaler : - abdomen souple, foie rate 0, langue propre - auscultation pulm. et card. normale - gorge propre, 0 adénopathie</p> <p><u>DECISION</u> Attente avec antispasmodique ECBU (examen cyto bactériologique des urines) si la fièvre persiste.</p>	A ou B ?			

Nous étions donc en présence d'un résumé de consultation très complet sans formulation diagnostique de type *habituel* disponible « à ce moment ». La confrontation à la Casugraphie a cependant permis au médecin traitant de coder la nature complètement « ouverte » de la situation diagnostique.

Notre commentaire a été le suivant :

Nous ne connaissons aucun terme traditionnel pour qualifier la triade douleur abdominale haute + fièvre + vomissement, en l'absence de tout autre signe de quelque ordre que ce soit. Pourtant, c'est un ensemble qui nous paraît fréquent, en particulier dans la phase d'incubation des épisodes de viroses gastro-intestinales épidémiques ou non. En tout cas, la note digestive et infectieuse est ici bien indiquée sémiologiquement, ainsi que l'ouverture sur d'autres affections (ECBU si ! ?).

Au vu de la CIM 10

Aucun code CIM ne convient vraiment, même pas *R10.4 Douleurs abdominales, autres et non précisées*. En effet, ce code vient du chapitre 18 dont toutes les rubriques sont expressément certifiées « non classées ailleurs », c'est-à-dire (selon les règles CIM) en situation de fin d'épisode de soins chez le médecin traitant, le « non classé ailleurs » ayant été confirmé par l'évolution de l'épisode.

Dans la Casugraphie : une formulation diagnostique possible existe et mène au codage selon une CIM adaptée.

Parmi les « cas » envisageables, et compte tenu de la triade : douleur abdominale haute + fièvre + vomissement, les « cas » *épigastralgie, crampes abdominales, autres abdominopathies*, doivent être écartés au vu de leurs définitions. Et compte tenu de l'absence de signes physiques de quelque ordre que ce soit, *le syndrome fébrile non caractéristique* est à écarter aussi.

Par contre, *Diarrhée et/ou Vomissements*, convient assez bien (à sa lecture complète et compte tenu de la partie « Plaintes et Circonstances » de sa définition⁴⁴). Pour notre part, nous coderions B malgré l'absence, à ce stade, de diarrhée. Quant au code CIM 10 : *A09. Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse*, il devient acceptable par l'adjonction du caractère B qui signifie qu'on n'est pas en fin d'épisode de soins, mais à un stade de veille, dans l'attente d'une gastro-entérite, mais aussi d'autres maladies possibles.

Cette identification du service médical rendu ici par la gestion tout à fait efficiente du risque diagnostique, paraît la plus précise et honnête possible. Elle identifie tout le poids de cet acte intellectuel du diagnostic en situation de surveillance discontinuée de veille.

Second cas de pédiatrie

Un enfant de 14 mois de sexe masculin	Choix envisagés de la Casugraphie	Bon choix	Par défaut	Par excès
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Enfant de 13 mois Antécédents : gastro-entérite ayant nécessité une hospitalisation de 3 jours à l'âge de 8 mois.</p> <p><u>INTERROGATOIRE</u> Ne l'ayant pas vu depuis 5 mois : - Rien de particulier - des cauchemars quand va en halte-garderie - retard de vaccin</p> <p><u>SEMILOGIE</u> - Examen clinique R.A.S. - fait ses premiers pas - vaccination ROR</p> <p><u>DECISION</u> Ne plus aller en halte garderie temporairement (la mère ne travaillant pas) Explications régime et effets secondaires du vaccin.</p>				

⁴⁴ Cf. en annexe le cas : Diarrhée et/ou vomissements

On se trouve ici dans une de ces situations fréquentes en ville, où le médecin envisage, mais dans l'incertitude, qu'un trouble de la santé entre encore dans la fourchette des variations de la normalité.

La « médicalisation induite » d'une telle situation peut présenter des risques réels d'aggravation en cas de personnalité réceptive du patient ou de son entourage. En pédiatrie, cette difficulté est particulièrement sérieuse, en considération du rôle parental dans les soins aux enfants. Ici, le médecin choisit la gestion médicale de ce trouble par sa « banalisation » en première approximation, et l'attente de l'évolution vers la normalisation espérée. Le médecin sait que si ce type de difficulté persiste l'enfant sera représenté.

Comment aurait-il été possible de coder néanmoins cette « donnée de trouble de la santé », si « fluide » de par sa position ouverte à la fois sur la normalité et sur la pathologie. Car sa prise en considération peut se montrer utile au vu de l'évolution, si le trouble se révèle nécessiter des soins médicaux par sa persistance ou sa complication.

Que nous offre la CIM 10 dans son chapitre 5 Troubles mentaux et du comportement ?

- F51.5 *Cauchemars* ne convient pas car il s'agit de « Expérience de rêve chargée d'anxiété ou de peur s'accompagnant d'un souvenir très détaillé du contenu du rêve ».
- F51.9 *Trouble du sommeil non organique, sans précision* ne convient pas car la nature non organique n'est pas prouvée.
- F93.0 *Angoisse de séparation de l'enfance* ne convient pas car « elle se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance ».
- F93.9 *Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision* ne convient pas parce que ici une précision importante existe, le stress de l'hospitalisation dans l'enfance qui est une pathologie bien connue.

Le concept d'ouverture diagnostique permet néanmoins de classer et de coder :

F51.5 : Cauchemars A / Symptôme isolé.

En effet, la référence au concept d'ouverture diagnostique signale une forme de complétude des données non disponible. En conséquence, cette formulation diagnostique inclut d'autres catégories de trouble du sommeil, telles celles que nous venons d'évoquer, au titre des affections concurrentes et risques d'évolution grave évitable qui restent présents en *filigrane* dans la scène du danger.

Il convient aussi de rappeler que la Casugraphie donne 306 « cas » de fréquence régulière en médecine générale de type européen. Aussi faut-il s'attendre à trouver, dans les pratiques spécialisées de ville, des « cas » de fréquence spécifique, trop rares en médecine générale pour figurer dans la Casugraphie. On voit comment il est alors possible de recourir à un code CIM 10 *adapté par l'adjonction d'un indice d'ouverture*, en attendant d'avoir pu en formuler la matrice complète des risques. Ce cas de pédiatrie nous a semblé un exemple démonstratif de ce type de situations.

Cardiologie

Pour l'un de ses cas le cardiologue a, lui aussi, renoncé à donner un diagnostic du type habituel dans le corps de son résumé de consultation. S'agissant de classifier *la scène du danger*, il a accepté de recourir directement à la Casographie, tout comme le praticien de médecine générale dont nous avons présenté un cas plus haut. Ce résumé de consultation de cardiologie est donc resté sans diagnostic du type *habituel* et a reçu 4 formulations diagnostiques à l'aide de la Casographie par le médecin traitant. Les animateurs ont ajouté une cinquième formulation diagnostique, sous l'angle de la gestion assumée d'un risque.

Cas de cardiologie

Homme de 78 ans	Choix envisagés de la Casographie	Bon choix	Par excès
<p><u>PLAINTES ET CIRCONSTANCES</u> Ce matin au réveil, douleur de la loge antéro-ext. jambe droite persistant plusieurs heures (5-6 h), puis disparition totale en début d'après midi, 1 h avant l'examen.</p> <p><u>CONTEXTE</u> - Insuf. respir. chron. obstructive; tabagisme stoppé - Troubles vasomoteurs main droite en 97 : occlusion art. cubitale distale par embol à partir d'une ectasie cubitale traumatique - Phlébite surale <u>gauche</u> 98 - Rupture tendon d'Achille G opérée août 99 - Tumeur prostate opérée mars 2000 - Notion de palpitations irrégulières été 2000</p> <p><u>SEMILOGIE</u> 57 kg, TA 140/82 - Pas de refroidissement des extrémités Pas de traumatisme des membres, ni d'hématome Pas de modification de chaleur locale pendant l'examen Pas de modification de couleur pendant la douleur Le patient et sa femme ont noté des fasciculations musculaires de la zone douloureuse Pouls distaux + pieds chauds, mini œdèmes MI, bilatéraux, Amyotrophie mollet G post chir. tendon d'Achille Cœur normal régulier, ECG normal et RS 96 / mm</p> <p><u>DECISION</u> Antiagrégant Holter ECG Doppler Membres Inférieurs Lettre à la fille du patient, médecin elle-même (dont le cardiologue traite l'époux).</p>	<p>Myalgie symptôme A ?</p> <p><u>Embol. art. périph. A, B ?</u> (reperm. sur arythm. par FA paroxystique)</p> <p>Local. Il cancer prostate ?</p> <p><u>Crampes musculaires</u> R25.2 A</p>	<p>x</p>	<p>pas de douleur pression masse musculaire</p>

Le médecin évoque quatre « cas » possibles à l'aide de la Casographie. Il choisit « *Crampes dans les membres inférieurs* » comme bon choix et écarte les trois autres, dont cependant l'un, « *Embolie artérielle périphérique* », reste souligné, comme à prendre en considération plus particulièrement.

Mais sur quelles conclusions diagnostiques notre confrère a-t-il fondé ces décisions en fin de séance ?

Se conformant au protocole de la recherche, notre confrère fournit la liste des choix diagnostiques envisagés et les choix retenus en faisant usage de la Casugraphie.

- *Myalgie* ? Mais il n'existe pas de douleur à la pression de la masse musculaire qui caractérise ce « cas » dans la Casugraphie.
- *Cancer métastaté de la prostate* ? Mais comment expliquer la durée brève et la disparition spontanée de la douleur ?
- *Embolie artérielle périphérique* ? (sur arythmie par fibrillation auriculaire) qui se serait reperméabilisée ? Mais il n'existe aucun élément clinique en faveur d'une occlusion artérielle, même brève, qui ait été noté par le patient et son épouse pendant la crise ou par le cardiologue aussitôt après.

Il retient par contre *Crampes dans les membres inférieurs*.

A lire le « cas » dans la Casugraphie (la définition du cas ayant été découpée selon son plan réel et présentée dans des cadres successifs suivis de notre commentaire dans le groupe), on trouve en effet :

CRAMPES DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS

PLAINTES ET CIRCONSTANCES

En règle générale, crampes musculaires nocturnes. Le plus souvent unilatérales, de durée brève, dans les jambes et/ou dans les cuisses.

Ici on est bien en fin de nuit, les crampes sont unilatérales, situées dans une jambe, la brièveté de la durée est relative mais certaine.

RESULTAT DE L'EXAMEN

La démarche diagnostique programmée est restée sans rien à signaler.

Ici c'est bien le constat fait par le médecin à l'examen clinique.

CLASSIFICATION

sous A (Symptôme)

C'est bien ce qui advient : on classe en position « d'ouverture ».

EVOLUTION ET DUREE

Actuellement pas de prise de position possible

Le médecin ne formule aucune opinion quant à l'évolution. **Il ne le peut pas.**

EXEMPLES DE RESULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Varices
Affections artérielles occlusives
Taux de magnésium insuffisant
Myalgie / Névralgie
Traitement diurétique
Crampes musculaires autres

Au vu des résultats diagnostiques concurrents, on voit que le médecin a envisagé et écarté la myalgie. Par contre, il a souligné et géré le « risque » possible d'affection artérielle occlusive et demandé les examens permettant d'infirmier ou non ce danger. La Casographie lui a permis de dessiner la scène du danger actuel qu'il a gérée par la prescription d'un antiagrégant de sécurité, la prescription du contrôle Holter pour le rythme cardiaque et de l'écho Doppler pour l'état artériel des membres inférieurs.

On constate que « Crampes musculaires des membres inférieurs », codé R25.2 selon la CIM 10, en situation de certitude, donne une description biaisée de la situation. Par contre, le choix du « cas » « *Crampes musculaires des membres inférieurs* », codé R25.2 A, identifie la scène du danger sous-jacente à ce moment précis où le médecin est contraint d'agir alors que toutes les données nécessaires à la certitude étiologique ne sont pas disponibles. Ce choix génère aussi une hiérarchie des urgences par rapport aux deux autres scènes du danger qui ont été envisagées : « *Embolie d'une artère périphérique* », « *Métastase de cancer de la prostate* ». Les animateurs ont ajouté à cette liste des risques mentionnés, et donc surveillés, la donnée « *Insuffisance respiratoire obstructive* » présente en bonne place dans le résumé de consultation. Mais, au moment de la fin de consultation, ces quatre situations à risques restent l'objet du dépistage et de la vigilance en cours.

L'étude de ces 4 « cas » tirés de la pratique quotidienne dont les résumés de consultation sont restés sans formulation diagnostique initiale de type habituel, nous paraît particulièrement démonstrative de tout ce qui a été déjà constaté dans les 45 cas précédents de la pratique en ville, sous quatre aspects.

1. Elle fait voir la nature essentielle du service médical rendu par l'identification et la gestion de la « scène du danger pour la santé », en situation de surveillance discontinuée.
2. Elle illustre le mode de « gestion du risque par le dépistage et la vigilance », et ses conséquences concrètes sur les décisions médicales prises en situation de surveillance discontinuée.
3. Elle montre pourquoi la Classification internationale des maladies n'est pas en mesure de révéler cette activité et ces situations de soins.
4. Elle établit comment la classification pertinente de ces « cas » par la Casographie existe aujourd'hui, qui permet de réaliser le complément indispensable à la CIM 10.

6.6. Au cœur du management de la santé en ville, une scène du danger ouverte au dépistage et à la prévention

L'application de la Casographie aux données des 49 résumés de consultation de notre échantillon, a eu pour effet de révéler l'existence de deux activités médicales distinctes d'importance égale en ville.

L'une concerne l'activité de soins curatifs et de prévention des maladies classiques. Cette activité est explicitée par ses formulations diagnostiques certaines auxquelles s'adressent les références de bonne pratique médicale et s'exprime par des prescriptions qui lui sont destinées.

L'autre activité concerne le management des risques évitables d'évolution grave qui sont sous-jacents aux plaintes, incidents et troubles de la santé tels qu'ils s'expriment au quotidien. En effet, devant un tableau typique qui normalement n'impose pas l'hospitalisation, le risque est généralement faible, mais non nul, qu'il s'agisse de troubles sous lesquels se présentent fallacieusement des maladies à évolution dangereuse nécessitant une thérapie d'urgence ou un transfert. Cette gestion de la scène du danger s'exprime dans des décisions de dépistage et des prescriptions qui lui sont propres, mais son identification reste par ailleurs implicite jusqu'à ce que les praticiens disposent de formulations diagnostiques qui soient pertinentes et adéquates à leur révélation.

C'est bien le constat qui résulte de notre étude des reformulations diagnostiques des données présentes dans les résumés de consultation à l'aide de la Casographie.

Au plan quantitatif, le nombre de 55 formulations diagnostiques habituelles initialement présentes dans le corps de ces résumés est passé à 118 formulations diagnostiques au total :

- les intitulés de ces 55 formulations diagnostiques habituelles initiales n'ont pas changé ;
- simplement, elles se sont vues ajouter leurs indices d'ouverture diagnostique et 63 formulations diagnostiques nouvelles.

Au plan qualitatif, l'indexation du degré d'ouverture diagnostique selon la Casographie a pu être appliquée sans difficulté aux formulations habituelles initiales comme aux formulations diagnostiques nouvelles. On constate que :

- une minorité de formulations diagnostiques reformulées signalaient une certitude étiologique complète sur le moment (22 formulations seulement sur 118 au total) ;
- la majorité des situations diagnostiquées restaient ouvertes, à la fois sur une activité de soins curatifs, et sur une activité de management des risques évitables d'évolution grave, sans établir de hiérarchie, tels qu'ils se côtoient dans la réalité.

Ainsi, ce qui semblait un effet implicite et insaisissable de routine préventive devient par la forme et la qualité de sa classification une donnée qui peut être archivée, complétée au fil des séances, communiquée au réseau des soignants et, le cas échéant, expliquée au patient.

Les études de cas ont montré que l'activité de management des risques comporte trois modalités :

Deux d'entre elles sont traditionnelles et bien connues. Elles concernent la comorbidité constituée par les maladies chroniques classiques connues, de chaque patient.

- La première modalité a pour cible traditionnelle le suivi de ces maladies chroniques pour éviter leurs complications propres (diabète, HTA, infections, etc.).
- La seconde modalité a pour cible traditionnelle l'effet aggravant de ces mêmes maladies chroniques sur d'autres maladies (surcharge pondérale sur les maladies du squelette, HTA sur les cardiopathies, etc.). La possibilité d'indexer leur formulation diagnostique en position de situation d'ouverture sur la probabilité, répond alors au constat que, dans ces circonstances, le médecin ne contrôle pas à chaque fois la confirmation diagnostique certaine.

La troisième modalité est de nature différente. On constate que le problème posé au médecin est de savoir si la situation qui lui est présentée se situe :

- encore dans la fourchette des troubles normaux de l'état de santé qui sont aptes à disparaître spontanément,
- encore dans la fourchette des effets d'une maladie, connue ou supposée, et traitée,
- ou si ces troubles masquent une autre maladie, concurrente par ses manifestations, mais dont l'étiologie et les dangers d'évolution grave évitable sont différents.

Ici, ce sont les scènes du danger, telles que les « cas » de la Casographie les identifient, qui doivent pouvoir être formulées sous la forme diagnostique.

En définitive, cette importante activité implicite, que nous avons révélée, classée et codée ensemble avec les praticiens du groupe d'étude, vise :⁴⁵

1. à diminuer la prévalence des maladies présentes dans la population par leur dépistage précoce, avec pour effet d'en réduire l'évolution et la durée par les traitements efficaces qui aujourd'hui sont disponibles. C'est là une prévention de type « secondaire » ;
2. à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans la population et les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie par un traitement le plus précoce possible. C'est là une prévention du type « tertiaire ».

On constate un service médical rendu d'importance majeure, dont l'exercice est précisément au cœur de la pratique médicale aux premières lignes du système de santé, là où se manifestent le plus naturellement devant la vigilance d'un médecin, ces plaintes et les troubles de la santé au quotidien.

⁴⁵ En plus, bien entendu, de la prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux. Cette définition correspond à la définition traditionnelle de la prévention (exemples : vaccination, contraception).

CHAPITRE 7

LE GAIN D'INFORMATION SUR LES DECISIONS ET SUR LEUR COHERENCE

La mission de santé publique assignée à la médecine de ville comporte aujourd'hui un objet privilégié : le suivi en ville de certaines maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, les cardiopathies chroniques et les autres grandes pathologies classiques, aiguës ou chroniques, dont l'étiologie est complètement certifiée et le management de leurs dangers connu. Dans cette même mission, prend place la sélection des urgences à hospitaliser aux fins de surveillance continue et de soins nécessitant des moyens inexistantes en ville.

Mais l'étude menée à l'aide de la Casugraphie révèle l'importance égale et la portée d'une seconde mission médicale essentielle, le management en ville des dangers et des risques maladie sous-jacents aux nombreuses demandes de soins au quotidien, qui s'expriment pour leur propre compte ou à l'occasion des grandes maladies classiques. En effet, nombre de ces troubles de santé se caractérisent par leur situation de certitude étiologique complète indisponible sur le moment. Dans ces conditions, toute surveillance médicale discontinuée est vouée aux risques, rares mais non nuls, que soient masquées des maladies graves nécessitant des certitudes étiologiques au prix d'investigations lourdes et d'hospitalisations. En effet, dans leurs phases initiales, *les plus propices aux traitements performants*, les maladies graves peuvent se présenter, fallacieusement, sous le masque d'un tableau typique de troubles de santé pour lesquels des investigations lourdes, systématiques, sont inadéquates. En conséquence, la discontinuité de leur surveillance entraîne, nous l'avons constaté, une vaste activité de dépistage précoce des « scènes du danger » et de leur management. Nos études de cas ont identifié les « scènes du danger » (immédiat ou non), qui sont inhérentes aux décisions médicales en situation de certitude étiologique non disponible sur le moment, et constaté leurs modes de gestion habituelle sur le terrain.

Nous présenterons d'abord la distribution des décisions et prescriptions médicales en fonction des scènes du danger classées selon leur degré d'ouverture diagnostique. Seront examinés aussi les modes de gestion du risque dans les décisions prises.

On observera ensuite comment se partagent ces missions dans notre échantillon de pratiques en ville.⁴⁶

⁴⁶ Nous rappelons que, dans le cadre de cette recherche, les nombres de données de toute sorte que nous présentons, n'ont pas de signification statistique. Il s'agit d'une étude de cas, consacrée à établir l'existence de faits observables sur des aspects importants du service médical rendu en ville.

7.1. Les décisions médicales : leur distribution en fonction des scènes du danger et des modes de leur gestion raisonnée en ville

Les résumés standard de consultation de notre étude concluent sur les décisions prises en matière de prescriptions pharmaceutiques, d'examens complémentaires, d'avis spécialisés, d'actes paramédicaux, d'hospitalisation, d'arrêts du travail et de conseils spécifiques à un problème particulier.

L'examen des données cliniques présentes dans ces 49 résumés de consultation à l'aide de la Casographie, a fourni 118 formulations diagnostiques représentant les « scènes du danger pour la santé » qui motivent ces décisions curatives et préventives en fin de consultation sous trois degrés de certitude étiologique. Ce sont les *maladies classiques d'étiologie complètement certifiée en fin de séance*, les *tableaux de maladie d'étiologie probable mais non entièrement certifiée*, les *signes et symptômes d'étiologie non disponible sur le moment*.

La confrontation des décisions prises avec les données présentes dans les résumés de consultation et avec les formulations diagnostiques selon la Casographie, identifie trois modes de management de ces scènes du danger :

- le mode de la *veille (V)*, c'est-à-dire la surveillance thérapeutique et diagnostique sur l'évolution et les complications de maladies classiques d'étiologie certifiée sur le moment ;
- le mode de la prise en compte ponctuelle d'une maladie classique considérée comme certaine, au titre de *facteur aggravant (F)* pour une autre maladie contemporaine, traitée dans un cadre où une nouvelle certification du facteur d'aggravation n'est pas adéquate en fin de séance (priorité autre, urgence, hospitalisation) ;
- le mode de *l'hypothèse diagnostique ouverte (H)* visant la méconnaissance possible d'une autre maladie grave, pouvant se présenter fallacieusement sous une manifestation analogue à celle de la maladie qui est envisagée sur le moment.

L'analyse des cas a permis d'affecter une de ces trois modalités de management et les décisions qui en découlent à chacune des 118 formulations diagnostiques qui ont été établies. Il en résulte un tableau de la distribution des décisions médicales en fonction de ces formulations diagnostiques, avec les degrés de la certitude diagnostique disponible sur le moment et avec les modalités de management de la scène du danger qui en découlent.

