

## OBSERVER, ANALYSER, COMPARER :

### LE DICTIONNAIRE DE LA MEDECINE GENERALE : UN OUTIL D'EVALUATION

#### Le Dictionnaire de la Médecine Générale : un outil d'évaluation

Robert SOURZAC

La somme des résultats de consultation les plus fréquents en médecine générale, définis par des critères d'inclusion rigoureux, validés par le grand réseau de cent médecins, prendra le nom de "Dictionnaire de la Médecine Générale". Utilisable en temps réel pendant la consultation, permettant un langage commun dans la communauté généraliste, couplé à l'informatique, il deviendra un véritable outil d'évaluation.

Dr Robert SOURZAC  
29 Avenue du Général Leclerc  
75014 PARIS

#### "Evaluer c'est apprécier, c'est aussi estimer à sa juste valeur"

Le mot "évaluation" peut effrayer. Il est l'objet de différences d'appréciation, de définitions et d'interprétations divergentes.

Sa définition dépend du champ d'application, des objectifs de l'évaluation et des moyens mis en oeuvre pour y parvenir.

Etablissons d'abord ces paramètres. Il sera ensuite plus facile de caractériser l'évaluation : est-ce un outil de mesure et d'expertise efficace et utile, ou à l'inverse, un concept restrictif à connotation péjorative (contrôle, inspection, surveillance) ?

Le but d'une entreprise d'évaluation en médecine générale **dépend de ses promoteurs** : étude des pathologies prises en charge, des comportements des médecins par rapport à une référence, établissement de consensus, investigations concernant l'efficacité des thérapeutiques, etc...

En tout état de cause, et quelle que soit la variété des thèmes abordés, il n'est pas d'évaluation sans volonté **d'utiliser les résultats** de cette recherche. La connaissance de ces objectifs est déterminante.

Nous pensons que l'évaluation des pratiques doit permettre à terme d'améliorer la qualité des soins. Mais elle peut également permettre de légitimer les pratiques des généralistes.

Le domaine qui est le nôtre est connu et limité, bien que loin d'être défriché : c'est la médecine générale. Depuis la conférence de Leuwenhorst, nous la définissons *comme la médecine de soins personnels, continus et de premier recours, dont bénéficie un patient dans son cadre de vie.*

Restent les moyens disponibles pour décrire ce que fait le médecin : connaître le profil de ses patients, les pathologies qu'il traite, les problèmes non pathologiques qu'il prend en charge, la périodicité avec laquelle il suit ses patients, les traitements qu'il met en oeuvre, les investigations complémentaires qu'il prescrit, les arrêts de travail qu'il ordonne, ou encore les recours aux autres spécialité médicales.

L'organisation actuelle du système de santé français permet de bien connaître le nombre d'actes, l'âge et le sexe des patients, les médecins consultés et le volume des prescriptions (médicaments, biologie, imagerie médicale, etc.).

en revanche, il n'existe pas de système permettant d'établir le lien entre ces divers éléments et la pathologie à l'origine de la rencontre entre le médecin et son patient.

Il est vrai que, **pour le praticien**, il importe avant tout de connaître le but à atteindre et les moyens dont il dispose pour ce faire. La description de la situation diagnostique, ce que nous appelons le résultat de consultation, peut passer au second plan.

Cette connaissance précise du résultat diagnostique précis d'une consultation est en revanche fondamentale dès lors qu'il s'agit de collecter des données standardisées, de rapprocher des points de vue.

Comment discuter, par exemple, les différentes prises en charge de la lombalgie, si les intervenants ont chacun leur propre définition de cette affection?

Or évaluer c'est d'abord comparer, **comparer des faits comparables**.

On peut comparer entre elles les pratiques de plusieurs médecins généralistes ou confronter ces dernières à des références préétablies. Dans tous les cas, il est nécessaire de s'appuyer sur une communauté de langage <sup>(1)</sup> pour communiquer les expériences des différents intervenants<sup>(2)</sup>.

Ainsi, l'un des préalables à toute évaluation est la standardisation du langage utilisé, vecteur de l'information. Ce référentiel <sup>(3)</sup> doit tenir compte de l'état des connaissances médicales mais aussi et surtout des moyens disponibles à un moment donné.