Ainsi, le **tableau général n° 3** reçoit, en trois colonnes, pour chaque formulation diagnostique à l'aide de la Casographie, son degré d'ouverture diagnostique (A,B,C,D), puis son mode de management (V,F,H), puis les décisions médicales prises.

On constate, au vu des données présentes dans les résumés de consultation, que, sur le total de 118 formulations, 116 formulations diagnostiques ont pu se voir affecter, en propre, une ou plusieurs des décisions médicales prises. Il y a bien 22 formulations sans prescription proprement dite en fin de séance, mais, à l'examen des données on constate que le médecin a signalé qu'il s'agit de traitements en cours par ailleurs (12 fois), de traitements notés alors que le patient va être hospitalisé (5 fois), de décisions délibérées de ne pas évoquer le problème dans le contexte de la consultation en cours (3 fois). Seuls un problème de surpoids et un de tabagisme sont donc restés réellement sans décision médicale correspondante repérée par nous après l'étude des cas.

Tableau général 3

FORMULATIONS DIAGNOSTIQUES AVEC INDEX D'OUVERTURE DIAGNOSTIQUE, MODALITES DE MANAGEMENT DU DANGER, TRAITEMENTS ET DECISIONS

 formulation diagnostique initiale du praticien

 formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casographie

V : veille sur danger certain

F : facteur aggravant

H : hypothèse diagnostique

		POS DIAG	MOD MANAG	TRAITEMENTS ET DECISIONS
MEDECIN GENERALISTE				
FEMME 39 ANS	SURCHARGE PONDERALE	A B	H	CONSEIL HYGIENO DIETETIQUE
	ANGINE	C	H	MEDICAL EN COURS
GARCON 1 AN	OTITE MOYENNE AIGUE	C	H	ORELOX+ISOFRA; RORVAX; CONTRÔLE TYMPAN
HOMME 54 ANS	DIABETE	C	H	GLIBENESE / GLUCOR / GLUCOPHAGE / GLUCOTIDE
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C	H	COVERSYL / VASTAREL
FEMME 69 ANS	ASTHME	C	H	VENTOLINE/VACCIN ANTIGRIPPAL
HOMME 50 ANS	PANARIS	C	H	ANTIBIOTIQUE/DESINFECTION/VOIR VACCIN ANTITETANIQUE
HOMME 33 ANS	INFECTION DENTAIRE	C	H	AINS / ANTIBIOTIQUE / CONSEIL VOIR DENTISTE
	ADENITE	A B	H	AINS / ANTIBIOTIQUE
	OTALGIE	A B	H	AINS / ANTIBIOTIQUE
FILLE 2 ANS 2 M	ECZEMA	C	V	CREME HYDRATANTE / AIS / CONSEIL
	ANXIETE (MATERNELLE)	A B	H	ENTRETIEN
HOMME 36 ANS	RHINOPHARYNGITE	A B	H	ANTIBIOTIQUE/ANTITUSSIF
	PHARYNGITE	A B	H	ANTIBIOTIQUE/ANTITUSSIF
HOMME 31 ANS	PHARYNGITE	A B	V	ANTIBIOTIQUE / CORTICOIDES
	AMYGDALITE	C	V	ANTIBIOTIQUE / CORTICOIDES
	MAL DE GORGE	A B	H	ANTIBIOTIQUE / CORTICOIDES
HOMME 83 ANS	INSUFFISANCE CORONARIENNE	D	V	RENOUVELLEMENT TRAITEMENT MEDICAL
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C	V	FUROSEMIDE IEC
	LOMBALGIE	A B	H	AINS / REPOS
	GOUTTE	C	V	AINS / REPOS
HOMME 47 ANS	LOMBALGIE	A B	H	AINS / REPOS
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C	V	REGIME HYPOSODE HYPOCALORIQUE ET MEDICAMENTS
	SURCHARGE PONDERALE	A B	V	REGIME HYPOSODE HYPOCALORIQUE ET MEDICAMENTS
HOMME 67 ANS	PHARYNGITE	A B	H	OROPIVALONE / PARACETAMOL / ROVAMYCINE
	ENROUEMENT	A B	H	OROPIVALONE / PARACETAMOL / ROVAMYCINE
	MAL DE GORGE	A B	H	OROPIVALONE / PARACETAMOL / ROVAMYCINE
	SURCHARGE PONDERALE	A B	F	O
GARCON 4 ANS	RHINOPHARYNGITE	A B	H	PIVALONE / DENORAL / EFFERALGAN
	TOUX	A B	H	PIVALONE / DENORAL / EFFERALGAN
FILLE 10 MOIS	GASTRO-ENTERITE	A B	H	DOLIPRANE PRIMPERAN
FEMME 50 ANS	MIGRAINE	C	H	ZOMIG TRAITEMENT DE FOND
FEMME 42 ANS	CERVICALGIE	A B	H	RADIOGRAPHIE/ARRET DE TRAVAIL
	DORSALGIE	A B	H	RADIOGRAPHIE/ARRET DE TRAVAIL
	ACOUPHENE	A B	H	LAVAGE D'OREILLE
	LABYRINTHITE AIGUE	C	H	TANGANIL/SERC
	BOUCHON DE CERUMEN	D	V	LAVAGE D'OREILLE
	ANXIETE	A B	H	ARRET DE TRAVAIL

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

V : veille sur danger certain

F : facteur aggravant

H : hypothèse diagnostique

		POS DIAG	MOD MANAG	TRAITEMENTS ET DECISIONS
ANGIOLOGUE				
FEMME 63 ANS	VARICES	D	V	SCLEROTHERAPIE / CONTENTION / HIRUCREME
	TABAGISME	AB	H	CONSEIL
	ONYCHOMYCOSE	C	H	CONSEIL
	OEDEME DE JAMBE	AB	H	CONTENTION / CONSEIL
	TROUBLE PSYCHIQUE	C'	H	O EN COURS
	COLOPATHIE	AB	H	O EN COURS
FEMME 32 ANS	VARICES	D	H	SCLEROTHERAPIE CONTENTION
FILLE 14 ANS	VARICES	D	V	CHAUSSETTES DE SOUTIEN CONSEILS
	CRAMPES	AB	H	CHAUSSETTES DE SOUTIEN CONSEILS
	POIDS/TAILLE	AB	H	AUXERGIL D3 CONSEILS HYGIENO DIETETIQUES
FEMME 83 ANS	VARICES	D	V	CONTENTION
	ARTERIOPATHIE	C	H	FONZYLANE/ tél médecin traitant pour effet iatrogène
	OSTEALGIE	AB	H	CALCIUM D3 envisager
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C	F	DETENSIEL LOXEN en cours
	HYPOTHYROIDIE	AB	F	LEVOTHYROX en cours
	ANGOR	C	F	VASTAREL KARDEGIC en cours
	TABAGISME	AB	F	CONSEILS
	VERTIGES NON CARACTERISTIQUES	AB	H	VASTAREL SEGLOR en cours
FEMME 43 ANS	VARICES	D	V	CONTENTION SCLEROTHERAPIE
	VEINITE POST SCLEROSE	C	H	THROMBECTOMIE HIRUCREME
FEMME 54 ANS	VARICES	D	V	SCLEROTHERAPIE CONTENTION CONSEILS
	MENOPAUSE	C	F	ESTREVA EN COURS
HOMME 58 ANS	VARICES	D	V	CONTENTION DIOVENOR SCLEROTHERAPIE
	PARESTHESIE	AB	H	AVIS SPECIALISE
	MYCOSE	C	V	ANTIMYCOSIQUE
FEMME 30 ANS	VARICES	D	V	SCLEROTHERAPIE
	VEINITE POST SCLEROSE	C	V	THROMBECTOMIE HIRUCREME
	SEQUELLES THROMBO PHLEBITE	C	V	CONTENTION
	POIDS	AB	F	O
FEMME 57 ANS	VARICES	D	V	SCLEROTHERAPIE
CARDIOLOGUE				
FEMME 61 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	C	H	HOSPITALISATION
	HYPERTENSION ARTERIELLE	C	F	MEDICAL EN COURS
	TABAGISME	D	F	O
	DYSLIPIDEMIE	AB	F	MEDICAL EN COURS
	ARTERIOPATHIE	D	F	MEDICAL EN COURS
HOMME 59 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE	C ou D	V	EPREUVE D'EFFORT
	DIABETE	D	F	MEDICAL EN COURS
	HYPERCHOLESTEROLEMIE	AB	F	MEDICAL EN COURS
HOMME 78 ANS	CRAMPES	AB	H	DOPPLER MEMBRE INFERIEUR
	EMBOLIE ARTERE PERIPHERIQUE	AB	H	DOPPLER MEMBRE INFERIEUR / ANTIAGREGANT
	CANCER PROSTATE	AB	V	O EN COURS
	INSUF RESPIRATOIRE CHRONIQUE	D	V	O EN COURS

formulation diagnostique initiale du praticien

formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

V : veille sur danger certain

F : facteur aggravant

H : hypothèse diagnostique

		POS DIAG	MOD MANAG	TRAITEMENTS ET DECISIONS
CHIRURGIEN				
HOMME 33 ANS	EPIGASTRALGIE HERNIE	A B D	H V	FIBROSCOPIE CURE CHIRURGICALE
FEMME 47 ANS	EVENTRATION CANCER DU RECTUM MENOPAUSE POIDS	D D C A B	V V V F	CURE CHIRURGICALE CHIRURGIE ET CHIMIOTHERAPIE OVARIECTOMIE O
HOMME 56 ANS	HERNIE INGUINALE TABAGISME	D A B	V F	CURE CHIRURGICALE O
HOMME 70 ANS	FISSURE ANALE PRURIT ANAL HYPERTENSION ARTERIELLE PROSTATISME	D A B A B C	V F F F	TRAITEMENT MEDICAL SUIVI CHIR SI BESOIN TRAITEMENT MEDICAL MEDICAL EN COURS O
FEMME 68 ANS	ADENOCARCINOME ENDOMETRE MENOPAUSE TABAGISME	C A B A B	H F F	HYSTERECTOMIE AVEC ANNEXECTOMIE PROPOSEE HORMONAL SUBSTITUTIF EN COURS O
GYNECOLOGUE				
FEMME 17 ANS	DYSMENORRHEE	A B	H	ECHOGRAPHIE PROGESTERONE
FEMME 60 ANS	POLYPE UTERIN MENOPAUSE	C A B	H H	ENVOI EN ANAPATH HORMONAL SUBSTITUTIF EN COURS
FEMME 37 ANS	VAGINITE	A B	H	SYMPTOMATIQUE PRELEVEMENT VAGINAL
FEMME 34 ANS	FAUSSE COUCHE GROSSESSE HEMORRAGIE UTERINE AUTRE	C D A B	H V H	ECHOGRAPHIE HOSPITALISATION ECHOGRAPHIE HOSPITALISATION ECHOGRAPHIE HOSPITALISATION
FEMME 52 ANS	CYSTITE MENOPAUSE	C C	H H	ECBU NIBIOL FORT HORMONAL SUBSTITUTIF EN COURS
FEMME 50 ANS	MENOPAUSE	C	H	MAMMOGRAPHIE FROTTIS
ORL				
FEMME 70 ANS	TUMEUR PAROTIDIENNE	C	H	LETRE SPECIALISTE
HOMME 55 ANS	HYPOACOUSIE	A B	H	PROTHESE AUDITIVE
FEMME 78 ANS	RHINITE ALLERGIQUE ACOUPHENE HYPERTENSION ARTERIELLE DIABETE	A B A B C C	H H F F	VIRLIX+FLIXONASE PRAXILENE; AUDIOGRAMME O EN COURS O EN COURS
FEMME 32 ANS	REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN	A B	H	OGAST; CONSEILS HYGIENO DIETETIQUES; FIBRO GASTRO
PEDIATRE				
FILLE 2 MOIS	MERE AGHBS+	D		VACCINATION ENFANT
GARCON 8 ANS 1/2	TORSION TESTICULAIRE	C	H	ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE
FILLE 3 ANS	RHINOPHARYNGITE CONSTIPATION	A B A B	H H	O EXAMEN COMPLEMENTAIRE ASP PARASITO
GARCON 45 MOIS	GASTRO-ENTERITE ?	A B	H	ANTISPASMODIQUE ET ECBU SI FIEVRE PERSISTE
GARCON 14 MOIS	CAUCHEMARS	A B	V	RECOMMANDATION D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE
FILLE 5 ANS	VACCIN			IDR

7.2. Décisions médicales et prescriptions : une gestion raisonnée de la scène du danger. Etude des cas

Pour les cas présentés le lecteur est invité à se reporter au tableau général n° 3.

7.2.1. *Le management des maladies classiques, d'étiologie certifiée parce que complète en fin de séance (index D sur le tableau)*

Sur 118 formulations diagnostiques au total, 22 seulement correspondent aux critères classiques d'un diagnostic médical complet et disponible sur le moment en fin de séance. Seulement 13 de ces maladies classiques certifiées (présentes dans 12 cas sur 49) étaient l'*objet central* de la séance, les 9 autres maladies classiques (présentes dans 8 cas) étaient suivies comme *objet périphérique* à l'occasion d'autres plaintes et troubles de la santé, de certitude étiologique non disponible sur le moment et prioritaires en fin de séance.

7.2.1.1. Treize « maladies certifiées » et leurs complications comme objet central du management⁴⁷

On les trouve dans les 12 cas suivants

En angiologie

- Le cas : femme de 32 ans Varices : sclérothérapie, contention.
- Le cas : femme de 43 ans Varices : veille thérapeutique, sclérothérapie, contention, implique le suivi d'effets secondaires du traitement.
- Le cas : femme de 54 ans Varices : veille thérapeutique, sclérothérapie, contention, conseils.
Se voit ajouter la vérification de son suivi, ailleurs pour *ménopause*, facteur aggravant.
- Le cas : homme de 58 ans Varices : veille thérapeutique. Se voit ajouter la confirmation d'un avis spécialisé nécessaire pour *paresthésie* et la prescription d'un antimycosique.
- Le cas : femme de 30 ans Varices : veille thérapeutique, sclérothérapie, contention ; rappel d'un problème de *surcharge pondérale* à suivre au titre de facteur aggravant.
- Le cas : femme de 57 ans Varices : veille thérapeutique, sclérothérapie.

En cardiologie

- Le cas : homme de 59 ans Insuffisance coronarienne chronique certifiée :
Veille thérapeutique, aggravation au vu d'un contrôle. Donc épreuve d'effort. Ici deux autres maladies classiques, prises en charge simultanément, le sont sur le mode de facteurs aggravants : le *diabète* et l'*hypercholestérolémie*. Voir l'étude de cas pages 68-69.

⁴⁷ En italique, toutes les formulations diagnostiques. Soulignées, celles qui sont l'objet central de la séance.

En gynécologie

Le cas : femme de 34 ans Grossesse : veille thérapeutique et diagnostique, échographie, hospitalisation.
A 8 semaines d'une grossesse connue et suivie il s'agissait d'une *hémorragie utérine* et d'autres signes et symptômes évoquant une complication de la grossesse (*fausse couche* ou *grossesse extra-utérine*). Scène du danger : urgence ordinaire si fausse couche sans plus, urgence extrême dans le cas d'une grossesse extra-utérine. La question était celle du degré d'urgence et des aléas de leurs délais de gestion dans les conditions difficiles où se trouvent parfois les services concernés. Le gynécologue a veillé à une échographie dont il pouvait garantir la rapidité d'exécution.

En pédiatrie

Le cas : fille de 2 mois Mère Hépatite B : veille thérapeutique, vaccination anti-hépatite B de son bébé.

En chirurgie

Le cas : femme de 47 ans (étude de cas page 66)

Comporte en premier lieu non pas un mais deux *diagnostics* certains : une éventration, objet d'une gestion sur le mode veille thérapeutique (cure chirurgicale). Mais aussi il y a eu un cancer du rectum déjà géré en veille thérapeutique depuis une intervention antérieure, et qui sera l'objet d'une ovariectomie préventive dans ce cadre gestionnaire de la scène du danger. Les problèmes de *ménopause* et de *surcharge pondérale* à suivre sont simplement ajoutés ici à leur titre de facteurs aggravants (en situation diagnostique étiologique non certifiée à nouveau).

Le cas : homme de 56 ans Hernie inguinale : veille thérapeutique, cure chirurgicale.

Le cas : homme de 70 ans Fissure anale : veille thérapeutique. Traitement médical, suivi de cure chirurgicale si besoin

Ces deux cas, hernie et fissure anale, comportent, eux aussi, outre ces diagnostics complets d'une maladie classique, l'ajout d'autres troubles de santé diagnostiqués en situation de certitude étiologique non certifiée à nouveau en fin de séance, ici le tableau de maladie *prostatisme* et les signes de *HTA* et *prurit anal*. Ces troubles font l'objet d'ajouts de suivis pour leur propre compte au titre de facteurs d'aggravation.

Ces douze cas répondent au modèle standard d'un suivi en ville pour une ou plusieurs maladies classiques ou tout autre problème de santé *d'étiologie certifiée*. Ils illustrent le mode de gestion traditionnel de la scène du danger, que nous avons nommé *la « surveillance thérapeutique et diagnostique »* sur l'évolution et les complications de maladies classiques sur lesquelles aucun doute étiologique ne persiste en fin de séance. Dès lors, le processus de la décision médicale et le management du risque peuvent bâtir leur stratégie sur un nombre relativement élevé de données validées et un nombre délimité de données incertaines. Au passage, on constate le mode de suivi thérapeutique de routine que nous avons nommé *facteur d'aggravation*, lequel concerne des maladies classiques connues et prises en compte « par principe » au titre de tableau de maladie, sans certification étiologique.

7.2.1.2. Neuf « maladies certifiées », comme objets périphériques de suivi, à l'occasion du management central de dix huit autres troubles de la santé, connus ou dépistés

On les trouve dans les 8 cas qui suivent.

En chirurgie

Le cas : homme de 33 ans

Comporte un diagnostic complet de *hernie de la ligne blanche*, géré sur le mode de la veille thérapeutique, la cure chirurgicale. Mais ce diagnostic et ce soin se font à l'occasion des symptômes de douleurs épigastriques, en situation diagnostique de certitude étiologique non disponible. L'*épigastralgie* sera gérée *en priorité*, mais cette fois sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte : fibroscopie à cause de la scène du danger que constituent les maladies concurrentes entre elles où ce symptôme est présent (cf. Chapitre 3, pages 18 à 24).

En médecine générale : 2 cas

Le cas : homme de 83 ans, se lit facilement sur le tableau général.

Le symptôme actuel d'une *lombalgie* d'étiologie non disponible sur le moment est présenté au médecin en même temps qu'une demande de veille thérapeutique pour une *insuffisance coronarienne chronique* certaine, qui implique aussi le traitement d'une *HTA*, au titre de facteur aggravant. L'existence connue d'une *goutte* est rappelée sous la forme d'un tableau de maladie. La partie lombalgie de la demande de soins, qui est centrale lors de cette séance, est gérée sur le mode hypothèse diagnostique ouverte et traitement d'épreuve (AINS, repos), dont profite aussi la goutte.

Le cas : femme de 42 ans :

La maladie certifiée est *bouchon de cérumen* : lavage d'oreille.

Elle apparaît à l'occasion prioritaire d'un tableau de *labyrinthite* probable, et de symptômes de *rachialgies* et d'*anxiété*, corrélés ou non, mais tous trois d'étiologie non disponible sur le moment (cf. étude de cas page 75). La gestion de la situation de maladie certaine, bouchon de cérumen, relève d'une veille thérapeutique de routine (lavage d'oreille). Mais le tableau de maladie probable labyrinthite relève d'une gestion de type hypothèse diagnostique ouverte (Tanganil, Serc). Du même type de gestion ouverte relèvent les problèmes d'étiologie non disponible du type signes et symptômes, (acouphènes, rachialgie et anxiété) avec la mise en place d'examen radiologiques complémentaires et d'un traitement d'épreuve par arrêt du travail.

En angiologie : 3 cas

Le cas : femme de 63 ans

Comporte pour diagnostic *varice* certaine : veille thérapeutique de routine : Hirucrème, et, en plus, cinq gestions sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte. Trois tableaux de maladie, d'étiologie non certifiée mais probable : tabagisme (conseil), onychomycose (conseil), trouble psychiatrique (en cours) à quoi s'ajoutent deux formulations diagnostiques de signes et symptômes : oedème de jambes (contention, conseil) et colopathie (en cours). Les scènes du danger inhérentes aux trois dernières formulations diagnostiques sont au centre de la problématique de santé pour cette patiente ; par exemple, l'oedème de jambe n'est jamais un trouble de santé sans maladies concurrentes prises en considération à cause de leur gravité possible.

Le cas : fille de 14 ans (il a fait l'objet d'une étude de cas détaillée au chapitre 6, pages 58 à 61, à laquelle nous prions le lecteur de se reporter en raison de son exemplarité).

La maladie certifiée, *varice*, est suivie sur le mode veille diagnostique et thérapeutique (chaussettes de soutien, conseils) à l'occasion d'une mise en évidence (et sous surveillance) sur le mode hypothèse diagnostique ouverte, d'une scène de dangers multiples et possiblement sérieux : Auxergyl D3, conseils hygiéno-diététiques.

Le cas : femme de 83 ans

Il nécessite un bref résumé de l'étude de cas :

Demande d'avis spécialisé en accord avec le médecin traitant. Il s'agit d'une fumeuse, alerte, présentant une polyopathie connue (infarctus du myocarde ancien, angor, HTA, hypercholestérolémie, hypothyroïdie par Cordarone), qui se plaint de douleurs de la face antérieure de la jambe gauche, avec, à l'interrogatoire, une possible claudication intermittente (quand elle va à sa banque) et une impression de tête vide.

L'examen confirme une douleur à la pression du tibia (mais radio RAS), une sténose connue de la poplitée gauche au doppler portatif (mais avec les quatre pouls périphériques présents) et une TA faible pour l'âge à 120/80 en fin de consultation. Découverte de grosses varices, dont une avec une ectasie alarmante. Outre le seul diagnostic certain certifié de *varice à risque* géré sur le mode du suivi thérapeutique (contention), sept formulations diagnostiques ouvertes ont permis de classer distinctement cet ensemble de troubles et tableaux de maladies, malgré leur situation de certitude étiologique non disponible sur le moment. Pour quatre d'entre eux leur gestion a été notée comme en cours, ailleurs, sur le mode du facteur aggravant : pour angor (Vastarel, Kardégic), HTA / hypotension orthostatique (Detensiel, Loxen), hypothyroïdie (Levothyrox), tabagisme, ne peut s'arrêter (conseil). Une formulation, ostéalgie, a fait envisager un traitement *calcium, vitamine D3*. Mais, au-delà des *varices*, certaines, le management est celui des problèmes corrélés : artériopathie (avec refus d'intervention sur la poplitée gauche), et vertiges non caractéristiques, diagnostiqués l'un au titre de tableau de maladie, l'autre au titre de symptôme isolé, tous deux donc en situation de certitude étiologique non disponible sur le moment.

Ces troubles de santé ont eu pour effet une gestion prioritaire de la scène du danger par un appel téléphonique au généraliste traitant sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte, et un projet de traitement d'épreuve par la réévaluation des associations médicamenteuses.

En cardiologie 2 cas

Le cas : femme de 61 ans

Il comporte deux maladies certaines, *tabagisme*, *artériopathie*, et un tableau de maladie non certifié sur le moment, *dyslipidémie*. Mais ces maladies sont gérées au titre de *facteur aggravant* à l'occasion d'un problème central qui se situe sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte, dans le tableau de maladie probable non complètement certifié sur le moment d'une *insuffisance coronarienne chronique* en voie de *complication vers une insuffisance coronarienne aiguë*. La scène du danger implique l'hospitalisation en urgence.

Le cas : homme de 78 ans

Il a vu évoquer le tableau de maladie classique d'*insuffisance respiratoire chronique* et mentionner un *cancer de la prostate*. Ces tableaux vont rester sans suite ici, parce que traités ailleurs, et parce que dominaient les hypothèses diagnostiques ouvertes prioritaires : *embolie artère périphérique* sans étiologie disponible sur le moment, et *crampes des membres inférieurs*.

En effet, selon la Casugraphie, cette formulation de crampes conduit à une vaste scène du danger qui inclut, entre autres, parmi les maladies concurrentes, le tableau de maladie d'une possible micro-embolie (ici spontanément résolutive) d'artère périphérique.

Management sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte.

Décision : Doppler du membre inférieur + médicament antiagrégant.

Ces huit cas fournissent une première représentation détaillée de la confrontation entre la mission de gestion traditionnelle des maladies classiques, sur le mode de la veille diagnostique et thérapeutique sur leur évolution et leurs complications, avec la mission du suivi, sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte, des autres troubles de la santé au quotidien. On constate que la portée et la subtilité du suivi des troubles de santé d'étiologie complète non disponible en fin de séance, ne le cède pas en importance à la charge du suivi des maladies classiques d'étiologie complètement certifiée sur le moment.

7.2.2. Le management des « tableaux de maladie » d'étiologie certifiée non disponible sur le moment (index C)

Sur 118 formulations diagnostiques au total, 39 formulations répondent aux critères d'un tableau de maladie selon la Casugraphie. Il s'agit de maladies classiques au sens où elles correspondent à une étiologie probable, connue des sciences médicales, mais dont la preuve complète n'est pas disponible en fin de séance. En situation de surveillance discontinuée, c'est sous cette forme que sont suivies de nombreuses maladies classiques lorsqu'il n'est pas utile de refaire un diagnostic étiologique complet à chaque rencontre.

Reste que certaines des manifestations de maladies classiques sont souvent aussi celles de maladies concurrentes dont l'étiologie et les dangers ne sont pas les mêmes. Aussi est-il nécessaire de marquer le fait que la formulation diagnostique qui a été choisie identifie seulement une hypothèse diagnostique ouverte et que la vigilance organisée est nécessaire pour gérer, non seulement le risque de leurs complications propres, mais aussi le risque de masquer une maladie « autre ». Nous examinerons successivement des cas où un *tableau de maladie* est l'objet central du management et des cas où ces tableaux de maladie sont traités à l'occasion du management prioritaire d'autres troubles de la santé d'étiologie non disponible, diagnostiqués sous la forme de *signes et symptômes*.

Sur le total des 39 tableaux de maladie répertoriés, 14 tableaux formaient l'objet central du management de la séance. Les 25 autres tableaux de maladie se situent dans un ensemble de co-morbidités propres à chaque cas. Nous avons vu plus haut plusieurs exemples de cas où le suivi de tableaux de maladie s'ajoute à celui de *maladies classiques certaines* et à d'autres *tableaux de maladie* qui sont au centre du management de la séance. De la même façon, des tableaux de maladie peuvent être pris en charge à l'occasion de troubles de santé diagnostiqués sous leur forme de *signes et symptômes d'étiologie non disponible* prioritaires au sens du management de la séance. Nous montrerons des cas de ce type.

7.2.2.1. Quatorze « tableaux de maladie » comme *objet central* du management

On trouve ces tableaux dans les 13 cas suivants.

En médecine générale : 7 cas

- Garçon 1 an Otite moyenne aiguë : Orelox + Isofra ; Rorvax ; contrôle tympan.
Homme 57 ans Diabète : Gligénèse / Glucor / Glucophage / Glucotide.
H.T.A : Coversyl / Vastarel
Femme 69 ans Asthme : Ventoline / vaccin antigrippal.
Homme 59 ans Panaris : Antibiotique / désinfection / voir vaccin antitétanique.
Femme 50 ans Migraine : Zomig. Traitement de fond.
Homme 33 ans Infection dentaire : Ains / Antibiotique + conseil : voir dentiste.
Adénite : idem
Otalgie : idem
Femme 39 ans Angine : traitement médical en cours.
Surcharge pondérale : conseil hygiéno-diététique.

En chirurgie : 1 cas

- Femme 68 ans Adénocarcinome de l'endomètre : veille thérapeutique.
Ici il s'agissait encore d'un *tableau de maladie*, non encore certifié en fin de séance. On reste en hypothèse diagnostique ouverte. Au vu de l'âge et du danger, le chirurgien propose une hystérectomie avec annexectomie « de principe ».
Ménopause et tabagisme sont gérés sur le mode de facteurs aggravants.

En gynécologie : 3 cas

- Femme 50 ans Ménopause : mammographie, frottis.
Femme 52 ans Ménopause : traitement hormonal substitutif en cours.
Cystite : ECBU./ Nibiol fort.
Femme 60 ans Polype utérin : examen anatomo-pathologique.
Ménopause : Traitement hormonal en cours.

En ORL : 1 cas

- Femme 70 ans Tumeur parotidienne : lettre spécialiste.

En Pédiatrie : 1 cas

- Garçon 8 ans ½ Torsion testiculaire : échographie testiculaire

Il s'agit, on le voit, de tableaux de maladies classiques. Ils sont donc accessibles à la mise en œuvre d'un processus de diagnostic étiologique complet, lorsque le besoin s'en fait sentir en fin de séance. Ainsi, l'homme suspecté d'une infection dentaire, la patiente suspectée d'une tumeur parotidienne, le garçon suspect de torsion testiculaire, la patiente ménopausée antérieurement traitée pour une mastose apparemment guérie, sont adressés, pour complément d'information, aux spécialistes concernés. De même, sont entrepris les examens de laboratoire voulus pour le polype utérin et la cystite. Pour les treize autres tableaux de maladie, il s'agit de situations où cette procédure de recherche étiologique n'est pas adéquate à ce stade (otite moyenne aiguë, panaris), ou bien de situations chroniques antérieurement certifiées sans éléments nouveaux justifiant une nouvelle certification étiologique complète.

Ainsi, dans tous les cas de figure, le mode de gestion est celui de l'hypothèse diagnostique ouverte soumise à une épreuve du suivi des décisions prises.

En situation de *tableau de maladie* objet central du management, on constate que le praticien prescrit un *traitement d'épreuve* spécifique du suivi traditionnel de la maladie classique dont il *discerne* le tableau, mais aussi des contrôles étiologiques chaque fois que nécessaire. Il agit sous le couvert d'une *hypothèse diagnostique ouverte*. La réponse à « l'épreuve » permet de connaître le degré de pertinence des choix faits sur le moment et de manager la suite.

Sous couvert de l'atteinte des résultats escomptés, cette stratégie générale a pour dessein de clore la scène du danger vis-à-vis des effets et des complications de la maladie classique suspectée. Le danger de maladies concurrentes est aussi pris en compte lorsqu'elles n'entrent pas dans le spectre d'activité du traitement prescrit. En l'absence de traitement spécifique, les manifestations de ces maladies autres sont vouées à se démasquer et censées ne pas échapper à la vigilance du médecin. Le cas de médecine générale « infection dentaire » (pages 71-74) est démonstratif de ce cas de figure. Le médecin est en présence d'une otalgie et d'une adénite aiguë, tous deux sans étiologie certaine. Il trouve une dent cariée de ce côté et le souvenir d'une infection dentaire. Celle-ci est compatible avec l'adénite et l'otalgie qui en sont des complications classiques possibles.

La probabilité de ce tableau fait prescrire un traitement d'épreuve antibiotique et anti-inflammatoire, en attendant le contrôle du dentiste. En l'absence d'urgence immédiate, c'est l'éventuelle persistance de manifestations d'adénite ou d'otalgie qui légitimerait la mise en œuvre des examens complémentaires nécessaires pour en établir l'étiologie autre et manager leur scène du danger propre.

7.2.2.2. Exemple de trois « tableaux de maladie » comme objets de suivi *périphérique* à l'occasion du dépistage et du management *central* de trois autres situations diagnostiques nouvelles identifiées sous la forme de « signes et symptômes »

Ces situations ont été déjà étudiées en détail dans le chapitre consacré au gain qualitatif dans la représentation du service médical rendu à l'aide de la Casographie. Nous faisons un bref rappel de ces situations en les examinant du point de vue de leur management que l'on constate dans trois des cas.

En médecine générale

- Le cas : fille 2 ans 2 mois Pendant la veille thérapeutique et diagnostique sur un « tableau » d'*eczéma* classique du nourrisson (crème hydratante, AIS / conseils), émerge le caractère central des symptômes d'une *angoisse massive* de la mère, d'étiologie non disponible sur le moment. Management sur le mode hypothèse diagnostique ouverte : entretien en vue d'une prise en charge personnelle.
- Le cas : homme de 31 ans A l'occasion du suivi veille thérapeutique (antibiotiques, corticoïdes) d'un « tableau de maladie » : *amygdalite* et de signes de *pharyngite*, se dévoile le caractère central d'un symptôme d'*anxiété* (mal de gorge disproportionné) et la révélation de « rapports » non protégés avec crainte de contagion par le VIH. Management sur le mode hypothèse diagnostique ouverte : contrôle de laboratoire.
- Le cas : homme de 47 ans A l'occasion d'un suivi de veille thérapeutique en cours d'un « tableau » de *HTA* qualifiée d'essentielle (TA 150/100, pouls 70, poids 80 kg, taille 1,73 m : poursuite des médicaments + régime hyposodé, hypocalorique), se déroule, sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte, le suivi central de signes et symptômes d'une *lombalgie* qualifiée de banale (raideur lombaire, pas de Lassègue) : éviter le port de charges, poursuivre AINS encore 8 jours. A noter que la *surcharge pondérale* est suivie sur le mode facteur aggravant, sans même être mentionnée parmi les diagnostics.

Dans le cadre de suivis de routine pour des tableaux de maladie classique en situation de comorbidité, ces trois cas font voir le processus du dépistage, au quotidien, de nouvelles entités morbides par le truchement de troubles de santé du type « signes et symptômes d'étiologie non disponible sur le moment » et le management des scènes du danger de ces entités, au moyen d'une hypothèse diagnostique ouverte.

Dans les trois cas que nous venons de voir, la démarche d'hypothèse diagnostique ouverte prenait le parti de la prescription d'une « épreuve thérapeutique et diagnostique » adéquate. La réponse des manifestations au traitement, sur le mode escompté, a pour visée de clore la scène du danger. A défaut de ce constat, la reprise du processus diagnostique et la vigilance devront répondre aux nécessités de la poursuite de son management.

7.2.3. Le management des « signes et symptômes » d'étiologie non disponible sur le moment (index A/B)

Ce management apparaît sous deux formes selon que ces signes et symptômes manifestent ou non une maladie chronique classique.

- Pour les maladies chroniques, le mode de management de signes et symptômes qui constituent à *eux seuls* des maladies déjà connues chez un patient, est identique à celui que nous avons constaté dans tous les cas de maladies certifiées. Il opère le plus souvent sur le mode de la *veille thérapeutique* et *diagnostique* coutumier du médecin et s'exprime par une prescription. Mais on constate aussi l'existence du mode de suivi thérapeutique de routine que nous avons nommé *facteur aggravant*, lequel concerne des maladies classiques connues et prises en compte sans prescription proprement dite. Par exemple, lorsque l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle interviennent à titre de facteur aggravant pour une maladie autre, qui est au centre du management de la séance, la certification renouvelée n'est pas toujours d'actualité. Ce management au titre de *facteur aggravant* se manifeste aussi en présence de signes ou symptômes pouvant appartenir à des tableaux de maladies chroniques connues quelles qu'elles soient, lorsque la hiérarchie de l'urgence situe ces maladies *en périphérie* du problème central. Cela se constate souvent devant des signes de surcharge pondérale ou de tabagisme par exemple, mais parfois aussi lorsque sont évoqués des tableaux de maladies chroniques classiques : dans nos études de cas nous avons vu noter ainsi une hypothyroïdie et des ménopauses qui n'étaient pas à l'ordre du jour.
- Pour les signes et symptômes en position centrale de management, celui-ci postule, dès le départ, la possibilité, rare mais non nulle, de maladies graves dont le traitement est le plus performant à la phase initiale. En conséquence, le mode de gestion de ces signes et symptômes est alors celui de *l'hypothèse diagnostique ouverte* dans la perspective d'un dépistage précoce de maladies nouvelles et de leurs urgences. Nous venons de constater ce mode de dépistage dans des cas où ces signes et symptômes appartiennent à un ensemble de comorbidité où ils figurent au côté de maladies classiques certifiées ou de leurs tableaux. Ce mode de gestion de la scène du danger intervient aussi, nous allons le voir avec plus d'évidence encore, dans les cas où les seules formulations diagnostiques atteintes lors de la séance sont des *signes et symptômes d'étiologie non disponible sur le moment*.

Douze cas correspondent au critère de « signes et symptômes d'étiologie non certifiée » comme seuls motifs du management de la séance.

En médecine générale

Le cas : homme de 36 ans Présente uniquement des signes d'une rhinorrhée et des signes et symptômes *d'irritation* du pharynx avec toux. L'hypothèse diagnostique ouverte conduit à rhinopharyngite et à pharyngite, tous deux d'étiologie non disponible, puis à leur management par le traitement d'épreuve : antibiotique, antitussif

Le cas : garçon de 4 ans Présente des signes de toux rauque, un mal de gorge, pas de fièvre. Tympan : normal à droite, séquellaire sans exsudat à gauche. Mais antécédents d'otites à répétition, hypoacousie. L'hypothèse diagnostique ouverte porte sur : affection saisonnière d'étiologie non disponible rhino-pharyngite et sur un traitement d'épreuve symptomatique : Pivalone, Dénoral, Efferalgan.

Le cas : fille de 10 mois Comporte deux vomissements et fièvre à 38°5. Réagit comme d'habitude, mange normalement. Petite pharyngite, tympan normaux, examen : abdomen souple, nuque souple, pas de déshydratation, pas de perte de poids. L'hypothèse diagnostique ouverte mène sur gastro-entérite « d'allure virale » et sur le management par le traitement symptomatique d'épreuve : Doliprane, Pimpéran.

Le cas : homme de 67 ans est plus complexe et nécessite un bref résumé :

Il s'agit d'un patient vu 8 jours plus tôt pour un tableau d'angine fébrile, peu après sa sortie d'un long séjour hospitalier (opération pour canal lombaire étroit et rééducation). Il persiste une triade de symptômes, enrouement, mal de gorge avec dysphagie, et de signes évoquant une pharyngite, alors que le patient est apyrétique et sous antibiotique.

Avec la reformulation diagnostique à l'aide de la Casographie ces troubles sont classés par le médecin traitant selon les index d'ouverture maximale A ou B et commentés comme « traînants, très vagues ». Dans ce contexte de danger présent d'étiologie non disponible, le problème du *surpoids* est noté par le médecin, mais laissé de côté.

Management sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte par un traitement d'épreuve explicitement déclaré comme tel : mise en observation avec traitement local. Oropivalone, antalgique Paracétamol, + changement d'antibiotique Rovamycine (recevait antérieurement Céphalosporine).

Lors de la discussion en groupe on apprendra la découverte ultérieure d'une infection vésicale (nosocomiale ? Masquée par un épisode d'angine ?).

En gynécologie

- Le cas : jeune fille de 17 ans Disménorrhée, symptôme isolé, mène au management sur le mode hypothèse diagnostique ouverte, et au traitement d'épreuve par progestérone, assorti de la demande d'une échographie de contrôle.
- Le cas : femme de 37 ans Mène au signe isolé de Vaginite, et au mode de gestion sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte : traitement symptomatique et prélèvement vaginal.
En effet, l'hypothèse d'une leucorrhée dans les limites de la normale ne peut pas encore être écartée (cf. cas page 49).

En ORL

- Le cas : femme de 78 ans Les motifs de la séance sont un écoulement nasal important et des bruits auriculaires, tous deux signes et symptômes isolés et d'étiologie certaine non disponible. Ils portent au management par deux hypothèses diagnostiques ouvertes rhinite et acouphènes et traitement d'épreuve : Praxilène et Virlix + Flixonase, assorti d'un audiogramme.
Deux tableaux de maladie, HTA et Diabète sont managés occasionnellement au titre de facteurs aggravants.
- Le cas : homme de 55 ans Hypoacousie bilatérale, symptôme isolé.
Management après vérification audiométrique.
En l'absence d'étiologie certifiée, l'hypothèse diagnostique ouverte était celle de presbyacousie précoce, probablement familiale. Traitement : prothèse bilatérale.
Le médecin traitant a expliqué au groupe que « le patient pouvait, par exemple, présenter une *spongiose interne*. Cependant le traitement serait le même, si bien que la découverte d'un *labyrinthe en marbre* au scanner n'aurait rien apporté de plus utile. « *Enfin, il peut s'agir des premiers signes d'un syndrome de Schmulltruc qui se révélerait dans 15 ans !* » Le mode de gestion de la scène du danger est bien celui de l'hypothèse diagnostique ouverte et du traitement symptomatique d'épreuve.
- Le cas : femme de 32 ans Répond à un symptôme de gêne pharyngée isolée, sur examen pharyngé négatif, qui correspond exactement au « cas » *mal de gorge* que notre confrère avait privilégié parmi ceux évoqués à l'aide de la Casographie.
A ce stade, il s'agit bien d'une gestion par une hypothèse diagnostique ouverte sur un symptôme possible de *reflux gastro-œsophagien*. Management : fibroscopie et avis demandé en gastro-entérologie. Traitement d'épreuve : Ogast 15, conseils hygiéno-diététiques.

En pédiatrie

- Le cas : garçon de 45 mois Douleurs abdominales péri ombilicales continues et fébricule 37°8 depuis 3 jours. Vomissement il y a deux jours, pas mal à la gorge. Pas de douleur en urinant. Urines normales. Pas de constipation, ni décoloration des selles. Examen RAS : abdomen souple, foie, rate : RAS, langue propre, auscultation pulmonaire et cardiaque : normale. Gorge propre, pas d'adénopathie. Devant ces signes et symptômes, le management se fait sur l'hypothèse diagnostique ouverte d'étiologie totalement non disponible : index d'ouverture proposés : A ou B. Ce mode de management se traduit ici par un traitement symptomatique (antispasmodique) et une prescription d'ECBU si la fièvre persiste.
- Le cas : garçon de 14 mois Cauchemars, management : recommandations d'ordre psychologique, a été présenté en détail (cf. cas pages 78-79).
Ce cas illustre particulièrement bien le mode de gestion par une hypothèse diagnostique ouverte sur une scène de danger et un traitement d'épreuve, dans les situations où un degré de normalité n'est pas encore exclu.
- Le cas : fille de 3 ans Est présentée pour mal au « ventre » depuis deux mois et une toux grasse diurne depuis trois jours.
Aucun antécédent particulier, pas de fièvre, douleur abdominale péri ombilicale. Semble constipée. Alimentation normale.
Examen : auscultation RAS, abdomen souple, pas de douleurs provoquées à la palpation, pas de météorisme. Développement statur pondéral normal.
L'hypothèse diagnostique ouverte mène sur rhinopharyngite, et pose la question d'une possible *constipation*.
En fait, aucune formulation diagnostique n'est satisfaisante.
Aussi, la décision est l'abstention thérapeutique dans l'expectative des examens complémentaires : examen radiologique de l'abdomen sans préparation et examen parasitologique des selles.

Ces douze cas sont démonstratifs des scènes du danger caractérisées par des « signes et symptômes » lorsque ceux-ci ne représentent pas à eux seuls une maladie classique, mais constituent une des entités morbides que la Casographie permet d'identifier comme mutuellement exclusives entre elles, alors qu'aucune donnée sur leur étiologie n'est disponible en fin de séance.

Du point de vue de leur origine, les scènes du danger de ce type découlent :

- Des maladies virales (par exemple saisonnières) susceptibles de guérison spontanée, mais aussi de complications.
- Des troubles de santé pouvant encore se situer dans la fourchette des variations de la normalité (exemple ici la vaginite, voire la dysménorrhée).
- Des troubles dont l'étiologie certaine reste inconnue des sciences médicales (exemple ici l'hypoacousie et les acouphènes).
- Des troubles sans aucune orientation possible sur le moment (exemple ici le cas de la petite fille de 3 ans « présentée pour mal au ventre depuis deux mois »).

Du point de vue de leur évolution ces scènes du danger connaissent trois modalités.

- Elles peuvent guérir sans suite ni médicalisation inutile.
- Elles peuvent générer des situations graves et urgentes par leur évolution propre.
- Elles peuvent masquer des maladies graves concurrentes par des manifestations semblables, mais dont l'étiologie est différente.

On constate que le management des scènes du danger corrélées à des signes et symptômes qui ne représentent pas à eux seuls une maladie chronique classique, se fonde sur le mode de l'hypothèse diagnostique ouverte, qui se traduit par une surveillance organisée autour d'un traitement d'épreuve et d'examen diagnostiques complémentaires selon le besoin.

Dans le cadre de la surveillance médicale discontinue, la fréquence des formulations diagnostiques sur le mode des signes et symptômes détermine l'un des principaux enjeux du service médical rendu aux premières lignes du système de santé.