Or notre sujet est l'investigation des nombreux et subtils phénomènes cliniques observés en médecine générale. Ces derniers demandent une approche plus clinique que statistique.

En 1830, Pierre-Charles-Alexandre Louis, reconnu comme le père de l'épidémiologie clinique <sup>(4)</sup>, prêchait déjà pour des observations cliniques soigneusement détaillées qui devaient ensuite être rassemblées et étudiées selon sa "méthode numérique" de synthèse et d'interprétation des résultats. Il jeta ainsi le doute sur les vertus de la sacro-sainte saignée.

Mais dès la fin du siècle dernier, l'évaluation clinique a pris la voie de la recherche physiopathologique et des mesures technologiques, réduisant la place de l'observation des faits cliniques et de leur quantification attentive dans les soins aux malades.

### **L'observation des faits cliniques.**

Les mots qui permettent de dénommer les fait cliniques, les étudiants et les médecins sont censés les trouver dans la seule classification Internationale des Maladies (C.I.M.) <sup>(5)(6)</sup>.

A la suite de Robert BRAUN <sup>(7)</sup>, la Société Française de Médecine Générale a maintenant bien démontré que cette classification n'est pas adaptée à la pratique de la médecine générale confrontée à la quasi-absence de diagnostic <sup>(8)</sup>.

Depuis quelques décennies, des médecins généralistes ont donc tenté d'amender la C.I.M. pour la faire correspondre à leur pratique <sup>(9)(10)</sup>. Cependant des travaux récents démontrent que l'adaptation des classifications existantes n'est pas la solution au problème posé par l'étude du champ spécifique de la médecine générale <sup>(11)(12)</sup>.

Le dictionnaire de la médecine générale, développé par la S.F.M.G., cherche à répondre à deux objectifs, intimement liés :

- apporter aux généralistes une communauté de langage: sans celle-ci, aucune communication fiable n'est possible entre quelques professionnels que ce soit. Les médecins généralistes n'échappent pas à cette contrainte <sup>(13)</sup>.
- permettre l'utilisation de ce dictionnaire pendant la consultation, avec les moyens disponibles lors de la consultation. C'est pourquoi les définitions sont axées sur la sémiologie, observation des faits cliniques, mais aussi biologiques, radiologiques ou résultant d'autres techniques complémentaires lorsque cela est possible et se justifie.

### La justification d'une pratique : une photographie contre des clichés

Le médecins dispose donc du moyen de dénommer avec précision toutes les pathologies qu'il prend en charge. Il peut justifier tous les actes de sa pratique. L'utilisation du dictionnaire lui permet de relier tel traitement ou prescription d'examen complémentaire à telle affection.

C'est ainsi que nous avons pu, lors d'une réunion professionnelle, démontrer que nous prescrivions des médicaments anxiolytiques à des patients ... anxieux. L'étude de notre fichier nous a permis de montrer que la prescription des tranquillisants est reliée à des pathologies anxiogènes : dépression, angoisse, insomnie, cancer, hypertension artérielle sévère, etc...

Cette étude fut rapidement menée et elle n'est certes représentative que de notre seul fichier. Il ne s'agit pas d'une étude épidémiologique, mais plutôt d'un audit de situation. C'est un exemple de la précision avec laquelle on peut répondre à des questions simples, mais dont les réponses étaient jusqu'ici très approximatives.

L'utilisation en temps réel du dictionnaire de la médecine générale nous a permis, dans ce cas, de montrer une photographie d'un domaine de l'activité du praticien sur laquelle on ne montrait jusqu'alors que des clichés.

Les applications sont nombreuses et leur validité d'autant meilleure que sont nombreux les médecins qui utilisent le même outil. Ils peuvent ainsi partager, additionner leurs propres expériences professionnelles.

Actuellement, plus de 100 praticiens se servent quotidiennement du dictionnaire de la médecine générale grâce à l'utilisation du logiciel MG DATA (14).

Ce sont ainsi des centaines de milliers de consultations et visites que nous pouvons exploiter.