On remarque que ce mode de formulation diagnostique comporte deux catégories différentes d'entités morbides. D'un côté, ce sont des signes et symptômes qui constituent à eux seuls une maladie classique. D'un autre côté, ce sont des signes et symptômes qui signalent seulement la présence de troubles de la santé pour lesquels aucune donnée étiologique n'est disponible en fin de séance.

On constate une prise en charge de ces signes et symptômes dont la cohérence découle d'une hiérarchie des urgences et de trois modalités de management : la veille thérapeutique et diagnostique sur une maladie classique, l'hypothèse diagnostique ouverte proprement dite et le facteur aggravant.

On observe que l'hypothèse diagnostique ouverte conduit à une surveillance de la scène du danger organisée autour d'une épreuve thérapeutique et... diagnostique. En fonction des résultats des décisions prises, la réponse à « l'épreuve » induit la clôture du problème ou bien une activité médicale de soins vouée au dépistage des maladies classiques.

On voit aussi que la hiérarchie des urgences résulte de la prise en compte des maladies concurrentes et risques d'évolution grave évitable.

7.3. La présence dans les pratiques de trois degrés d'ouverture diagnostique et les modalités du management

L'étude de cette série de cas a confirmé l'apport de la Casugraphie pour identifier et classer les scènes du danger auxquelles répondent les décisions diagnostiques et thérapeutiques qui sont prises par les praticiens dans le cadre des contraintes de la surveillance discontinue en ville.

Elle a révélé la distribution des conclusions diagnostiques atteintes en fin de séance, entre trois degrés d'ouverture, selon qu'elles identifient des dangers inhérents :

1. à des *maladies classiques*, en situation diagnostique close sur une étiologie complètement certifiée ;
2. à des *tableaux* d'une maladie probable en situation diagnostique non encore complète mais déjà orientée par des examens de routine ;
3. à des *signes et symptômes* en situation diagnostique ouverte en l'absence de lien probant avec une maladie classique.

Nous allons examiner la distribution de ces modalités diagnostiques en fonction de la scène du danger, dans notre panel de praticiens.

7.3.1. La présence des trois degrés d'ouverture diagnostique dans les pratiques médicales de notre échantillon

Les formulations diagnostiques selon leur degré d'ouverture

Formulations diagnostiques ⁴⁸		Symptômes Signes A/B	Tableaux de maladie C	Diagnostics certifiés D
<i>Nombre total par discipline</i>	<i>Discipline</i>			
38	Médecine générale	22	14	2
30	Angiologie	11	10	9
12	Cardiologie	5	3	4
15	Chirurgie	7	3	5
10	Gynécologie	4	5	1
7	ORL	4	3	0
6	Pédiatrie	4	1	1
Total 118	Total par degré d'ouverture	57	39	22

On constate :

- la présence des *trois formes diagnostiques* selon le *degré d'ouverture*, dans six des sept disciplines de notre groupe de praticiens ;
- le nombre élevé des formulations diagnostiques qui se trouvent classées en situation *ouverte* c'est-à-dire sous la forme A ou B (signes et symptômes isolés et groupés) et sous celle de tableaux de maladie C. En volume, cette formulation diagnostique ouverte des problèmes morbides qui se sont présentés retient l'attention.

⁴⁸ Rappel des nombres de résumés de consultation par discipline de notre échantillon : médecine générale 16, angiologie 9, cardiologie 3, chirurgie 5, gynécologie 6, ORL 4, pédiatrie 6. Total 49.

7.3.2. Les modalités de management des soins dans les trois groupes de degré d'ouverture diagnostique

Notre étude de cas a constaté l'usage de trois modalités du management des soins médicaux liés à cette distinction entre les degrés d'ouverture des conclusions diagnostiques.

1. Le mode de la veille thérapeutique et diagnostique traditionnelle sur les *maladies classiques sous le couvert de leur complète certification étiologique*.
2. Le mode du traitement d'épreuve *des tableaux de maladie et des signes et symptômes*, sous le couvert de *l'hypothèse diagnostique étiologique restant ouverte*.

Ces deux modes de management s'expriment par des décisions et prescriptions en fin de séance.

3. Le mode de la notification de maladies *connues* au titre de facteur aggravant.

Ce mode de management se traduit par une prise en considération sans prescription sur le moment.

Pour l'ensemble de nos 49 cas la distribution de ces liaisons se présente comme suit :

Formulations diagnostiques	Modalités de management des soins		
	Hypothèse (H) diagnostique ouverte	Veille (V) thérapeutique	Facteur (F) aggravant
Groupe des 57 A/B (signes, symptômes)	41	4	12
Groupe des 39 C Tableaux de Maladie	22	10	7
Groupe des 22 D Diagnostics certains	1	18	3
Total des modes de gestion	64	32	22

On constate la présence des trois modalités de management des soins dans chacune des trois formes de conclusion diagnostique selon le degré d'ouverture. Ce degré n'est donc pas le seul élément de choix de la modalité de management. Lors des études de cas, nous avons vu le rôle joué dans les choix du management par une hiérarchie qui résulte, sous une forme plus ou moins pressante, de la seule actualité d'un trouble de santé ou de son urgence possible.

Nous proposons d'exposer ces choix dans les huit pratiques de notre groupe d'étude en examinant les modalités du management des soins successivement dans chacune des trois formes d'ouverture diagnostique présentes.

7.4. Liens entre les degrés d'ouverture des formulations diagnostiques et les trois modalités du management des soins

Ces liens illustrent le rôle des scènes du danger dans la formation de la hiérarchie de l'urgence, laquelle suscite une modulation du management. On examinera cette modulation dans chaque groupe de cas, selon le degré d'ouverture diagnostique retenu.

7.4.1. Les trois modalités du management constatées pour les « signes et symptômes » (A/B)

Distribution des modalités du management des soins dans les 8 pratiques médicales⁴⁹

	Mode de gestion du risque	Hypothèse (H) diagnostique ouverte	Veille (V) thérapeutique	Facteur (F) aggravant
<i>Nombre total de formulations A/B par discipline</i>	<i>Discipline</i>			
22	Médecine générale	19	2	1
11	Angiologie	8	0	3
5	Cardiologie	2	1	2
7	Chirurgie	1	0	6
4	Gynécologie	4	0	0
4	ORL	4	0	0
4	Pédiatrie	3	1	0
57	Total par mode de gestion du risque	41	4	12

S'agissant de formulations diagnostiques qui ne permettent pas d'établir un lien étroit avec un concept nosologique déterminé, le management des décisions par *l'hypothèse diagnostique ouverte* domine très logiquement en volume.

Cependant, à l'examen du tableau, on retrouve également les deux autres modalités de management des décisions.

⁴⁹ Ce groupe des formulations diagnostiques ouvertes, sous la forme de signes et symptômes selon la Casographie, est présent en médecine générale dans 10 résumés de consultation sur 16, en angiologie dans 5 résumés sur 9, en cardiologie dans 3 résumés sur 3, en chirurgie dans 5 résumés sur 5, en gynécologie dans 4 résumés sur 6, en ORL dans 3 résumés sur 4 et en pédiatrie dans 4 résumés sur 6.

- Ainsi, **la veille thérapeutique et diagnostique** traditionnelle a été mise en œuvre quatre fois

En médecine générale

Dans le cas : homme de 31 ans Les signes de pharyngite bénéficient des décisions prises pour la maladie classique amygdalite, mais avec la connotation diagnostique du *doute* qui, chez ce malade particulier, a mené à la découverte de l'anomalie *anxiété* et de là au fait du risque de contagion par le VIH (cf. cas pages 62-63).

Par contre, le traitement des signes de pharyngite est confié à l'effet *collatéral* d'une décision de veille thérapeutique classique prise pour l'amygdalite. L'actualité de premier rang est ailleurs.

Dans le cas : homme de 47 ans Une *surcharge pondérale* est traitée sur le mode traditionnel, dans le cadre d'une lombalgie d'effort.

En cardiologie

Dans le cas : homme de 78 ans Le symptôme *douleur* qui a fait rappeler l'existence du *cancer de prostate* a été, par principe, parmi les hypothèses diagnostiques, bien que peu crédible cliniquement. Son suivi est en charge ailleurs sur le mode de *la veille* classique. L'urgence de premier plan est ailleurs (cf. cas pages 80-82).

En pédiatrie

Un cas : garçon de 14 mois Les cauchemars au décours d'une hospitalisation, conduisent à des recommandations sur le mode de veille thérapeutique et diagnostique classique.

- Le management au titre de **facteur aggravant** apparaît douze fois.

Surcharge pondérale 3 fois : 1 en médecine générale, 1 en chirurgie, 1 en angiologie.

Tabagisme 3 fois : 1 en angiologie, 1 en chirurgie, 1 en cardiologie.

Ménopause 1 fois : 1 en chirurgie.

Hypercholestérolémie 2 fois, en cardiologie.

Hypothyroïdie 1 fois, en angiologie.

HTA 1 fois, en chirurgie

Prurit anal 1 fois, en chirurgie.

On observe que seul un constat de surcharge pondérale sur quatre a induit une décision thérapeutique proprement dite, ceci en médecine générale. A l'examen des cas, on constate que la gestion des signes et symptômes comme facteurs aggravants apparaît dans des situations de comorbidité où la hiérarchie des urgences ou bien la spécialité ont imposé seulement la *prise en note* dans le dossier et la vérification d'une prise en charge ailleurs. A ce titre, ces signes et symptômes de maladies classiques interviennent dans les stratégies de la décision, mais sans nouvelle vérification diagnostique, inadéquate au cours de séances où l'urgence de premier rang est autre.

7.4.2. Les trois modalités de management constatées pour les « tableaux de maladie » (C) retenus comme résultats diagnostiques

Distribution des modalités de management des soins dans les 8 pratiques médicales

	Mode de gestion du risque	Hypothèse (H) diagnostique ouverte	Veille (V) thérapeutique	Facteur (F) aggravant
<i>Nombre total de formulations C par discipline</i>	<i>Discipline</i>			
14	Médecine générale	9	5	0
10	Angiologie	4	3	3
3	Cardiologie	1	1	1
3	Chirurgie	1	1	1
5	Gynécologie	5	0	0
3	ORL	1	0	2
1	Pédiatrie	1	0	0
39	Total par mode de gestion du risque	22	10	7

S'agissant de *tableaux de maladie*, c'est-à-dire de formulations diagnostiques de certitude étiologique incomplète, le management des décisions par ***l'hypothèse diagnostique ouverte*** domine logiquement en volume.

Cependant, on constate aussi les deux autres modalités de management des décisions, qui se retrouvent facilement sur le tableau.

- Ainsi ***la veille thérapeutique et diagnostique*** traditionnelle a été mise en œuvre, sans plus, dix fois :

En médecine générale 5 fois : - *Eczéma* du nourrisson, parce que l'urgence était dans l'anxiété de la mère
 - *Amygdalite*, parce que l'urgence était dans un risque de contagé HIV
 - *HTA*, parce que l'actualité était celle d'une lombalgie
 - *Surcharge pondérale*
 - *Goutte*

En angiologie 3 fois : - *Mycose*
 - *Veinite post-sclérose*
 - *Séquelle de thrombophlébite*

En cardiologie 1 fois : Il s'agissait de noter l'existence d'un traitement « ailleurs » pour une *insuffisance respiratoire chronique* en présence d'une actualité urgente d'un ordre tout à fait différent. (cf. cas pages 68-69)

En chirurgie 1 fois : Il s'agissait d'une *ménopause* après ovariectomie à 47 ans.

➤ Le management sur la modalité **facteur aggravant** a été observé sept fois.

- En angiologie 3 fois
- Un *angor* et une *HTA* traités ailleurs sont notés à l'occasion d'un cas d'artérite, varices et vertiges non caractéristiques d'actualité, faisant examiner la liste des traitements multiples à la recherche d'associations inopportunes.
 - Une *ménopause* est signalée traitée ailleurs, chez une femme de 54 ans, suivie pour sclérothérapie
- En cardiologie 1 fois : Une *HTA* est notée pour un patient qui va être hospitalisé.
- En chirurgie 1 fois : Un *prostatisme* est pris en note pour un patient qui va être opéré.
- En ORL 2 fois : Une *HTA* et un *diabète* sont notés comme suivis ailleurs pour une patiente traitée pour une rhinite et des acouphènes qui forment le problème actuel.

La gestion de ces *tableaux de maladie* comme *facteurs aggravants* apparaît aussi dans des situations de comorbidité où la hiérarchie des urgences ou la spécialité ont imposé seulement la *prise en note* dans le dossier et la vérification d'une prise en charge ailleurs. A ce titre, ces tableaux de maladies classiques interviennent dans les stratégies de la décision, mais sans autre vérification diagnostique, inadéquate au cours de séances où l'urgence de premier rang est autre.

7.4.3. Les trois modalités de management constatées dans le groupe des « diagnostics certifiés » (D), retenus comme résultats diagnostiques

Modalités de management des soins dans les 8 pratiques médicales

	Mode de gestion du risque	Hypothèse (H) diagnostique ouverte	Veille (V) thérapeutique	Facteur (F) aggravant
<i>Nombre total de formulations D par discipline</i>	<i>Discipline</i>			
2	Médecine générale	0	2	0
9	Angiologie	1	8	0
4	Cardiologie	0	1	3
5	Chirurgie	0	5	0
1	Gynécologie	0	1	0
0	ORL	0	0	0
1	Pédiatrie	0	1	0
22	Total par mode de gestion du risque	1	18	3

S'agissant de *maladies classiques complètement certifiées en fin de séance*, le management des décisions par la **veille thérapeutique et diagnostique traditionnelle** va de soi.

Cependant, on observe aussi 3 décisions managées selon la modalité **facteur aggravant**.

- En cardiologie
- Un *tabagisme* et une *artériopathie* sont notés pour un patient qui va être hospitalisé (homme de 78 ans cas pages 80 à 82).
 - Un *diabète* est pris en note à l'occasion du contrôle d'un homme de 59 ans qui présente une coronaropathie chronique en voie d'aggravation.

Dans ces deux situations, l'actualité et l'urgence sont ailleurs que dans ces trois maladies classiques.

7.4.4. Sous la contrainte des surveillances discontinues en ville, une cohérence des prises en charge des troubles de la santé

A l'examen du service médical rendu du point de vue de la prise en charge des troubles de la santé dans les huit pratiques médicales de notre panel, nous avons constaté la présence de trois modes de management de leurs dangers en fonction des degrés de certitude étiologique disponibles en fin de séance tels que la Casugraphie permet de les classer.

Deux de ces modes de management résultent de situations où les troubles de la santé connaissent une étiologie qu'on peut admettre comme probante en fin de séance dans les conditions de la surveillance discontinue en ville. Notre étude a permis d'identifier la présence de ces maladies appartenant à la pathologie classique connue et le constat du management de leurs dangers sous deux formes :

- La *surveillance thérapeutique et diagnostique* traditionnelle qui se traduit par une prise en charge traditionnelle en fonction de leur étiologie.
- La simple notification, sans prescription proprement dite, au titre de maladie connue d'une pathologie classique, considérée comme *facteur aggravant* d'une maladie autre qui est l'objet de la séance.

Mais, on observe aussi la présence forte d'une troisième modalité de management qui répond à une catégorie de troubles de santé où en fin de séance l'étiologie n'est pas disponible. La présence de ces troubles de santé s'observe par le constat de leur management sous une forme particulière :

- La surveillance sous le couvert d'une *hypothèse diagnostique restant ouverte*, répond au constat de tableaux de maladie de certitude complète non disponible ou de signes et symptômes ne formant pas à eux seuls une maladie classique. Du point de vue de leur surveillance discontinue, leur management est structuré en ville autour de traitements d'épreuve et d'examens diagnostiques complémentaires, selon une hiérarchie des dangers et de l'urgence, ou bien par un transfert en milieu hospitalier. En effet, ils peuvent guérir sans suite, mais aussi annoncer ou masquer des situations graves et urgentes.

Notre recherche qualitative, basée sur des cas, représente une analyse préliminaire visant avant toute chose à dégager de *bonnes questions* en vue de recherches quantitatives à venir. Mais on ne peut rester tout à fait indifférent au fait que, sur 118 troubles de santé diagnostiqués et classés à l'aide de la Casugraphie, 63 appartiennent à la catégorie des troubles de santé managés, en fin de séance, au titre de *l'hypothèse diagnostique ouverte*, contre 55 de ces troubles traités au titre de la pathologie définie comme classique, sous couvert de *leur complète identification étiologique*. On est frappé aussi par la rationalité empirique des décisions médicales prises qui se révèle régulièrement à la lumière de la hiérarchie des dangers et des urgences. De telles constatations demandent, bien sûr, à être confirmées sur de plus larges échantillons.

En premier lieu, dans le cadre de suivis de routine pour des tableaux de maladie classique en ville, on ne saurait assez insister sur l'importance de toute comorbidité dans le processus du dépistage au quotidien de nouvelles entités morbides par le management des scènes du danger de ces entités, au moyen d'une hypothèse diagnostique ouverte lorsqu'il s'agit de troubles de santé d'étiologie non disponible sur le moment. La simple lecture des études de cas confirme combien, par essence, tout trouble de la santé est une situation porteuse de danger, même si ce trouble s'exprime au quotidien par une demande de soins qui semble hors des standards de la pathologie classique. Sur ce point, nous ne saurions mieux faire que de rappeler les concepts qui fondent la matrice des « cas » de la Casographie, à savoir que, du point de vue de leur évolution, de nombreux troubles de santé de fréquence régulière connaissent trois modalités théoriques :

1. Ils peuvent guérir sans suite ni médicalisation inutile ;
2. Ils peuvent générer des situations graves et urgentes par leur évolution propre ;
3. Ils peuvent masquer des maladies graves concurrentes de par des manifestations semblables, mais dont l'étiologie est différente.

En second lieu, on est frappé par la rationalité empirique des décisions prises lorsqu'on les confronte à la hiérarchie des dangers et des urgences qui se trouvent identifiés au vu des choix diagnostiques faits par les médecins au regard de la Casographie.

En médecine de ville, on constate donc que, à côté du management des pathologies classiques, coexiste un management de troubles de la santé autres dont l'importance attire l'attention en raison, d'une part, de leur nombre et, d'autre part, des scènes du danger qui leur sont attachées. Notons que le degré réel du risque pour chaque constellation des dangers qui constituent ces scènes reste souvent peu connu, mais dès lors que ce risque n'est pas nul, sa prise en compte dans le management du cas importe.

Les deux activités de soins sont menées conjointement sous la contrainte de la hiérarchie des urgences. Il en résulte une image changée du service médical rendu par la pratique de ville. La reconnaissance des maladies sur le seul modèle de certitude étiologique complète perd de son emprise exclusive, au profit de l'identification des scènes du danger. On voit alors paraître une immense activité de soins par laquelle se réalise, en ville, dans les conditions propres à la surveillance médicale discontinue et à ses contraintes, le management cohérent de besoins qui s'expriment en amont et en aval des soins hospitaliers.

CHAPITRE 8

DISCUSSION

8.1. Le projet

Le rapport sur cette recherche est confronté à deux défis qui tiennent à son objectif. D'un côté, il faut exposer une formulation nouvelle du service diagnostique rendu par la médecine du secteur ambulatoire. D'un autre côté, on doit rendre compte des résultats inattendus, d'une analyse d'observation expérimentale complexe, à trois publics de pratique différente. Sont concernés les médecins du terrain, les gestionnaires et délégués du système de soins, mais aussi les chercheurs des institutions scientifiques intéressées par la théorie et les outils qui sont mis en œuvre ainsi que par la validation de la recherche. Au plan de la forme, il en découle une présentation où certains chapitres sont de lecture aisée pour l'un de nos trois publics, parce que l'exposé traite de problèmes qui lui sont familiers, et un peu plus ardue pour les deux autres publics dont ce n'est pas la pratique. Sur le fond, nous avons fait le choix d'une stratégie d'exposition détaillée de toutes nos analyses des 49 cas qui sont entrés dans l'étude. Ainsi, tout lecteur peut s'y investir personnellement, avec un regard de soignant pour les uns et de soigné pour les autres, au prix, il est vrai d'un effort d'attention adéquat, voire de deux lectures successives. Dans le cadre scientifique d'une entreprise de cette nature, les praticiens du panel et les chercheurs qui ont bien voulu examiner notre rapport avant sa publication ont exprimé leur accord sur cet impératif d'une lecture attentive et leur adhésion à sa richesse et à son aspect démonstratif.

8.2. Le sujet

Il s'agit de la faisabilité et des limites d'un processus important entre tous, la démarche médicale diagnostique au sens de *dia gnosis*, une connaissance « au travers, jusqu'au bout » des causes et dangers d'un trouble de santé. Pour sa réalisation, le médecin a le choix entre deux modes de prise en charge des dangers d'un trouble de la santé et des risques que comporte toute décision. L'un repose sur une surveillance continue en établissement de soins, l'autre implique une surveillance discontinue dans le secteur ambulatoire.

Dans leur ouvrage « Epidémiologie clinique. Clinimétrie » M. Jenicek et R. Cléroux exposent qu'il existe plusieurs stratégies pour poser un diagnostic :

- Le diagnostic par reconnaissance des formes : « Les observations sont à l'instant même reconnues comme appartenant à un tableau de maladie appris dans le passé ».
- Le diagnostic par ramification : « Le médecin procède par pas logiques et la réponse à un test, à un examen ou à une épreuve détermine automatiquement le test ou l'examen subséquent... ».
- Le diagnostic par exploration exhaustive des données : « Il s'agit du maximum d'observations et de données qu'on peut obtenir chez un malade. Par approche inductive, on procède à la recherche des hypothèses sur l'ensemble des données obtenues ».
- Le diagnostic par approche hypothético-déductive : « Au début de cette démarche le clinicien repère quelques signes, symptômes ou autres formations pertinentes, formule une ou plusieurs hypothèses possibles pour en arriver finalement à accepter une hypothèse comme vraie... ».

Lorsque ce travail s'opère lors d'un séjour en établissement de soins, les incertitudes qui précèdent le résultat de la démarche diagnostique (c'est-à-dire le management des dangers d'évolution grave et les risques que toute décision implique), sont gérées sous le couvert d'une surveillance médicale *continue*. A l'abri de cette procédure de contrôles incessants, le médecin peut faire ses choix entre les quatre stratégies diagnostiques selon les besoins de la séquence en cours, en attendant la clôture du processus diagnostique étiologique. Seul ce résultat final certifié sera codé et classé. Il va de soi que le coût et les aléas inhérents à une procédure aussi lourde de surveillance ne sont envisageables que lorsqu'il y a une prise en charge ponctuelle de situations morbides déjà présélectionnées pour la fréquence et la gravité des dangers qu'elles enferment.