L'enregistrement en temps réel et en continu concerne : les données administratives, les antécédents, le suivi des pathologies, la saisie de la sémiologie au jour le jour, les prescriptions médicamenteuses et autres décisions (biologie, recours aux spécialités médicales et aux auxiliaires médicaux, arrêts de travail) liées aux résultats de consultation.

La saisie se fait dans les conditions de la pratique quotidienne. Ceci minimise autant que possible un biais observé dans des études menées antérieurement: le médecin participant à l'étude, mis en situation de "chercheur", modifiait son comportement habituel en consultation.

L'utilisation du dictionnaire de la médecine générale ajoute la cohérence recherchée.

Elle permet une exploitation fiable des informations des dossiers.

#### Le dossier médical outil d'évaluation

Jusqu'alors, l'usage du dossier médical était limité à une exploitation personnelle par le médecin dans sa fonction soignante.

Le dictionnaire de la médecine générale est le référentiel qui manquait aux médecins généralistes pour aller plus loin dans l'utilisation des dossiers de leurs patients.

Associé à un **système informatique sachant tirer parti de son efficacité**, il offre déjà aux médecins généralistes l'opportunité de promouvoir et de mener à bien des actions d'évaluation de leur pratique avec une méthodologie des plus rigoureuses.

Il leur appartient de s'en servir.

S'il est vrai que c'est la nécessité qui pousse à la mise au point de l'outil, il n'est pas moins réaliste de penser qu'un tel outil peut stimuler la recherche et l'innovation.

## BIBLIOGRAPHIE

**(1) "EPISTEMOLOGIE"**

P VERTA, Ph JACOT,

La Revue Prescrire, mars 1995, 15-149

**(2) "UNE ETUDE DES FICHES CLINIQUES DE 8 PRATICIENS**

**D'AVRIL 1951 A MARS 1952",**

W.P. LOGAN and Col.,

General Reg. Office, étude de sujets médicaux et populations, n°7

**(3) "LEXIQUE DES TERMES DE L'EVALUATION MEDICALE ET ECONOMIQUE"**

F FAGNANI, B DETOURNAY

CEMKA, 1992

**(4) "EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE, CLINIMETRIE"**

M JENICEK, R CLEROUX

Edisem, Québec, 1985

**(5) "ICD-10, INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES",**

Organisation Mondiale de la Santé, 10ème révision, Genève 1993

**(6) "LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES DE L'OMS  
EST-ELLE PRATICABLE EN MEDECINE GENERALE ?"**

M GIRARDIER

Revue du Praticien-Médecine Générale, n°138, 20 mai 1991

**(7) "PRATIQUE, CRITIQUE ET ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE GENERALE"**

R.N. BRAUN

Payot, Paris, 1979

**(8) "LA PROBLEMATIQUE DU DIAGNOSTIC EN MEDECINE GENERALE"**

Documents de Recherches en Médecine Générale n° 41

SFMG, Oct. 1992

**(9) "INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR HEALTH PRIMARY CARE"**

Royal College of General Practitioners, 1ère Edition, 1976

**(10) "INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF PRIMARY CARE"**

H LAMBERTS

Université d'Amsterdam, Institut Huisartsgeneeskunde, juin 1985

**(11) "UNE NOUVELLE TAXINOMIE EN MEDECINE GENERALE"**

J ANDRAL

Thèse de Doctorat, Faculté de Paris-Sud, mars 1987

**(12) "ETUDE CRITIQUE DE L'UTILISATION DU CODE OMS,  
POUR LA MORBIDITE RESSENTIE : A PROPOS D'UNE  
ENQUETE MENEES AVEC 55 GENERALISTES D'AQUITAINE"**

M VALLADE TRABELSI

Thèse de Doctorat, Bordeaux 1983

**(13) "SERVICE DES STATISTIQUES, DES ETUDES ET DES  
SYSTEMES D'INFORMATION DU MINISTERE DES  
AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE",**

N°22, juillet 1986 : Etude de la médecine de ville, comparaison des enquêtes

**(14) "PROPOSITION DE REPRESENTATION  
TRIDIMENSIONNELLE DES RESULTATS DE  
SEANCES EN MEDECINE GENERALE",**

R SOURZAC

thèse de doctorat, Faculté de Limoges, Déc. 1987