Par contre, lorsque le travail diagnostique s'opère dans le secteur ambulatoire, il s'agit du tout venant des troubles de santé au quotidien, dans un contexte où toute plainte, toute manifestation est recevable alors que la surveillance directe des dangers est *discontinue*. En conséquence, dès la fin de chaque séance, le praticien a besoin *du bilan de toutes les alternatives possibles qui représentent un danger* sur le moment, alors que toutes les données diagnostiques positives d'inclusion ou différentielles d'exclusion, sont rarement disponibles avec certitude.

L'étude de nos résumés de consultation a montré comment le praticien décide, à chaque séance, du seuil de maintien de la surveillance discontinue en ambulatoire ou d'abandon au profit de l'hospitalisation *en fonction de ce bilan des alternatives présentes*. Les seuils de mobilisation des moyens d'exclusion et d'inclusion des données diagnostiques nécessaires au contrôle des dangers et aux choix thérapeutiques s'avèrent donc également corrélés à la hiérarchie des risques issus de ce bilan.

Le cas de la jeune fille de 14 ans qui consulte pour une varice et se voit mise sous vigilance discrète, sur un mode très subtil, pour une insuffisance pondérale relative en fonction de sa taille, est un exemple simple de ces situations limites où le recours au concept de diagnostic ouvert permet d'enregistrer et de coder l'ouverture envisageable sur des troubles sérieux (ici de nature psychologique, vu aussi le contexte) à garder en mémoire dans le dossier sur un mode explicite.

Ce qui caractérise, en fin de consultation, la démarche diagnostique en situation de surveillance médicale discontinue, réside dans la fréquence des situations où sa réelle clôture n'est pas disponible. Surgit alors une fonction particulière de *bilan renouvelable, destiné à rester ouvert sur toutes les alternatives* inscrites dans la scène du danger, *au titre de la prévention des évolutions graves évitables*. Mais cette pratique de classification diagnostique des scènes du danger reste essentiellement empirique. Les limites et les dénominations des entités observées demeurent floues, leur contenu incomplet. Cela restreint l'efficacité de ces bilans et nuit à la sérénité de leur aide à la décision tout comme à la conservation utile de données précieuses, puis à leur communicabilité entre médecins coopérant au traitement d'une même personne. Nous avons vu que la classification précise de ces scènes du danger et leur adaptation exacte à la Classification internationale des maladies, marque à cet égard un important progrès.

8.3. La méthode

Reste à examiner la question d'une méthode expérimentale fondée sur la comparaison de médecins traitants, qui sont leurs propres sujets témoins « avant – après ». La question d'une possible induction de comportements diagnostiques artificiels se pose là où nous postulons la simple mise à jour, par une classification pertinente, de données normalement enregistrées, mais non explicitées.

Comment avons-nous procédé ? Nous avons présenté, en deux fois deux heures de réunion, les principes d'une classification définie pour plus de 300 situations médicales de fréquence régulière en médecine générale, la Casographie. Une édition papier de cet outil est ensuite confiée à des praticiens de terrain. A l'aide d'une table de permutation, au hasard, de 20 éléments, ces praticiens élisent des consultations dont ils enregistrent d'abord sur le volet gauche d'une fiche de recherche, un résumé de consultation standard incluant les données cliniques retenues, ainsi que leurs conclusions diagnostiques et décisions prescrites. Ensuite, ils reclassent les *mêmes données* cliniques de leurs résumés à l'aide de la Casographie, sur le volet droit du même document.

On constate que les données que la Casographie permet de classer étaient présentes dans les résumés de consultation, mais au sein des résultats d'examen et non parmi les diagnostics déclarés. Seule une connaissance, par ces médecins traitants, des particularités et détails de cette classification des scènes du danger aurait permis une induction artificielle de ces données dans l'examen des patients, lors des consultations qui ont été résumées. Or la possibilité d'une telle influence après seulement deux fois deux heures d'exposé nous paraît peu vraisemblable. Elle serait à porter au crédit d'un outil de classification qui serait proprement miraculeux.

La réalité est à la fois plus simple et plus satisfaisante. La Casographie a permis seulement d'identifier et de coder des données diagnostiques relatives au travail de repérage des risques de maladie : les praticiens ont relevé ces données lors de leur examen, mais sans expliciter dans leurs conclusions diagnostiques le *bilan des alternatives* qui en résultent. Il s'avère aussi que l'information enregistrable et transmissible sur la situation médicale ressort ainsi complétée et enrichie en transparence et conformité aux faits. L'exposé détaillé, dans les chapitres 6 et 7, de tous les cas de l'étude aux regards critiques du lecteur extérieur, nous semble un bon élément de preuve, ouvert à tous pour une vérification de ce que nous avançons.

8.4. La faisabilité

Elle concerne une procédure d'identification diagnostique à l'aide d'un référent médical de classification, la Casographie, et ne saurait s'apprécier que dans le cadre de notre recherche.

Parmi les obstacles prévisibles il y avait :

- L'insertion d'un outil de classification nouveau dans une praxis où suffisait jusqu'alors une démarche empirique et intuitive, intégrée dans la routine professionnelle de chaque médecin.
- La participation de professionnels dans un contexte où la surcharge de travail personnel et le temps unitaire disponible par consultation sont un élément fort de difficulté dans la profession et de contestation quant aux conditions d'exercice.
- La demande faite aux praticiens d'assumer rationnellement un débat qui comporte des germes pratiques et symboliques de mésentente. Les généralistes risquaient de voir, chez le spécialiste, l'émergence et le management de troubles de la santé de type généraliste, susceptibles d'apparaître en cours d'examen. De leur côté, les spécialistes pouvaient se voir opérer comme les généralistes, et cela dans leur propre domaine, contraints qu'ils étaient de gérer dans le cadre de la surveillance discontinuée des situations où l'étiologie n'est pas disponible sur le moment.

En dépit de ces obstacles, nous nous sommes proposés au départ d'apprécier la « faisabilité de cette procédure » par le taux d'adhésion des dix praticiens du panel au travail jusqu'à son achèvement. Sur les dix volontaires, au tout début deux d'entre eux ont souhaité se retirer. Le motif évoqué, pour l'un, était l'excès de travail en médecine générale, pour l'autre, une faible fréquence des diagnostics non certains en fin de séance dans sa spécialité, la stomatologie. Les huit praticiens restants, deux généralistes et six spécialistes, non seulement ont activement participé à la recherche, mais ils ont aussi accepté le travail aride de relecture qui leur a été demandé en fin de rédaction du rapport. Ces données nous permettent d'affirmer que l'emploi du concept et de l'outil dans le cadre d'activité d'une recherche structurée est tout à fait réalisable.

Le problème qui persiste se trouve ailleurs. Il relève du fait que cette classification répond aux situations *diagnostiques ouvertes* de fréquence régulière en médecine générale. Bien que ces situations diagnostiques ouvertes émergent aussi dans la médecine spécialisée qui doit en tenir compte, leur fréquence régulière est différente dans les divers domaines spécialisés par rapport à la réalité en médecine générale. D'où, le cas échéant, la nécessité d'identifier et formaliser les situations ouvertes de fréquence propre aux domaines spécialisés et de coder leur degré d'ouverture diagnostique éventuel en fin de séance par addition au code CIM 10 qui les désigne. Nous en avons vu un exemple dans un cas de torsion testiculaire survenu en pédiatrie. Dans la Casographie, la dénomination de ce cas se trouve confinée dans la liste des situations concurrentes de la dénomination orchio-épididymite.

CHAPITRE 9

LES PERSPECTIVES

Elles concernent l'acquisition de connaissances sur la production, la distribution et la consommation des soins médicaux dans le cadre du secteur ambulatoire de l'assurance maladie. Au-delà de ces aspects relatifs à l'outil de recherche, l'apport de la nouvelle donne se révèle riche de promesses qui touchent aux moyens de répondre aux difficiles enjeux de transparence découlant des dispositions de la nouvelle loi sur les droits de malades et l'accès direct du patient à son dossier médical.

Les perspectives sont à considérer dans le court, le moyen et le long terme.

9.1. A court terme

Une lacune est comblée et une voie nouvelle est ouverte, qui fait apparaître en le formalisant un segment professionnel crucial et mal connu du travail intellectuel du médecin dans le secteur ambulatoire. Cette nouvelle donne permet de combler le manque de connaissances portant sur le mode de repérage empirique des risques de maladie et de leur prévention, à l'occasion des troubles de santé soignés au quotidien, avant, pendant et après le processus diagnostique traditionnel qui les vise. Ce qui semblait un effet implicite de routine (et insaisissable) devient, par la forme et par la qualité de sa classification, une donnée précise qui peut être archivée, complétée de séquence en séquence, communiquée au réseau des soignants impliqués et, le cas échéant, au patient.

Un avantage collatéral de cette procédure est d'avoir suscité une réflexion et une recherche collégiale sur un problème de fond qui intéresse chaque malade en situation de surveillance médicale discontinue et son médecin dans ses décisions comme dans ses rapports de coopération avec tous ses interlocuteurs.

En pointant la réalité de l'incertitude et du caractère toujours partiel des informations en médecine, l'acquis de cette procédure permet d'opposer une limite rationnelle et forte à l'illusion d'une croissance continue de productivité dans l'activité médicale par une standardisation des soins sur le mode industriel. Il conforte la légitime nécessité de conditions d'exercice appropriées aux besoins de temps disponible pour la réflexion et pour le colloque. Il soutient les moyens d'une répartition collégiale des tâches entre domaines d'intervention complémentaires au sein du secteur ambulatoire. Enfin, permettant un partage rationnel des fonctions de gestion des risques avec le secteur hospitalier sur des modes complémentaires mais différents, il étaye le besoin d'une équitable répartition de l'allocation des ressources au secteur ambulatoire. En somme, il apparaît que, pour sortir par le haut de contentieux⁵⁰ accumulés au sein du système d'assurance maladie sur les services médicaux rendus, il existe aujourd'hui des moyens de recherche innovants ainsi que des concepts et des outils d'utilité immédiate.

⁵⁰ Sous le titre de « Face au malaise de la profession » à l'occasion des grèves et arrêts de travail dans le corps médical, le Conseil National de l'Ordre des Médecins évoque : « Ces actions inhabituelles témoignent d'un profond désarroi, exprimé notamment par les jeunes médecins, et du sentiment d'incompréhension qui se développe entre les pouvoirs publics, les organismes de protection sociale, et une profession essentielle à l'exercice d'un des droits fondamentaux du citoyen : le droit à la santé ». Communiqué du Conseil National de l'Ordre des médecins. In Bulletin de février 2002.

9.2. A moyen terme

Ce nouvel éclairage porté sur des aspects de management propres à toute pratique en situation de surveillance médicale discontinue, a une portée générale quant aux progrès de faisabilité qui se feront jour en termes de conditions d'exercice et de tenue du dossier médical.

Etant compréhensible aux praticiens de toutes les disciplines du secteur ambulatoire en raison de la généralité de son concept de base d' « *ouverture diagnostique* » et de son articulation précise à la CIM 10, la Casographie peut faciliter la réalisation et la communication des résultats pour de nombreux souhaits d'enquêtes, de recherche scientifique et pédagogique, qui se font jour parmi les médecins du terrain. Mais cela implique un minimum de formation.

Par exemple, un travail simple et passionnant consisterait à étudier le devenir, à un et deux ans, des 49 cas et de leurs 118 scènes du danger étudiés dans ce rapport. Il serait opportun d'examiner aussi comment se constitue aujourd'hui « naturellement » le réseau de prise en charge des soins en ambulatoire, en fonction de chaque patient particulier et des moyens disponibles.

Cependant, l'étude de la procédure qui découle de la Casographie doit être prolongée sur des points précis et identifiables. De nombreuses données sont à examiner maintenant, d'un commun accord, dans la prise de décision en situation diagnostique ouverte, qui sont pour le dire avec F.H. Mader⁵¹ :

- « *La durée de la situation d'attente pour les « cas » laissés ouverts : pendant combien de temps peut-on prendre la responsabilité d'attendre ?* »
- *L'ordre dans lequel doivent se succéder les démarches diagnostiques : que puis-je mettre au clair par moi-même à ma consultation ? Pour quelle démarche dois-je recourir au soutien d'un autre médecin ?*
- *Les intervalles pour les différentes mesures de contrôle comme :*
 - *l'imagerie médicale*
 - *les examens de laboratoire*
 - *la nécessité de transférer*
 - *le dosage et la durée des médicaments à déterminer selon une pratique éprouvée*
 - *la prise en compte des plus importantes évolutions dangereuses évitables. »*

Ainsi, c'est la profession elle-même qui peut soutenir des efforts pour développer une recherche scientifique de haut niveau. La désignation adéquate et réfutable⁵² de situations de certitude partielle, dans lesquelles la décision médicale se prend pourtant très fréquemment, ouvre une voie réelle à une telle recherche. En réduisant la dangereuse asymétrie de connaissance scientifique qui pèse sur la nature du service médical rendu en parallèle et en complément du service hospitalier, elle favorise le développement harmonieux de l'exercice médical dans le secteur ambulatoire.

⁵¹ F.H. MADER « *Réflexions à propos de la théorie et de la pratique de la médecine appliquée* » in Actes des Assises des professeurs de l'enseignement supérieur et chargés de cours de médecine à Aix-la-Chapelle, 1995. Praticien en activité, éditeur, élève et compagnon de recherche de R.N. Braun, auteur de nombreux ouvrages pédagogiques et pratiques réputés, F.H. Mader enseigne la médecine générale et appliquée à l'université technique de médecine de Munich dont il a été nommé Professeur honoraire.

⁵² K.R. POPPER « *La logique de la découverte scientifique* » Ed. Payot, 1982.

9.3. A plus long terme

Au cœur de la crise grandissante des systèmes de soins et d'assurance maladie de nouvelles sciences se sont fait jour.

Aujourd'hui se développe une très ambitieuse *épidémiologie clinique*, appuyée sur la *clinimétrie*, que M. Jenicek & R. Cléroux présentent comme suit dans leur ouvrage déjà cité :

On peut définir l'épidémiologie clinique comme « la science et l'étude de la prise de décision optimale en médecine clinique, en fonction des caractéristiques épidémiologiques du malade, de son entourage hors clinique, de la pathologie en cause, des facteurs et actes auxquels il est exposé dans son environnement clinique et de l'exercice de la médecine en particulier ».

Par ailleurs, dans le cadre des sciences du danger se multiplient des regards qui ont en commun une volonté de « *stricte honnêteté vis-à-vis des faits, de tous les faits dans une vision globale* ». « *L'attitude scientifique sur les attitudes face au danger se traduit par la recherche de modèles descriptifs, qu'ils soient discursifs ou mathématiques, rendant compte du fonctionnement systémique qui relie tous les faits sans omettre d'identifier honnêtement ceux qui restent mal expliqués, compte tenu des limites de validité des modèles* »... « *Attitude scientifique encore, l'ambition de hausser les modèles au stade prédictif qui ouvre la porte à la maîtrise des dangers, au moins à la possibilité d'avertir de leur imminence et de leur gravité* »⁵³

On aura reconnu là des situations que la Casographie permet de classer et de coder au titre de faits cliniques de causes et de conséquences multiples en vue de leur prévention. C'est dire que les « cas » observés en ambulatoire peuvent bénéficier aussi des nouvelles recherches de pointe qui s'instaurent. C'est sans doute un argument fort pour que soient créées pour les praticiens du secteur ambulatoire qui le souhaitent, et en particulier pour ceux de médecine générale, les carrières statutaires de chercheurs et les institutions scientifiques nécessaires.

⁵³ C. Franzen. « *Les Cindyniques, sciences du danger. Préface* » in Introduction aux Cindyniques. Ouvrage collectif sous la direction de Jean-Luc WYBO. Ed. ESKA, 1998.

CHAPITRE 10

CONCLUSION

Les changements que connaît notre système de soins sont de grande ampleur. L'évolution des connaissances et des techniques médicales les explique en partie, mais ces changements trouvent aussi leur source dans de multiples tensions exogènes auxquelles sont soumis les acteurs en termes de qualité des services rendus et de coûts. Cette mise en question débouche sur une injonction faite aux producteurs de soins de rendre visibles le contenu et le produit de leur activité.

A l'aide de la Casographie, nous avons analysé le management *en routine* des troubles de la santé du point de vue de la gestion de leurs risques dans 49 cas de « consultation en ville ». Ces cas ont été choisis au hasard dans les pratiques d'un petit groupe de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, exerçant en Ile-de-France. En proposant une classification du résultat de cette démarche, la Casographie éclaire tout ce qui va relever ensuite de la décision de prescription face au malade. A cet égard son apport instrumental dans le champ du secteur ambulatoire des soins médicaux fait écho à une problématique générale dont l'actualité est évidente. Mais le principe d'ouverture de la démarche diagnostique, qui fonde sur la scène du danger une nouvelle forme de classification des troubles de la santé, a aussi une autre portée. D'une part, il ne conteste pas le codage de la morbidité lorsqu'il résulte d'une démarche complète d'identification diagnostique ; d'autre part, il identifie les situations pathologiques que le médecin assume avant et après un éventuel diagnostic étiologique certain. Dans ce deuxième cas de figure, une situation pathologique ne devient réaliste au regard de la gestion du risque que par son incertitude même et ne se trouve identifiée de manière raisonnable que par l'ensemble des situations concurrentes et des risques d'évolution grave évitable dont la *présence, sur le moment*, la caractérise. C'est ainsi que le *dépistage en routine des maladies par la définition de la scène du danger*, à l'occasion des soins au tout venant des troubles de la santé qui se présentent en ville, accède à la classification et au codage.

Un premier constat de notre test sur le terrain confirme que le domaine d'application de la Casographie dépasse la pratique quotidienne des généralistes, en fonction de laquelle l'outil taxinomique a été construit au départ. Cette classification répond à une problématique plus large. Elle s'étend en effet à tous les champs de soins médicaux exercés dans le cadre des contraintes relatives à la surveillance médicale discontinuë qui caractérise le secteur ambulatoire.

Ainsi, dans les huit pratiques généralistes et spécialistes qui ont participé à l'étude, on constate des managements empiriques des risques en fonction du degré d'incertitude des données diagnostiques disponibles et de la hiérarchie de l'urgence qui résulte du bilan des alternatives caractérisant la scène du danger en fin de séance.

Il ressort donc que

- les concepts d'ouverture diagnostique et de bilan des alternatives comme déterminants d'une scène du danger ont été intégrés sans difficulté majeure par les praticiens, exemples à l'appui dans leur propre pratique et dans le cadre de leur participation à la recherche ;
- la codification sous la forme d'une adaptation à la Classification internationale des maladies a pu être réalisée pour tous les résultats diagnostiques dans leur nouvelle formulation, sans modification de son noyau central, à l'aide d'un caractère additionnel parmi les quatre possibles définissant le degré de certitude étiologique atteint sur le moment selon la Casographie.

En second lieu, l'analyse des résumés des consultations, après et avant la formalisation des données présentes à l'aide de leur classification par la Casographie, montre que

1. Nombre des *bilans des alternatives* en l'état ouvert des *données diagnostiques disponibles*, qui ont été révélés par le reclassement des données à l'aide de la Casographie, ne sont ni formulés ni même repérables parmi les diagnostics déclarés au départ.
2. Les *informations diagnostiques sur les scènes du danger* figurent pourtant, explicitement, dans les résultats d'examen signalés dans les résumés de consultation et sont souvent repérables aussi par les décisions prises en fin de consultation.
3. Le *bilan des alternatives* en situation diagnostique ouverte contribue au *choix d'une hiérarchie des urgences* qui éclaire la mobilisation des moyens en fin de séance.
4. Les *décisions* prises en fonction de situations diagnostiques ouvertes ont dépassé notablement en nombre celles qui découlent de diagnostics certifiés sur le moment.
5. La présence de *trois modes de management* des dangers, dont la cohérence résulte du degré d'ouverture diagnostique en fin de consultation, a été constatée dans les huit pratiques médicales incluses dans notre étude. Deux de ces modes de management, la *surveillance thérapeutique et diagnostique traditionnelle* et la simple *notification d'un facteur aggravant*, s'appliquent à des situations où les troubles de la santé connaissent une étiologie qu'on peut admettre comme probante en fin de séance dans les conditions de la surveillance discontinuée. Le troisième mode de management, dont la présence est très forte, répond à une catégorie de troubles de santé où, en fin de séance, aucune étiologie suffisamment probante n'est disponible sur le moment. Alors, le management, au regard d'une hypothèse diagnostique restant ouverte, prend la forme d'une surveillance en ambulatoire, de *traitements d'épreuve et d'exams diagnostiques complémentaires selon une hiérarchie de l'urgence ou bien par un transfert en milieu hospitalier*.

Les conditions de notre modeste étude ne permettent pas de tirer des conclusions quantitatives valables statistiquement. Mais les données qualitatives qui ont été mises en évidence grâce à une concertation approfondie entre les animateurs de la recherche et les praticiens qui lui ont apporté leur participation, sont riches de connaissances nouvelles sur des choses intimes et essentielles de la pratique médicale et sur les moyens mis en œuvre pour les identifier.

C'est dire qu'une lacune importante peut être comblée par la représentation et la formalisation nouvelle de l'information sur un service médical crucial rendu en ambulatoire : le dépistage précoce des dangers et des risques sous-jacents aux nombreuses demandes de soins au quotidien qui s'expriment pour leur propre compte ou à titre de comorbidité à l'occasion des soins aux grandes pathologies chroniques.

Il s'agit d'actes qui tendent à réduire la prévalence des maladies dans la population en réduisant leur évolution et leur durée, voire leurs séquelles, par leur dépistage le plus précoce possible.

C'est dire aussi que nous avons des éléments de réponse à la forte demande sociale qui se fonde sur les formidables capacités réparatrices issues des progrès technologiques pour considérer l'investissement dans la santé comme un des facteurs entrant dans la production d'une sécurité maintenant accessible.

Des perspectives de recherche et d'enseignement d'importance se profilent donc à moyen terme derrière la nouvelle formalisation de ce champ d'activité. En premier lieu, l'identification formalisée de la scène du danger contribue grandement à la transparence de l'information. Outre l'optimisation de la prise de décision dans le management du risque diagnostique en soulageant la mémoire, elle permet l'archivage dans le dossier sous une forme standard qui regroupe les données recueillies. Ensuite, sa compatibilité avec la Classification internationale des maladies permet la transmission d'une information diagnostique plus complète et efficace par son degré de certitude étiologique à tous les autres soignants en ambulatoire ou à l'hôpital. Par là, elle facilite l'organisation de la continuité de la prise en charge composite par différentes catégories professionnelles, dont la responsabilité incombe pour une grande part au secteur ambulatoire des soins médicaux. Enfin, cette identification formalisée des risques peut aider le patient à comprendre certains problèmes qui se posent, s'il se développe chez lui une demande de participation à l'investissement dans sa santé ou d'accès désormais légal à son dossier médical.⁵⁴

Au terme de cette étude deux idées nous semblent s'imposer.

La première relève du constat que pour nombre de soins prodigués dans le cadre de l'assurance maladie, la performance en termes d'efficacité est liée à la prise en compte du fait que le cas de chaque malade présente des aspects particuliers qui impliquent une part de *travail médical sur mesure*. On savait déjà, depuis les travaux de Michael Balint, combien l'adhésion finale du patient aux propositions médicales est fortement tributaire de la qualité et de l'évolution de ce qu'il est convenu d'appeler la relation médecin-malade.

Aujourd'hui, les travaux épidémiologiques de R.N. Braun et la mise en pratique des concepts et outils qui en découle, démontrent combien, en matière de demande de soins, l'idée de bagatelle est ambiguë et combien, à chaque fois, est particulière la scène du danger que doit gérer le médecin s'il veut que la logique de ses décisions obéisse à ces deux axes nécessaires que sont la hiérarchie de l'urgence et le degré de l'incertitude du moment. La restauration de conditions d'exercice qui permettent cette disponibilité et ce travail intellectuel du médecin apparaît fondamentale.

La seconde idée relève du paradoxe que constitue l'asymétrie entre les institutions et les moyens de recherche scientifique considérables et statutaires dont dispose le corps médical hospitalier et toute l'industrie qu'il entraîne derrière lui d'une part, et l'inconsistance des moyens matériels et statutaires de recherche mis à la disposition du corps médical ambulatoire, et de la médecine générale en particulier, d'autre part. Tous les gisements de progrès et d'efficacité dans l'activité médicale en ville, qu'ont dégagés les travaux de Balint et de Braun, ont été acquis au prix d'investissements de recherche personnelle hors du commun et surtout restent inexploités. A eux seuls ces constats font penser que les problèmes de l'assurance maladie face aux changements de grande ampleur que connaît notre système de soins relèvent aujourd'hui de la sociologie des sciences et d'une prise de conscience politique de ces faits. Dans ce contexte, le rôle dévolu aux Unions professionnelles et aux travaux qu'elles génèrent peut se révéler d'importance.

⁵⁴ Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J.O. n° 54 du 5 mars 2002.

BIBLIOGRAPHIE

Publications récentes

- Rencontre avec R.N. Braun. Actes du Colloque : « Classification et codage de la pathologie en médecine générale ». 24 janvier 1997. Groupe Image - Ecole nationale de santé publique. Braun R.N., Brenner G., Mader F.H., Landolt-Theus P., Danninger H., de Pouvourville G., Rosowsky O., Andral J., Cittée J., Brunel L.
- Braun R.N. Traduction française « Pratique critique et enseignement de la médecine générale » 1979, réédition 1997. Ed. Payot et Rivages.
- De Pouvourville G. « Analyse des rôles respectifs des généralistes et des spécialistes : comparaisons internationales et élaboration d'un cadre méthodologique d'étude adapté au contexte français ». Etude réalisée par le Groupe Image – ENSP pour le compte de la Direction de la Sécurité Sociale. Décembre 1997.
- Kerleau M. « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé ». Sciences Sociales et Santé. Déc. 1998.
- Cittée J. « Eléments méthodologiques concernant le codage des affections en médecine générale ». Thèse pour le Doctorat en Médecine. 1998. Université PARIS VI.
- Letourmy A. « La médecine générale dans le système de soins. Apport de la Casugraphie » In « Le concept de « cas » selon R.N. Braun et son apport à la gestion du risque ». Ouvrage collectif Rosowsky O., de Pouvourville G., Letourmy A., Lombrail P. Groupe Image – ENSP 1999.
- Rosowsky O., Andral J., Cittée J., Brunel L. Préface de Pouvourville G. « La Casugraphie ». Le concept de « cas » selon R.N. Braun dans la gestion du risque en situation diagnostique « ouverte ». Adaptation à la CIM 10°. Contrat de recherche CRI-INSERM Groupe Image-ENSP. Responsable scientifique G. de Pouvourville.

Bibliographie générale

- Andral J. « Une nouvelle taxinomie en médecine générale » (Apparition d'un instrument défini, pertinent et performant de recueil de données en médecine générale. Situation en France et dans le monde) Thèse pour le Doctorat en Médecine. 1987. Université Paris Sud.
- Braun R.N. « Die gezielte Diagnostik in der Praxis ». Ed. Schattauer. Stuttgart. 1957
- Braun R.N. « Feinstruktur einer Allgemeinpraxis ». Ed. Schattauer. Stuttgart. 1961.
- Braun R.N. « Lehrbuch der Allgemeinmedizin ». Ed. Urban & Schwarzenberg. München, Berlin, Wien. 1970.
- Braun R.N. « Braun. R.N Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Einführung in die eigenständige Forschungs methodik ». Ed. Springer Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo. 1988.
- Braun R.N. « Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin. 82 Handlungs anweisungen für den Hausarzt ». Ed. Springer. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo. 1990. (1^e Ed. 1976 - 3^e Ed. 1995)
- Braun R.N. « Mein Fall » Allgemeinmedizin für Fortgeschrittene. 244 Problemfälle aus der Praxis mit Kommentar. Ed. Springer, 1994.
- Landolt-Theus P., Danninger H., Braun R.N. « Kasugraphie Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinmedizin ». Ed. Kircheim Mainz, 1992. 2e Edition 1994.

- CIM 10 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé annexes. Dixième révision. Ed. OMS Genève. 1993.
- Kimberly J.R., de Pouvourville G. « The Migration of Managerial Innovation. Diagnosis Related Group and Health Care Administration in Western Europe ». Jossey Bass Publishers. San Francisco. 1993.
- Mader F.H., Weissberger H. « Allgemeinmedizin und Praxis ». Ed. Springer 1993.
- Rosowsky O., Abramowitch J.M. et coll. « Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en médecine praticienne - Corpus trois recherches en cours dans deux sociétés savantes à l'initiative de médecins praticiens ». Rapport INSERM AT 56 – 1979 Ed. SFMG.
- Rosowsky O. « Une classification codée des "résultats de séance" en médecine générale ». Documents de recherche en médecine générale. N° 6, 1982, SFMG.
- Rosowsky O. « L'inadaptation de la classification aux faits observés en médecine générale de ville. Peut-on y remédier ? ». Revue du Praticien médecine générale. N° 71 – 1989.
- Rosowsky O. « Le Résultat de consultation selon R.N. Braun. Qu'est ce que c'est, et comment cela fonctionne ». Revue du Praticien médecine générale. N° 72 – 1989.
- Rosowsky O. Vincent B. « Les stratégies d'orientation en médecine générale selon qu'une séance est consacrée à un seul ou à plusieurs problèmes à la fois ». Contrat CNAMTS. Documents de recherche en médecine générale. N° 35-36, 1989, SFMG.
- Rosowsky O. « Etudes des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans la pratique quotidienne du généraliste par tranches d'âge. Etude des pathologies pour lesquelles il est fait appel à des médecins spécialistes ». Direction générale de la santé, Ministère des Affaires sociales. 1991. Ed. SFMG.
- Rosowsky O. « Morbidités en médecine générale de ville. Aspects taxinomiques, épidémiologiques et économiques ». Contrat d'animation de réseau INSERM-SFMG, SNIP. 1988-1991. Compte rendu d'exécution final.
- Rosowsky O. « Aux fondements du pouvoir médical, la classification des maladies ». Panoramiques, n° 17 – 4e Trimestre 1994.

ANNEXES

ANNEXE 1

Définitions et codes des « scènes du danger » selon la Casographie retenues pour les études de cas du chapitre 6

ANNEXE 2

Liste des troubles de la santé identifiés dans l'étude, relevés et classés selon la CASUGRAPHIE et leur codage adapté à la CIM 10^e Révision

Annexe 1

**DEFINITIONS ET CODES DES « SCENES DU DANGER »
SELON LA CASUGRAPHIE⁵⁵
RETENUES POUR LES ETUDES DE CAS DU CHAPITRE 6**

⁵⁵ Traduit de « *Kasugraphie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis* ». P. Landolt-Theus, H. Danninger, R.N. Braun.
Ed. Ferlag Kirscheim.
ISBN 3-87409-069-8 – ISBN 0932-5980

ADENITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Tuméfactions douloureuses, siégeant essentiellement au cou, dans l'aisselle, dans l'aîne, pas de souvenir d'une cause

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Ganglions augmentés de volume, douloureux à la pression, le plus souvent cervicaux, axillaires ou inguinaux
Démarche diagnostique programmée n° 21 "Lymphadénite"

CLASSIFICATION A (Symptôme)
sous B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Normalisation en peu de semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Adénites lors d'infections pyogènes
Adénite tuberculeuse
Thyroïdite
Lymphome (bénin et malin)

I88.9 | **B** Lymphadénite non spécifique, sans précision / Groupe de symptômes

AMYGDALITE AIGUË

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Déglutition pénible, maux de gorge
Tuméfactions au cou
Rarement maux de tête ou douleurs lombaires isolées, fièvre et autres symptômes généraux

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Amygdales enflammées, avec, le plus souvent, un enduit purulent
Ganglions du cou tuméfiés
Examen d'urines obligatoire

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC sous D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Guérison en une à deux semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Syndrome fébrile non caractéristique
Pharyngite avec légère participation amygdalienne
Mal de gorge
Phlegmon périamygdalien
Scarlatine
Mononucléose infectieuse
Angine de Vincent
Diphthérie

J03.9 | **C** Amygdalite aiguë, sans précision / Tableau de maladie
J03.0 → J03.8 | **D** Amygdalite aiguë, micro-organisme précisé / Diagnostic complet

ANXIÉTÉ

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Sensations d'anxiété qui ne sont pas explicables pour le patient
Un motif, en soi insignifiant, peut avoir fait déborder le vase"
Pas de troubles somatiques

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Le plus souvent, personnes apparaissant "nerveuses"
Événements parfois défavorables dans la vie (par ex. : séjours en institution, divorce parental, alcoolique dans la famille)
Chez des patients par ailleurs "compensés", la démarche diagnostique programmée n° 66 "Origine psychosociale"
ne montre rien de particulier

CLASSIFICATION sous A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Actuellement pas d'avis possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Crainte compréhensible, passagère, à l'occasion de la plupart des troubles de la santé
Nervosité
Névrose anxieuse
Psychose
Phobie

F41.9 | **A** Trouble anxieux, sans précision / Symptôme

ARTÉRITE OBLITÉRANTE DES MEMBRES

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs au niveau des jambes ou des bras, survenant à la marche ou lors du travail manuel

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Diminution ou disparition du pouls artériel, pâleur du membre concerné à sa surélévation
Examen Doppler obligatoire, évent. imagerie
Démarche diagnostique programmée n° 75 "Oblitération artérielle"

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC sous D (Diagnostic après vérification par exemple Doppler, voire imagerie)

ÉVOLUTION ET DURÉE Progression

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Thrombophlébite
Embolie
Syndrome du canal carpien
Syndrome cervical
Brachialgie
Ulcère de jambe
Affections des nerfs périphériques

I70.2 | **C** Athérosclérose des artères distales / Tableau de maladie
I70.2 | **D** Athérosclérose des artères distales / Diagnostic complet

ARTHRITE GOUTTEUSE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES "J'ai à nouveau une crise de goutte"
Apparition en quelques heures de fortes douleurs dans une articulation, rarement dans plusieurs
Le patient est très limité dans ses activités normales, avec, éventuellement, des troubles du sommeil

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Enflure, rougeur, douleur manifeste à la pression, mobilisation douloureuse
Atteinte préférentielle du gros orteil, de la région médio-tarsienne et de la cheville
Lors de la crise, l'uricémie n'est pas obligatoirement élevée
Démarque diagnostique programmée n° 14 "Goutte"

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale curabilité rapide de la crise, tendance aux récurrences

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Arthropathie - périarthropathie
Arthrite d'autre origine
Infection articulaire
Phlegmons
Blessures articulaires
Hyperuricémie

M10.9 | **C** Goutte, sans précision / Tableau de maladie

ASTHME

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Poussée, voire poussées récurrentes, "d'essoufflement" notable

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Tachypnée, dyspnée, cyanose éventuelle, inspiration incomplète, immobilité diaphragmatique
À l'auscultation : expiration allongée, sifflante

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous C (Tableau de maladie)
sous D (Diagnostic après vérification et bilan de l'allergie)

ÉVOLUTION ET DURÉE Affection en règle générale chroniquement récurrente, les crises isolées sont, le plus souvent, contrôlables en quelques heures

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Insuffisance cardiaque
Dyspnée
Bronchite asthmatiforme

J45.9 | **C** Asthme, sans précision / Tableau de maladie

J45.0 → J45.8 | **D** Asthme. Cf. CIM10 / Diagnostic complet

BOUCHON DE CÉRUMEN

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Baisse de l'acuité auditive, souvent après un bain, ou après un "nettoyage" des oreilles, "cire" dans les oreilles

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Occlusion du conduit auditif par du cérumen
L'examen de contrôle après lavage d'oreille montre un canal auditif externe libre, sans signes notables d'inflammation
Le patient entend à nouveau "comme avant"

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC sous D (Diagnostic, en cas de restitution de l'acuité auditive antérieure et conduit auditif externe sans particularité)

ÉVOLUTION ET DURÉE Persistance jusqu'au lavage d'oreille

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Corps étranger
Otite moyenne
Perte subite de l'ouïe
Hypoacousie
Otite externe diffuse
Psoriasis du conduit auditif

H61.2 | **D** Bouchon de cérumen / Diagnostic complet

BRÛLURES D'ESTOMAC (PYROSIS)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Sensations de brûlures de la région rétro-sternale à l'épigastre avec renvois
Parfois régurgitations avec aigreurs

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Examen local et imagerie (routine locale), rien à signaler
Au-delà de deux semaines de durée
démarque diagnostique programmée n° 38
"Plaintes non caractéristiques relatives à la partie supérieure et médiane de l'abdomen"

CLASSIFICATION sous A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Variable, de plusieurs jours à plusieurs semaines et au-delà.

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Épigastralgie
Ulcères peptiques
Hernie hiatale
Oesophagite par reflux
Cholécystopathie
Plaintes après cholécystectomie

R12 | **A** Pyrosis / Symptôme

CONSTIPATION

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Paresse intestinale
En règle générale demande de traitement pour paresse intestinale récente ou déjà durable

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Routine d'examen local sans particularité
Au-delà d'une semaine de persistance, démarche diagnostique programmée n° 41 "Constipation"

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent chronique

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE
Constipation encore physiologique (après modification alimentaire, voyage, allègement)
Atonie congénitale ou médicamenteuse
Inflammations
Néoformations

K59.0 | **A** Constipation / Symptôme

CRAMPES DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS

PLAINTES ET CIRCONSTANCES En règle générale crampes musculaires nocturnes, le plus souvent unilatérales, de durée brève, dans les jambes et/ou dans les cuisses

RÉSULTAT DE L'EXAMEN La démarche diagnostique à l'aide du programme n° 80 "Crampes musculaires" est restée sans rien à signaler

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Actuellement pas de prise de position possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE
Varices
Affections artérielles occlusives
Taux de magnésium insuffisant
Myalgie / Névralgie
Traitement diurétique
Crampes musculaires autres

R25.2 | **A** Crampe et spasme / Symptôme

CRAMPES MUSCULAIRES AUTRES

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Crampes musculaires en dehors des membres inférieurs

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Régions ne présentant, par ailleurs, "rien d'autre à signaler"
Démarche diagnostique programmée n° 80 "Crampes musculaires"

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Ce jour aucune prise de position possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE
Crampes dans les membres inférieurs
Myalgies
Névralgies
Crampes abdominales

R25.2 | **A** Crampe et spasme / Symptôme

CYSTITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Besoins plus fréquents d'uriner
Douleurs, brûlures à la miction, souvent mictions de faible volume

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Urines : signes d'infection (bandelettes-tests, culot urinaire, examen cyto bactériologique éventuel)

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous **C (Tableau de maladie)**
sous **D (Diagnostic)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Régression des symptômes, le plus souvent en 1 à 2 semaines
Récidives rares

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE
Inflammation des voies urinaires supérieures
Pollakiurie
Miction douloureuse / dysurie
Lithiase urinaire
Urétrite
Néoformations

N30.9 | **C** Cystite, sans précision / Tableau de maladie

N30.- | **D** Cystite selon évolution, agent causal et localisation. Cf. CIM 10 / Diagnostic complet

DIABÈTE SUCRÉ

(TYPE I INSULINO-DEPENDANT, TYPE II NON INSULINO-DEPENDANT)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Le patient pense avoir du diabète, voire craint un diabète à cause d'une soif accrue, une éventuelle perte de poids, une augmentation des urines. Souvent les patients savent qu'ils sont atteints de diabète. Découverte aussi à l'occasion d'un examen des urines. Parfois le diabète est découvert dans le cadre d'autres problèmes ou examens systématiques

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Hyperglycémie, glycosurie
Modifications du fond d'œil, les autres atteintes vasculaires sont relativement rares

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
sous D (Diagnostic après examen complet en milieu spécialisé)

ÉVOLUTION ET DURÉE Chronique, en règle générale, affection progressant lentement

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Diabète sucré secondaire :
- pancréatoprive
- endocrine extra-pancréatique
- médicamenteux

Sans complications

E10.9 **C** Diabète sucré Type I – sans complications / Tableau de maladie
E10.9 **D** Diabète sucré Type I – sans complications / Diagnostic complet

E11.9 **C** Diabète sucré Type II – sans complications / Tableau de maladie
E11.9 **D** Diabète sucré Type II – sans complications / Diagnostic complet

Avec complications

E10.- → E11.- **D** Diabète sucré Type I et Type II. Cf. CIM10 / Diagnostic complet

DIARRHÉE et/ou VOMISSEMENTS

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Vomissements et/ou diarrhée éventuellement élévation thermique, abattement douleur abdominale, crampes, troubles circulatoires

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Nausées, éventuellement vomissements et/ou selles diluées, multipliées
Abdomen éventuellement douloureux à la palpation
Absence de signes péritonéaux
Au-delà d'une semaine démarche diagnostique programmée n° 34 "Vomissements, diarrhée"

CLASSIFICATION **sous A Diarrhée OU vomissements (Symptôme)**
sous B Vomissements ET diarrhée
(Groupe de symptômes)

DIAGNOSTIC C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale il s'agit d'un trouble de santé fugitif, durant quelques jours, éventuellement épidémique

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Intoxication alimentaire
Autre empoisonnement
Diarrhée persistant plus d'une semaine
Vomissements persistant plus d'une semaine
Alcoolisme
Tumeur maligne
Affection pancréatique
Cholécystopathie
Colite

A09 **A** Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse / Symptôme

A09 **B** Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse / Groupe de symptômes

DYSMÉNORRHÉE ET ANOMALIES MENSTRUELLES AUTRES

RUBRIQUE DE GROUPEMENT Pour les cas de :
- dysménorrhée
- diverses anomalies menstruelles combinées
- polyménorrhées, inclusivement endométrites
- hyper-, hypo-, et aménorrhée

CLASSIFICATION **sous A (Symptôme) ⇒ hyper, hypo, aménorrhée**
⇒ dysménorrhée
⇒ polyménorrhée
sous B (Groupe de symptômes)
⇒ dysménorrhée et combinaisons
sous C (Tableau de maladie)
⇒ Endométrite

DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Avortement imminent
Grossesse extra-utérine
Sang dans les urines
Utérus myomateux
Troubles probants de la régulation hormonale
Endométrites spécifiques
Troubles génétiques
Troubles de la crase sanguine

N91.- **A** Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme. Cf. CIM10 / Symptôme

N91.- **B** Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme. Cf. CIM10 / Groupe de symptômes

N71.9 **C** Affection inflammatoire de l'utérus, sans précision / Tableau de maladie

ECZÉMA

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Modifications de la peau, parfois antérieurement observées, souvent prurigineuses, constatées subitement
Certains patients indiquent spontanément avoir ("à nouveau") un eczéma

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Zones d'altération aiguë, subaiguë ou chronique de l'épiderme, desquamantes, prurigineuses, etc.
Au stade aigu, rougeur, tuméfaction, formation de vésicules, suintement, formation de croûtes et de squames
En cas d'évolution chronique, hyperkératose

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie au titre d'eczéma caractéristique, incluant : eczéma de jambe et névrodermites)

DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Toutes les formes possibles depuis la guérison rapide à l'évolution chronique

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Mycoses Dermite ano-génitale
Psoriasis Intertrigo
Dermatite aiguë
Dermite palmaire et plantaire
Dermite séborrhéique Dyshidrose
Érythème fessier du nourrisson
Urticaire

L39.9 **C** Dermite, sans précision / Tableau de maladie

I83.1 **C** Varices des membres inférieurs avec inflammation / Tableau de maladie

L28.0 **C** Lichen simple chronique / Tableau de maladie

L20.8 **C** Autres dermatites atopiques / Tableau de maladie

EMBOLIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Pâleur subite d'une jambe ou d'un bras, corrélée à une vive douleur au même niveau

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Pâleur cutanée à l'extrémité d'un membre, abolition des pouls artériels par comparaison avec le membre opposé

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic après compléments d'examen)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Évolution rapide, dramatique, cure possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Thrombose veineuse
Artérite oblitérante des extrémités

Localisation précisée

I74.2	C	Embolie et thrombose des membres supérieurs / Tableau de
I74.2	D	Embolie et thrombose des membres supérieurs / Diagnostic complet
I74.3	C	Embolie et thrombose des membres inférieurs / Tableau de maladie
I74.3	D	Embolie et thrombose des membres inférieurs / Diagnostic complet

Localisation non précisée

I74.4	C	Embolie et thrombose des artères distales, sans précision / Tableau de maladie
I74.4	D	Embolie et thrombose des artères distales, sans précision / Diagnostic complet

ENROUEMENT - LARYNGITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Voix rauque sans autres symptômes, constituée depuis peu de temps

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Inspection de l'oropharynx sans particularités
Laryngoscopie : cordes vocales détendues ou inflammatoires, muqueuse subglottique œdématisée, œdème de l'épiglotte

CLASSIFICATION **sous A (Symptôme)** **Enrouement**
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie) **Laryngite**
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic)**

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale curable en peu de jours
Si l'enrouement persiste plus de 1-2 semaines un contrôle spécialisé est indiqué

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

"Pseudo-croup" dans :
Laryngite subglottique
Épiglottite
Corps étranger
Tumeurs

J04.0	A	Laryngite aiguë / Symptôme
J04.0	C	Laryngite aiguë / Groupe de symptômes

ÉPIGASTRALGIE (Douleurs de la partie supérieure de l'abdomen)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES États douloureux non caractéristiques localisés dans la partie supérieure de l'abdomen (j'ai une "gastrite")

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Sans particularité
Démarche diagnostique programmée n° 38 "Plaintes non caractéristiques de la partie supérieure de l'abdomen"

CLASSIFICATION **sous A (Symptôme)**
sous B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Variable

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Hernie diaphragmatique
Ulcère peptique
Cholélithiase
Cholécystopathie
Affection pancréatique
Appendicite
Infarctus du myocarde
Embolie pulmonaire

R10.1	A	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen / Symptôme
R10.1	B	Douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen / Groupe de symptômes

FISSURE ANALE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs, particulièrement à la défécation, à l'occasion sang dans les selles, voire sur le papier de toilette

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Douleur rectale à la pression de la zone fissurée dans le canal anal, palpabilité de la fissure
Proctoscopie : fissure visible

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic proctoscopie)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent, curable en peu de semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Hémorroïdes enflammées
Corps étranger
Fistule anale
Tumeur
Mycose
Eczéma ano-génital
Trauma (enfants)

K60.2	C	Fissure anale, sans précision / Tableau de maladie
K60.2	D	Fissure anale, sans précision / Diagnostic complet

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

RUBRIQUE DE REGROUPEMENT Pour la surveillance de l'évolution normale et anormale de
- constat de grossesse,
- surveillance de grossesse,
- accouchement,
sauf avortement

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic)**

Z32.0	C	Grossesse non (encore) confirmée / Tableau de maladie
Z32.1	D	Grossesse confirmée / Diagnostic complet
Z34.9	C	Surveillance d'une grossesse normale, sans précision / Tableau de maladie
Z34.9	D	Surveillance d'une grossesse normale, sans précision / Diagnostic complet
O80.-	D	Accouchement unique et spontané / Diagnostic complet

HERNIE INGUINALE ET/OU CRURALE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Plaintes relatives à la région inguinale et/ou grosseur dans l'aîne

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Sac herniaire palpable, voire visible, dont le contenu est réductible, ou orifice herniaire ouvert, tuméfaction expansive à l'accroissement de la pression intra-abdominale (toux)

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie en l'absence d'opération)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic après opération)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Progression lente, ultérieure stabilisation

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Étranglement herniaire
Adénopathies
Lipome dans la région inguinale
Autres hernies abdominales, sans mention d'occlusion ni de gangrène, de siège non précisé

Hernie inguinale

K40.9	C	Hernie inguinale unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène / Tableau de maladie
K40.9	D	Hernie inguinale unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène / Diagnostic complet
K40.2	C	Hernie inguinale bilatérale, sans occlusion ni gangrène / Tableau de maladie
K40.2	D	Hernie inguinale bilatérale, sans occlusion ni gangrène / Diagnostic complet

Hernie crurale

K41.9	C	Hernie crurale unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène / Tableau de maladie
K41.9	D	Hernie crurale unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène / Diagnostic complet
K41.2	C	Hernie crurale bilatérale, sans occlusion ni gangrène / Tableau de maladie
K41.2	D	Hernie crurale bilatérale, sans occlusion ni gangrène / Diagnostic complet

HERNIE OMBILICALE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Plaintes relatives à la région ombilicale, éventuellement sorties répétées d'une petite grosseur pouvant aussi être volumineuse

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Bombement visible et palpable dans la région ombilicale, réductible ou non, éventuellement anneau herniaire ouvert seulement

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **sous D (Diagnostic après opération)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Progression lente, plus tard stabilisation

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Lipome ou autre néoformation bénigne
Hernie épigastrique

K42.9	C	Hernie ombilicale, sans occlusion ni gangrène / Tableau de maladie
K42.9	D	Hernie ombilicale, sans occlusion ni gangrène / Diagnostic complet

HYPERCHOLESTÉROLÉMIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Le plus souvent découverte dans le cadre d'un examen de routine ou demandé

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Taux de cholestérol total jusqu'à 240 mg/dl max., chez des patients apparaissant par ailleurs en bonne santé et sans autres facteurs de risques HDL-cholestérol en rapport
Chez des patients à risques autres :
taux maximum 200 mg/dl

CLASSIFICATION **sous A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC **D (Diagnostic)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Chronique avec des rémissions

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Comme symptôme lors de :
- diabète sucré
- cholécystopathie
Hyperlipoprotéïnémie typée avec précision

E78.0	A	Hypercholestérolémie essentielle / Symptôme
--------------	----------	---

HYPERTENSION (PRÉSUMÉE ESSENTIELLE)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Crainte de tension artérielle élevée ou constatation établie ailleurs Le plus souvent sans vertiges ni céphalée
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Démarche diagnostique programmée n° 25 "Élévation de la tension artérielle" obligatoire en cas d'élévation constatée de la tension sanguine Après exclusion d'une hypertension secondaire, des contrôles sur plusieurs semaines sont nécessaires pour pouvoir parler d'hypertension En règle générale compensation cardiaque
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) sous C (Tableau de maladie, après la démarche diagnostique programmée correspondante)
DIAGNOSTIC	D (Diagnostic)
ÉVOLUTION ET DURÉE	Chronique, progressant le plus souvent lentement
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Élévation tensionnelle passagère "Effet blouse blanche", "pose de brassard" Hypertension secondaire Défaut cardiaque compensé Insuffisance cardiaque chronique

R03.0	A	Constatation d'une élévation de la tension artérielle, sans diagnostic d'hypertension / Symptôme
I10	C	Hypertension essentielle (primitive) / Tableau de maladie

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Attente initiale à la miction, pollakiurie diurne et nocturne, faiblesse du jet urinaire, gouttes après la miction
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Prostate augmentée de volume, avec une surface lisse, au toucher rectal En règle générale, la taille est corrélée avec l'intensité des troubles et les autres constatations Au stade avancé, résidu urinaire
CLASSIFICATION	A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) sous C (Tableau de maladie, sans biopsie) sous D (Diagnostic, après biopsie)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Non traitée progression lente
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Cancer de la prostate Pollakiurie Tumeur de la vessie et de l'urètre Prostatite

N40	C	Hyperplasie de la prostate / Tableau de maladie
N40	D	Hyperplasie de la prostate / Diagnostic complet

HYPERVENTILATION – SPASMOPHILIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Soudaine sensation d'oppression, d'étouffement, de pesanteur des membres Le patient a peur, par exemple, de ne pas trouver d'air, de mourir
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Tachypnée, fourmillements, débutant dans les doigts, s'étendant à tout le corps, avec éventuellement spasme des doigts en "main d'accoucheur" (tétanie d'hyperventilation)
CLASSIFICATION	A (Symptôme) sous B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Événement de régression rapide
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Spasmophilie - hyperventilation dans le cadre d'un effondrement nerveux États fébriles Hyperthyroïdie Hyperparathyroïdie (après thyroïdectomie) Hypocalcémie

R29.0	B	Tétanie - spasmophilie / Groupe de symptômes
--------------	----------	--

HYPOACOUSIE (PRESBYACOUSIE)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Baisse lente, progressive, de l'acuité auditive, le plus souvent liée à l'âge
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Conduits auditifs et tympons normaux Audiométrie allant dans le sens d'une hypoacousie liée à l'oreille interne
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) sous C (Tableau de maladie après audiométrie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Progression lente
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Catarrhe tubaire Tumeurs Perte subite de l'ouïe Lésions de l'oreille interne liées au bruit État après otite moyenne aiguë

H91.1	A	Presbyacousie / Symptôme
H91.1	C	Presbyacousie / Tableau de maladie

HYPOTHYROÏDIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Au début troubles peu clairs
Tableau initial chez l'adulte : fatigabilité rapide, sécheresse de peau, aspect apathique, constipation, troubles psychotiques
Chez l'enfant : retard, voire blocage du développement mental, difficulté à boire (très rare)

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Découverte à l'occasion d'un examen approfondi par les examens de laboratoire correspondants

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)

DIAGNOSTIC sous **D (Diagnostic sur la base des examens de laboratoire)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Chronique

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Goitre
Troubles polymorphes probablement non organiques
Thyroïdite
Troubles du développement de l'enfant
Psychoses
Maladie d'Addison
Syndrome de Cushing

E00 → E03 | **D** Hypothyroïdie selon étiologie. Cf. CIM10 / Diagnostic complet

INFECTION D'ORIGINE DENTAIRE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs - souvent très intenses - au niveau buccal, lingual ou palatin de la mâchoire

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Tuméfaction et pression douloureuse au niveau de la racine dentaire correspondante, éventuel abcès ou fistule au départ d'une nécrose dentaire
La tuméfaction peut déborder largement la zone de la racine dentaire (joue enflée)

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)

DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Curabilité le plus souvent rapide par soins dentaires
En leur absence, chronicité, voire formation de granulome

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Stomatite
Troubles de l'éruption dentaire
Pulpite aiguë
Sinusites
Abcès (joue)

K04.4 | **C** Périodontite apicale aiguë d'origine pulpaire / Tableau de maladie
K04.6 | **C** Abcès périapical avec fistule / Tableau de maladie
K04.7 | **C** Abcès périapical sans fistule / Tableau de maladie

LABYRINTHITE AIGUË

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Vertiges, nausées, vomissements, surtout au lever ou en marchant
Amélioration en position couchée
Corrélation éventuelle avec un syndrome fébrile ou a fébrile non caractéristique

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Nystagmus
La démarche diagnostique programmée n° 24 "Vertiges" ne révèle aucune autre particularité

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)

DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Régression en peu de jours

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Vertiges non caractéristiques
Maladie de Ménière

H83.0 | **C** Labyrinthite / Tableau de maladie

MAL DE GORGE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Maux de gorge persistant depuis peu de jours, éventuelles douleurs à la déglutition

RÉSULTAT DE L'EXAMEN A l'examen local oro-pharynx sans particularités
Participation ganglionnaire possible (tuméfaction, douleurs)
Démarche diagnostique programmée n° 3 "Maux de gorge" en cas de durée dépassant deux semaines

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
sous **B (Groupe de symptômes)**

DIAGNOSTIC C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale guérison en peu de jours

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Pharyngite (maux de gorge avec inflammation locale)
Angine (amygdales enflammées, éventuel enduit purulent)
Sensation d'angoisse (sensation de corps étranger ou de gorge serrée)

R07.0 | **A** Douleur de la gorge / Symptôme
R07.0 | **B** Douleur de la gorge / Groupe de symptômes

MALADIE CORONARIENNE CHRONIQUE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Constatation d'examen complémentaires (ECG, imagerie, laboratoire) en l'absence de signes de nécrose myocardique actuelle, déjà établis ailleurs, ou à l'occasion d'un examen de dépistage systématique dans une situation totalement asymptomatique, ou pour répondre à une crainte du patient, ou à la suite d'une démarche programmée dans le cadre d'une symptomatologie cardiaque caractéristique ou non, ou encore au décours d'un infarctus du myocarde

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Signes électrocardiographiques et/ou coronarographiques d'insuffisance circulatoire coronarienne par artéri- sclérose, sans signes de nécrose myocardique actuelle

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie.- ECG)
sous D (Diagnostic - ECG et imagerie)

DIAGNOSTIC

ÉVOLUTION ET DURÉE Toutes les formes sont possibles, tant du point de vue de l'espérance de vie que de la symptomatologie clinique qui peut manquer tout à fait

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Angine de poitrine (ce sous-groupe a été isolé pour la forme particulière de sa symptomatologie et l'existence d'autres étiologies que l'artériosclérose : vices valvulaires, anémie, thyrotoxicose, etc.)

I25.9 **C** Cardiopathie ischémique, sans précision / Tableau de maladie
I25.9 **D** Cardiopathie ischémique, sans précision / Diagnostic complet

MIGRAINE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Maux de tête, unilatéraux le plus souvent, survenant par accès, avec hypersensibilité au bruit, à la lumière, éventuellement accompagnés, voire remplacés, par l'apparition de figures brillantes dans les yeux, vomissements éventuels, etc.

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Du point de vue de l'examen en médecine générale aucune particularité
Démarche diagnostique programmée
n° 70 "Mal de tête"
Scanner / EEG obligatoires après 3-4 accès

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

DIAGNOSTIC

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale non curable

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Céphalée non caractéristique
Névralgies
Myalgies
Tumeurs
Traumatismes
Maladie de Horton
Méningite

G43.9 **C** Migraine, sans précision / Tableau de maladie

MYALGIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs localisées au domaine musculaire, Le plus souvent à type d'élançement (la localisation peut être désignée de la main), avec limitation de la mobilité
Les douleurs se dissipent ou s'aggravent à la mobilisation
Installation apparemment sans cause externe (pas de traumatisme)
Ne sont pas rares les patients qui se présentent avec des douleurs déjà connues par eux
Ils souhaitent surtout recevoir le traitement qui a déjà fait ses preuves auparavant

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Douleur à la pression dans la zone de la masse musculaire, avec ou sans enflure locale (examen comparatif bilatéral), pas de symptômes généraux, pas de signe d'irritation de filets ou trajets nerveux
Au-delà d'une semaine, démarche diagnostique programmée :
n° 6 "Douleur intercostale"
n° 7 "Douleur thoracique"
n° 8 "Douleur lombaire"
n° 10 "Douleur fessière"
n° 13 "Douleur scapulaire"
n° 16 "Disque cervical"
n° 17 "Disque lombaire"

LOCALISATION A) Région principale :
↳ Cervicalgie : cou, nuque
↳ Intercostalgie : espaces intercostaux
↳ Dorsalgie : depuis la région interscapulaire à la dernière vertèbre dorsale
↳ Lombalgie : région des vertèbres lombaires
↳ Algie fessière : région des fesses
↳ Thoracalgie : région thoracique en dehors de celles déjà nommées (intercostalgie-dorsalgie)

B) D'autres subdivisions sont possibles :

- ↳ Occipitalgie : région occipitale
- ↳ Trapèzalgie : région du trapèze
- ↳ Deltoïdalgie : région du deltoïde
- ↳ Pectoralgie : région pectorale
- ↳ Infra - supra claviculaire : région sus ou sous-claviculaire
- ↳ Interscapulalgie : région entre les omoplates
- ↳ La plupart des myalgies touchent la musculature du tronc ; plus rares sont, par exemple, les localisations aux muscles des extrémités

CLASSIFICATION **sous A (Symptôme)**
sous B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

DIAGNOSTIC

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent curables en une ou deux semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Névralgie
Névrite
Ostéalgie

Localisation non précisée

M79.1 **A** Myalgie / Symptôme
M79.1 **B** Myalgie / Groupe de symptômes

Localisation précisée

M54.2 **A** Cervicalgie / Symptôme
M52.2 **B** Cervicalgie / Groupe de symptômes
M54.5 **A** Lombalgie basse (Lumbago SAI) / Symptôme
M52.5 **B** Lombalgie basse (Lumbago SAI) / Groupe de symptômes

M54.9 **A** Dorsalgie, sans précision / Symptôme
M52.9 **B** Dorsalgie, sans précision / Groupe de symptômes

OEDÈMES DE JAMBE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Jambes enflées

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Oedème uni ou bilatéral au-dessous des genoux : jambes, chevilles
Démarche diagnostique programmée
n° 29 "Oedèmes des jambes"

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Actuellement pas d'affirmation possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Varices
Syndrome post-thrombotique
Effet secondaire d'un médicament
Insuffisance cardiaque aiguë ou chronique
Néphropathie
Oedème lymphatique

R60.0 **A** Œdème localisé / Symptôme

ONYCHOMYCOSE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Mauvais ongles, champignon des ongles

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Ongles altérés, changés de couleur, se déchaussant, de croissance perturbée

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous **C (Tableau de maladie)**
sous **D (Diagnostic)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Chronique

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Psoriasis
Onychose

B35.1 **C** Teigne de l'ongle / Tableau de maladie
B35.1 **D** Teigne de l'ongle / Diagnostic complet

ORCHITE – ÉPIDIDYMITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs et enflures au niveau des testicules, éventuellement fièvre

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Testicules / épididymes douloureux à la pression, selon le stade de la tuméfaction

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous **C (Tableau de maladie)**
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent curabilité

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Orchite ourlienne (peut précéder la parotidite)
Infections gonococciques
Tumeur du testicule
Torsion du testicule
Varicocèle

N45.9 **C** Orchite et épididymo-orchite, sans abcès / Tableau de maladie

OSTÉALGIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs strictement limitées à l'os, non caractéristiques, situées hors d'une sphère articulaire, manifestement sans cause externe (c'est-à-dire sans traumatisme)

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Pression douloureuse de l'os seulement (non dans le domaine des muscles)
Des ostéalgies se laissent essentiellement constater là où des segments osseux se trouvant directement sous la peau, sont bien accessibles à la palpation
Pas de signes généraux ni autres symptômes
Au-delà d'une ou deux semaines : imagerie

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale guérison rapide

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Myalgie (par exemple : intercostale)
Névralgie
Arthropathie-périarthropathie
Sacralgie
Néoplasie

M89.9 **A** Maladie osseuse, sans précision / Symptôme

OTALGIE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs au niveau de l'oreille, ressenties
Essentiellement dans le conduit auditif

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Conduit auditif externe, tympan, dents,
articulation temporo-maxillaire, colonne
cervicale, sans particularités

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent régression rapide

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Otite moyenne
Otite externe diffuse (eczéma du conduit auditif)
Furoncle du conduit auditif
Inflammation de l'articulation temporo-maxillaire
Infection d'origine dentaire
Cervicalgie
Catarrhe tubaire
Acouphènes - Tinnitus

H92.0 **A** Otalgie / Symptôme

OTITE MOYENNE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES En règle générale douleurs auriculaires
le plus souvent unilatérales
Avec ou sans signes généraux

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Tympan congestif, modifié, phlyctènes
éventuelles, uni ou bilatéralement

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous **C (Tableau de maladie)**
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent guérison rapide
Récidives non inhabituelles
La restitution intégrale de l'acuité auditive
antérieure peut s'étaler sur des semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Otite congestive d'accompagnement lors des
"Syndromes fébriles non caractéristiques"
Otite moyenne morbilleuse
Congestion du tympan après lavage d'oreille

H66.9 **A** Otite moyenne, sans précision / Tableau de maladie

PANARIS

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Douleurs croissantes dans un doigt
Enflure, rougeur
L'origine (une petite blessure) n'est pas
forcément mémorisée

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Infection du doigt, dominant sur la face palmaire
des phalanges terminales, essentiellement
intra et sous-cutanée avec fonte purulente
(le panaris avec tendinite et ostéite se voit
aujourd'hui très rarement)

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous **C (Tableau de maladie)**
sous **D (Diagnostic, après détermination
de l'agent causal)**

ÉVOLUTION ET DURÉE Guérison en 1 à 2 semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Paronychie
Corps étranger in situ
Furoncle de la zone pileuse du doigt

L03.0 **C** Phlegmon des doigts et des orteils / Tableau de maladie

L03.0 **D** Phlegmon des doigts et des orteils / Diagnostic complet

PARESTHÉSIES

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Picotements, fourmillements, sensation
curieuse : "morte", "de velours"

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Pas de signes à l'appui d'une perte de sensibilité
(à topographie radiculaire - dermatome)
Réflexes et motricité symétriques, intacts,
patient apparaissant en bonne santé par ailleurs

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC C (Tableau de maladie)
D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Variable, de plutôt longue durée

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Affections liées au rachis
Cancers
Névrites
Sclérose en plaques
Paresthésies brachiales nocturnes
Polyneuropathie dans
- le diabète sucré
- l'anémie par carence en vitamine B 12

R20.2 **A** Paresthésie cutanée / Symptôme

PERTE DE POIDS (AMAIGRISSEMENT)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Perte de poids récente ou lentement progressive, involontaire, inquiétante
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	La démarche diagnostique programmée n° 67 "Table diagnostique" n'oriente vers aucune particularité, l'approfondissement en milieu spécialisé est obligatoire
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Actuellement aucun avis possible
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	

Cancers
Maladies du métabolisme :
- diabète sucré
- hyperthyroïdie
Affections psychiques :
- anorexie mentale
- dépression
Abus de tabac, d'alcool, de médicaments
Infections chroniques (tuberculose)
Maladies inflammatoires chroniques (PCE)
Épuisement / Fatigue générale
Helminthiasis (taenia)

R63.4 **A** Perte de poids anormale / Symptôme

PHARYNGITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Mal de gorge Pas d'autre symptôme
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Rougeur manifeste, éventuellement combinée à une "enflure" nettement différenciée du pharynx Hormis une participation ganglionnaire facultative, pas d'autres symptômes Démarche diagnostique programmée n° 3 "Mal de gorge" en cas de persistance au-delà de deux semaines
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	En règle générale curabilité rapide
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	

Mal de gorge
Amygdalite aiguë
Catarrhe des fumeurs
Périamygdalite
Phlegmon de l'amygdale

J02.9 **A** Pharyngite aiguë, sans précision / Symptôme

PRISE DE POIDS – OBÉSITÉ

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Prise de poids malgré "une alimentation modérée", voudrait bien maigrir
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Excès de poids à un degré divers La démarche diagnostique programmée n° 68 "Obésité" n'a pas donné d'indication en faveur d'une affection organique
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Des pertes de poids persistantes sont rares
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	

Maladies endocrines
Prise de poids par
- œdème
- ascite
- corticoïdes

R63.5 **A** Prise de poids anormale / Symptôme

PROBLÈMES DANS LA FAMILLE

RUBRIQUE DE GROUPEMENT	Se retrouvent dans cette rubrique les situations problématiques où plusieurs générations peuvent être impliquées : - Problèmes de parents avec leurs propres parents concernant l'éducation, l'argent, la promiscuité - Problèmes de parents avec les enfants Après de patients paraissant par ailleurs en bonne santé
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	

Problèmes purement sociaux
Problèmes sociaux qui préoccupent si fort les patients qu'ils se sentent menacés dans leur intégrité et cherchent conseil

Z63.9 **A** Difficulté liée à l'entourage immédiat, sans précision / Symptôme

PRURIT ANO-GÉNITAL

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Démangeaison dans la région ano-génitale

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Localement rien à signaler

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Actuellement pas d'avis possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Helminthiase
Maladies de la nutrition et du métabolisme
(Diabète sucré, hépatopathies, hyperuricémie, etc.)
Mycose
Leucorrhée
Affections psychogènes
Eczéma ano-génital
Condylomes acuminés

L29.3 **A** Prurit ano-génital, sans précision / Symptôme

PRURIT GÉNÉRALISÉ

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Démangeaisons sur tout le corps ("partout")

RÉSULTAT DE L'EXAMEN La démarche diagnostique programmée n° 45
"Prurit" ne révèle rien de particulier
Les groupes d'âge élevé dominant

CLASSIFICATION sous **A (Symptôme)**
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Actuellement pas d'avis possible

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Diabète sucré
Maladies hépatiques
Grossesse
Néphrite
Tumeur maligne
Helminthiase
Effet secondaire de médicaments
Réaction allergique

L29.9 **A** Prurit, sans précision / Symptôme

RHINITE ALLERGIQUE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Au stade aigu, accès d'éternuement,
larmolements et nez coulant et/ou bouché
En période de pollinose ou en présence
d'antécédents personnels ou familiaux d'allergie
chez des patients libres d'autres symptômes

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Nez bouché ou coulant

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
sous **C (Tableau de maladie)**
DIAGNOSTIC sous **D (Diagnostic)**
 dans le cas de rhinite allergique
 dans le cas d'allergènes établis

ÉVOLUTION ET DURÉE Selon l'influence de l'allergène

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Rhume banal
Rhino-pharyngite chronique
Sinusite aiguë ou chronique
Corps étranger dans le nez
Polypes du nez
Végétations adénoïdes

J30.4 **C** Rhinite allergique, sans précision / Tableau de maladie

J30.1 **D** Rhinite allergique due au pollen / Diagnostic complet

J30.2 **D** Autres rhinites allergiques saisonnières / Diagnostic complet

J30.3 **D** Autres rhinites allergiques / Diagnostic complet

RHINO-PHARYNGITE CHRONIQUE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Nez coulant et/ou bouché, possibilité de fièvre,
durée dépassant une à deux semaines ou récidives
rapprochées chez des patients libres
d'autres symptômes de l'appareil respiratoire

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Nez bouché ou coulant,
jetage plus ou moins purulent
Possibilité de toux et crachats sans atteinte
des voies respiratoires inférieures

CLASSIFICATION A (Symptôme)
sous **B (Groupe de symptômes)**
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Chronique : constantes récidives
de nez bouché ou coulant,
1er âge : absence d'otite à contrôler

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Syndrome fébrile non caractéristique
Sinusites aiguës ou chroniques
Corps étranger dans le nez
Polypes du nez
Végétations adénoïdes

J31.1 **B** Rhinopharyngite chronique / Groupe de symptômes

TABAGISME

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Le patient fume depuis de nombreuses années et souhaite arrêter
Peut aussi avoir été motivé par ses proches de s'adresser pour cela au médecin
Pas d'autres plaintes

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Démarche diagnostique programmée
n° 67 "Table diagnostique" à la recherche d'éventuels dommages d'origine tabagique

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)

DIAGNOSTIC sous D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE L'abstinence ne peut être obtenue qu'après d'une minorité de patients

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Maladie coronarienne chronique
Bronchite
Artérite
Carcinome bronchique
Ulcère peptique
Cancer gastrique

F17.2 **D** Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac –
Syndrome de dépendance / Diagnostic complet

TOUX

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Toux avec ou sans expectoration, en l'absence de manifestations générales

RÉSULTAT DE L'EXAMEN Examen local sans particularité (oropharynx, examen physique du thorax)
Démarche diagnostique programmée n° 2 "Toux", obligatoire au plus tard après une toux persistant au-delà de deux semaines

CLASSIFICATION sous A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE En règle générale guérison en 1 à 2 semaines

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Catarrhe des voies respiratoires
Bronchite
Bronchite asthmatiforme
Pneumonie
Coqueluche
Corps étranger inhalé
Catarrhe des fumeurs
Tumeur maligne
Tuberculose

R05 **A** Toux / Symptôme

TROUBLES MÉNOPAUSIQUES

Pré-ménopause, ménopause, post-ménopause (environ entre 45 et 60 ans) et ovariectomie

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Apparition, dans la tranche d'âge correspondante, de sueurs, bouffées de chaleur, troubles menstruels, agitation, insomnie, nervosité, etc.

RÉSULTAT DE L'EXAMEN La démarche diagnostique programmée n° 58 "Ménopause" exclut largement une autre cause responsable des troubles

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous C (Tableau de maladie)

D (Diagnostic)

ÉVOLUTION ET DURÉE Le plus souvent sur des années

EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE

Bouffées tardives (après 60 ans, symptômes partiellement comme ci-dessus)

N95.1 **C** Troubles de la ménopause et du climatère féminin /
Tableau de maladie

N95.3 **C** Troubles au cours d'une ménopause artificielle / Tableau de maladie

TUMEURS MALIGNES (PEAU EXCEPTÉE)

PLAINTES ET CIRCONSTANCES Aucune tumeur maligne (à l'exception de la tumeur baso-cellulaire cutanée) ne se présente sur le long terme en médecine générale avec une fréquence régulière (au moins 1 cas sur 3000 cas de la pratique en termes de prévalence)

RÉSULTAT DE L'EXAMEN La rubrique de regroupement a été constituée pour souligner l'énorme importance des tumeurs malignes, afin d'avoir une vue d'ensemble sur leur fréquence globale et pour posséder des données chiffrées pour l'enseignement

CLASSIFICATION A (Symptôme)
B (Groupe de symptômes)
DIAGNOSTIC sous C (Tableau de maladie)
sous D (Diagnostic sur la base du constat histologique)

Tumeur maligne de :

amygdales, bronches, côlon, cerveau, maladie de Hodgkin, hypernéphrome, foie, leucémie, mammaire, méso-hypopharynx, ovaires, pancréas, prostate, rectum, thyroïde, utérus, col utérin, vessie, voies biliaires

D00 → D09 **C** Tumeur in situ selon localisation. Cf. CIM10 / Tableau de maladie

D00 → D09 **D** Tumeur in situ selon localisation. Cf. CIM10 / Diagnostic complet

C00 → C09 **C** Tumeur malignes selon localisation. Cf. CIM10 /
Tableau de maladie

C00 → C09 **D** Tumeur malignes selon localisation. Cf. CIM10 /
Diagnostic complet

VARICES – INSUFFISANCE VEINEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Varicosités, lourdeurs, douleurs, tiraillements dans les jambes, éventuellement enflure dans la seconde partie de la journée, troubles trophiques, eczéma, parfois gêne esthétique seulement
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Le plus souvent dilatation des veines superficielles de forte dominance au niveau des membres inférieurs Uni ou bilatérales Parfois œdème des jambes
CLASSIFICATION	A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) sous C (Tableau de maladie, varices)
DIAGNOSTIC	sous D (Diagnostic de dilatations veineuses visibles, voire de varices, après Echo-Doppler)
ÉVOLUTION ET DURÉE	Lentement progressives
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Veinules, varices superficielles largement sans concurrence Thrombophlébite superficielle aiguë Thrombose profonde aiguë Oedème des jambes Syndrome post-phlébitique

I83.9 | **C** Varices des membres inférieurs sans ulcère ou inflammation / Tableau de maladie

I83.9 | **D** Varices des membres inférieurs sans ulcère ou inflammation / Diagnostic complet

VERTIGES

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	États vertigineux le plus souvent non dramatiques, habituellement exposés lors d'un intervalle libre, touchant le plus souvent des sujets âgés
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	La démarche diagnostique programmée n° 24 "Vertiges" ne donne rien à signaler
CLASSIFICATION	sous A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) C (Tableau de maladie) D (Diagnostic)
DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION ET DURÉE	Vertiges survenant par épisodes avec une faible tendance à la modification
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Réaction orthostatique Sclérose cérébrale Accident cérébrovasculaire transitoire Hypoglycémie Alcoolisme Anémie Suites de traumatismes Syndrome cervical

R42 | **A** Etourdissements et éblouissements / Symptôme

VULVITE - VAGINITE

PLAINTES ET CIRCONSTANCES	Démangeaison locale, éventuellement douleurs, augmentation des pertes, lien éventuel avec des cosmétiques, des vêtements trop serrés
RÉSULTAT DE L'EXAMEN	Inflammations au niveau de la vulve et/ou du vagin, sans autre particularité
CLASSIFICATION	A (Symptôme) B (Groupe de symptômes) sous C (Tableau de maladie)
DIAGNOSTIC	sous D (Diagnostic, après détermination de l'étiologie)
ÉVOLUTION ET DURÉE	Le plus souvent curable en peu de semaines Récidives non rares
EXEMPLES DE RÉSULTATS DE CONSULTATION CONCURRENTS ET REGE	Eczéma ano-génital Prurit ano-génital Kraurosis vulvae Diabète sucré Phtiriase pubienne Corps étranger Maladie vénérienne Cancer

N76.0 | **C** Vaginite aiguë / Tableau de maladie

N76.- | **D** Autres inflammations du vagin et de la vulve. Cf. CIM10 / Diagnostic complet

Annexe 2

**LISTE DES TROUBLES DE LA SANTE RELEVES ET CLASSES
DANS L'ETUDE SELON LA CASUGRAPHIE
ET LEUR CODAGE ADAPTE
A LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES**

La Classification internationale des maladies privilégie le recueil d'une *morbidité étiologiquement définie*, c'est-à-dire, idéalement, *caractérisée par une cause initiale certaine*. Un tel outil s'avère assez bien adapté au recueil des résultats diagnostiques disponibles en fin de séjour en établissement de soins ou au décours d'épisodes de soins qui requièrent cette modalité diagnostique et lui sont accessibles.

La Casographie constitue aujourd'hui un outil adapté et validé scientifiquement pour classer et coder les troubles de la santé de fréquence régulière en ville, aux stades diagnostiques de la « scène des dangers et des risques d'évolution grave évitable », alors que toutes les données de la certitude étiologique ne sont pas disponibles. La Casographie offre cette classification sous une forme compatible avec une adaptation souhaitée par les auteurs de la Classification internationale des maladies de l'OMS à l'occasion de sa 10^e Révision pour pallier ses limites. Pour ce faire, son codage conserve strictement le noyau central à quatre caractères de chaque rubrique de la CIM qui est concernée, mais ajoute en cinquième position une information sur le degré d'ouverture diagnostique, c'est-à-dire le degré de certitude atteint et sa forme, **A** Signe ou symptôme isolé, **B** Groupe de signes et symptômes, **C** Tableau de maladie caractéristique non complètement certifiée, **D** Diagnostic complet au sens des sciences médicales.

A l'occasion de l'étude, Casographie en mains, les médecins du groupe ont spontanément proposé des codes pour 33 des 118 troubles de santé identifiés en fin de séance. A la relecture par les animateurs, la totalité de ces troubles de santé et les deux actes de vaccination relevés ont pu être codés avec précision sur le mode proposé. Cette classification et ce codage ont permis de répondre à deux questions restées à ce jour en instance : relever la morbidité sous la forme où elle est réellement traitée en ville d'une façon compréhensible par tous les usagers de la CIM 10 et tenir compte de son caractère multiple.

CODAGE DES FORMULATIONS DIAGNOSTIQUES ADAPTE A LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (10^e révision)

Formulation diagnostique initiale du praticien

Formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

Codage CIM initialement proposé

Codage CIM retenu après relecture

MEDECINE GENERALE

FEMME 39 ANS	SURCHARGE PONDERALE ANGINE	R63.5A J04.0 C	R63.5A J03.9C
GARCON 1 AN	OTITE MOYENNE AIGUE	H66.9C	H66.9C
HOMME 54 ANS	DIABETE HYPERTENSION ARTERIELLE		E11.9C I10C
FEMME 69 ANS	ASTHME	J45.9	J45.9C
HOMME 50 ANS	PANARIS	L03.0C	L03.0C
HOMME 33 ANS	INFECTION DENTAIRE ADENITE OTALGIE	K04.4C I88.9B H92.0A	K04.4C I88.9B H92.0A
FILLE 2 ANS 2 M	ECZEMA ANXIETE (MATERNELLE)		L30.9C F41.9A
HOMME 36 ANS	RHINOPHARYNGITE PHARYNGITE	J00B J02A	J31.1B J02.9A
HOMME 31 ANS	PHARYNGITE AMYGDALITE MAL DE GORGE		J02.9A J03.9C R07.0A
HOMME 83 ANS	INSUFFISANCE CORONARIENNE HYPERTENSION ARTERIELLE LOMBALGIE GOUTTE		I25.9D I10C M54.5B M10.9C
HOMME 47 ANS	LOMBALGIE HYPERTENSION ARTERIELLE SURCHARGE PONDERALE		M54.5B I10C R63.5A
HOMME 67 ANS	PHARYNGITE ENROUEMENT MAL DE GORGE SURCHARGE PONDERALE		J02.9A J04.0A R07.0A R63.5A
GARCON 4 ANS	RHINOPHARYNGITE TOUX	J00B	J31.1B R05A
FILLE 10 MOIS	GASTROENTERITE		A09B
FEMME 50 ANS	MIGRAINE		G43.9C
FEMME 42 ANS	CERVICALGIE DORSALGIE ACOUPHENE LABYRINTHITE AIGUE BOUCHON DE CERUMEN ANXIETE	M54.2B M54.9B H93.1A H83.0C H61.2C F41.9A	M54.2B M54.9B H93.1A H83.0C H61.2D F41.9A

Formulation diagnostique initiale du praticien

Formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

		Codage CIM initialement proposé	Codage CIM retenu après relecture
ANGIOLOGIE			
FEMME 63 ANS	VARICES TABAGISME ONYCHOMYCOSE OEDEME DE JAMBE TROUBLE PSYCHIQUE COLOPATHIE	I83D F17.2B B35C T00.9D	I83.9D F17.2D B35.1C R60.0A F29C K58.9B
FEMME 32 ANS	VARICES	I83.9D	I83.9D
FEMME 14 ANS	VARICES CRAMPES POIDS/TAILLE	I83.9D	I83.9D R25.2A R63.4A
FEMME 83 ANS	VARICES ARTERIOPATHIE OSTEALGIE HYPERTENSION ARTERIELLE HYPOTHYROIDIE ANGOR TABAGISME VERTIGES NON CARACTERISTIQUES	I83.9D I70.2A	I83.9D I70.2C M89.9A I10.C E00 E03 D I25.9C F17.2D R42A
FEMME 43 ANS	VARICES VEINITE POST SCLEROSE		I83.9D I83.1D
FEMME 54 ANS	VARICES MENOPAUSE		I83.9D N95.1C
HOMME 58 ANS	VARICES PARESTHESIE MYCOSE		I83.9D R20.2A B35.1C
FEMME 30 ANS	VARICES VEINITE POST SCLEROSE SEQUELLES THROMBO-PHLEBITE POIDS		I83.9D I83.1D I87.0D R63.5A
FEMME 57 ANS	VARICES		I83.9D
CARDIOLOGIE			
FEMME 61 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE HYPERTENSION ARTERIELLE TABAGISME DYSLIPIDEMIE ARTERIOPATHIE	I25.9C	I25.9C I10C F17.2D E78.0C I70.2D
HOMME 59 ANS	INSUF CORONARIENNE CHRONIQUE DIABETE HYPERCHOLESTEROLEMIE		I25.9C E11D E78.0C
HOMME 78 ANS	CRAMPES EMBOLIE ARTERE PERIPHERIQUE CANCER PROSTATE INSUF RESPIRATOIRE CHRONIQUE		R25.2A I74.4C C61D J96.1C

Formulation diagnostique initiale du praticien

Formulation diagnostique additionnelle après relecture avec la Casugraphie

		Codage CIM initialement proposé	Codage CIM retenu après relecture
CHIRURGIE			
HOMME 33 ANS	EPIGASTRALGIE HERNIE	R10.1B K42.9D	R10.1B K42.9D
FEMME 47 ANS	EVENTRATION CANCER DU RECTUM MENOPAUSE POIDS	K43.9D	K43.9D C20D N95.1C R63.5A
HOMME 56 ANS	HERNIE INGUINALE TABAGISME	K40.9D	K40.9D F17.2D
HOMME 70 ANS	FISSURE ANALE PRURIT ANAL HYPERTENSION ARTERIELLE PROSTATISME	I84.2D L29.3D	K60.2D L29.3A I10C N40C
FEMME 68 ANS	ADENOCARCINOME ENDOMETRE MENOPAUSE TABAGISME		C54.1D M8380/3 N95.1C F17.2D
GYNECOLOGIE			
FEMME 17 ANS	DYSMENORRHEE	N91-94 A/B	N91-94 A/B
FEMME 60 ANS	POLYPE UTERIN MENOPAUSE		N84.0D N95.1C
FEMME 37 ANS	VAGINITE		N76.0C
FEMME 34 ANS	FAUSSE COUCHE GROSSESSE HEMORRAGIE UTERINE AUTRE		O03.9C Z32.0C N91-94A
FEMME 52 ANS	CYSTITE MENOPAUSE		N30.9C N95.1C
FEMME 50 ANS	MENOPAUSE		N95.1C
ORL			
FEMME 70 ANS	TUMEUR PAROTIDIENNE		C07D
HOMME 55 ANS	HYPOACOUSIE		H91.1A
FEMME 78 ANS	RHINITE ALLERGIQUE ACOUPHENE HYPERTENSION ARTERIELLE DIABETE		J30.4C H93.1A I10C E11C
FEMME 32 ANS	REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN		K21.9C
PEDIATRIE			
FILLE 2 MOIS	MERE AGHBS+		Z24.6D
GARCON 8 ANS 1/2	TORSION TESTICULAIRE		N44C
FILLE 3 ANS	RHINOPHARYNGITE CONSTIPATION		J31.1B K59.0A
GARCON 45 MOIS	GASTROENTERITE ?		A09B
GARCON 14 MOIS	CAUCHEMARS		F41.9A
FILLE 5 ANS	VACCIN		Z23.2A

G.R.E.T.E.C.

Le Groupe de recherche épidémiologique taxinomique et clinique approfondit en France et en partenariat avec un épidémiologiste autrichien, R.N. BRAUN, et ses collaborateurs germanophones (Allemagne et Suisse), les implications d'un système de classification diagnostique de la pathologie prise en charge en médecine ambulatoire, intitulée « KASUGRAPHIE dénomination des cas de fréquence régulière dans la pratique généraliste ». Il s'agit d'un travail considérable qui vise à pallier les limites de la Classification internationale des maladies pour coder les constats diagnostiques de consultation et identifier la situation de gestion des risques qui en découlent dans les conditions de la surveillance médicale discontinuée de scènes du danger qui caractérise en réalité la médecine ambulatoire dans son ensemble.

Auteurs de sa traduction en langue française, nommée « Casographie » les membres du GRETEC ont été accueillis entre 1994 et 1999 au Groupe IMAGE-ENSP dans le cadre d'un contrat quinquennal de recherche INSERM conduit par Gérard de Pouvourville. En conséquence, ils ont pu mener à terme le travail de validation et d'articulation entre le système de classification de R.N. Braun et celui de la CIM 10 et bénéficier de la participation d'un chercheur de la Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, le Dr Louis Brunel.

Progressivement, l'idée se fait jour en ce moment qu'il s'agit d'une innovation majeure, parce qu'elle est à la fois un instrument inédit d'aide à la décision clinique et à l'évaluation raisonnée des risques, au service du malade dans la médecine de ville, et un outil statistique nouveau de description et de recherche sur la gestion multidisciplinaire du risque de santé dans le système d'assurance maladie.

Pour tout renseignement et documentation :

71, avenue Paul Vaillant-Couturier. L'Haÿ-les-Roses 94240
Tél. & Fax : 01 46 65 86 86
E-mail : gretec@tiscali.fr

SUMMARY

Understanding the rationality of medical practices in ambulatory health care : an exploratory case-based approach focused on the medical management of individual dangers and risks for health.

The french health system is facing several significant changes. The increasing involvement of health problems in economic and social life triggers numerous conflicts and expectations associated with emerging requirements for the health care providers to account for the content and the outcome of their activities. In ambulatory care medicine all practitioners, generalists or specialists, perform a discontinued medical supervision of their patients through more or less regular visits. This study aimed to show how the everyday treatment of health problems by ambulatory care physicians could be understood through their management of individual risks for health.

This study has used the concept of « open diagnosis », promoted by R.N. Braun a german-speaking epidemiologist, to analyse the physicians' clinical activities. An « open diagnosis » is the result of a diagnostic workup where a limited list of plausible causal diseases can be identified without the technical possibility at this moment to exclude with certainty any of them. Subsequently the corresponding diagnostic label represents a clinical situation linked statistically to a specific cluster of dangers and risks present at the moment. Most of the health problems managed through patients' visits in ambulatory care required this kind of approach, as a complete check-up cannot and has not to be performed during one consultation. Indeed, when in-hospital management of health problems is not required, each clinical situation has to be managed in taking into account the underlying risks for health, consisting partly of these possible causal diseases not excluded at the moment. As the classical concept of « diagnosis » refers specifically to clinical situations identified without ambiguity as only one certain causal disease, the concept of « open diagnosis », i.e. « open diagnostic result », appears more appropriate to describe the results of diagnostic workup corresponding to the global identification of a specific « group of plausible causal diseases ».

R.N. Braun built the « Casugraphy », a statistical classification of such clinical situations regularly encountered in primary health care medicine. These clinical situations, named individually a « case », are identified specifically and are exclusive of one another in this classification. The French version of the « Casugraphy » was adapted to the WHO International Classification of Disease, 10th version (ICD 10).

Two general practitioners and six specialist consultants, working in Paris area in private practices, tested the Casugraphy. A random sample of 49 clinical cases managed by these physicians in their practices was selected. This test confirmed two categories of clinical situations among all the practices : the former corresponds to situations where one disease is clearly identified with certainty, the latter to probabilistic situations where only groups of plausible dangers and risks are identified. Probabilistic uncertain situations were revealed as generally the predominant ones managed by the physicians before or after any aetiologically certain diagnosis. The Casugraphy has allowed to code these two categories of more or less complex clinical situations. Therefore the feasibility and the applicability of this coding approach in an ambulatory care setting, beyond the strict area of primary care, were established.

This specific classification tool originated in a new approach for exploring a key-element of the medical activity : the empirical identification and management of underlying dangers and risks for health status through the medical response to the everyday individual demands of care. This new conceptual approach allows to describe and analyse an important part of the clinical care process which has been remaining more or less invisible. Henceforth these implicit data become a structured information able to be recorded, completed during the care process and transmitted to the other attending physicians and, if required, to the patient itself.

Key words : Ambulatory care medicine – Individual health risk – Diagnostic uncertainty – Morbidity – Polypathology – Classification – Casugraphy