

**Faculté de Médecine de Rennes**  
**Cours de séméiologie de Second Cycle de Médecine DCEM1**

# L'approche clinique en Médecine Générale

Docteur Charles HONNORAT - Professeur Associé de Médecine Générale  
Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes.  
Lundi 14 septembre 2009

<b>INTRODUCTION</b>	<b>2</b>
<b>DU SYMPTÔME À LA CIM 10 OU LA DSM IV</b>	<b>3</b>
LA CIM-10	3
LE DSM IV (MANUEL DE DIAGNOSTIC ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX)	4
<b>LA DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE (WONCA 2002)</b>	<b>5</b>
<b>LES SPÉCIFICITÉS DU RECUEIL SÉMÉIOLOGIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.</b>	<b>6</b>
TYPES DE PATIENTS	6
LA MALADIE	7
RÔLE DU MÉDECIN	7
LIEU D'EXERCICE. PLATEAU TECHNIQUE.	7
INFLUENCE DU TEMPS	7
L'ENVIRONNEMENT SOCIAL	8
<i>Les voisins</i>	8
<i>Les travailleurs sociaux</i>	8
<i>La famille</i>	8
L'INTERROGATOIRE	9
<i>La tentation du Dr KNOCK</i>	9
<i>Le "bavardage" en Médecine Générale</i>	9
L'EXAMEN PHYSIQUE	9
LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.	10
L'INTERROGATOIRE HORS DU COLLOQUE SINGULIER (LE MALADE ET SA FAMILLE, LE MÉDECIN DU COUPLE, LA RELATION PARENTS/ENFANTS)	10
<b>LA DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ GÉNÉRALISTE : LA CISP DE LA WONCA</b>	<b>11</b>
<b>LA DÉMARCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE</b>	<b>14</b>
LA DEMANDE DU MALADE.	14
LA NON-DEMANDE DU MALADE. PRÉVENTION ET DÉPISTAGE. EDUCATION POUR LA SANTÉ	15
<b>LA MÉDECINE GÉNÉRALE DANS LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS.</b>	<b>16</b>
LA RÉFORME DU « <b>MÉDECIN TRAITANT</b> »	16
LA MÉDECINE GÉNÉRALE, UNE SPÉCIALITÉ PARMIS LES AUTRES.	16
LA LOI BACHELOT « <b>HÔPITAL PATIENTS SANTÉ ET TERRITOIRES</b> »	16
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>18</b>

# L'approche clinique en Médecine Générale

Docteur Charles HONNORAT  
Professeur Associé en Médecine Générale  
Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes.  
Lundi 14 septembre 2009

## Introduction

En première année de médecine, vous avez eu un cours sur les bases déontologiques de l'exercice médical. Je vous ai décrit la démarche médicale que vous aurez à apprendre : écoute du patient, recueil, par l'examen clinique de signes généraux, physiques ou issus d'examens complémentaires, élaboration d'un diagnostic qui conduit à une prescription médicale.

Vous abordez donc aujourd'hui un ensemble de cours de séméiologie, c'est-à-dire de l'étude des signes qui sont à la base de l'exercice médical.

Il s'agit là d'une première approche élémentaire de la médecine. Élémentaire au sens étymologique du terme car on va vous présenter durant quelques heures l'ensemble des éléments descriptifs des maladies. Ces éléments constituent autant de signes ou symptômes qui, isolés ou réunis en syndromes vont être recueillis par les médecins que vous êtes pour décrire des pathologies les plus complexes dont souffrent les malades qui viennent vous voir.

On vous détaillera la signification de tous les signes. On vous dira comment les recueillir au cours de l'examen clinique et para-clinique du malade. Ainsi vous parlera-t-on de l'insuffisance veineuse, de la radio thoracique, du foie, des maladies psychiques, vasculaires, hématologiques, cardiologiques.

La lecture du programme théorique de cette année montre bien que des pans entiers de la séméiologie ne seront pas abordés ou seulement évoqués. Vous les envisagerez au fur et à mesure de votre pratique. Vous les croiserez au contact des malades que vous serez amenés à examiner. Vous les approfondirez au cours des certificats de spécialités, vous poursuivrez, enfin, cet apprentissage tout au long de votre vie professionnelle.

J'interviens comme médecin ambulatoire et comme médecin généraliste dans cet enseignement. C'est à l'Hôpital que vous allez apprendre pour l'essentiel la séméiologie, la nosologie et la thérapeutique. C'est bien car le CHU est sans conteste un endroit d'excellence. C'est trompeur car, il constitue un endroit spécifique dont les caractéristiques sont différentes de celles que vous rencontrerez en milieu ambulatoire, et particulièrement en médecine générale. C'est sans doute pour cette raison qu'on me demande d'aborder avec vous la description des spécificités de cette démarche de recueil séméiologique en Médecine Générale : Les maladies sont les mêmes qu'à l'Hôpital, les malades sont les mêmes. Nous allons cependant voir pourquoi et en quoi cet abord séméiologique peut être différent en cabinet de Médecine Générale et dans les services hospitaliers dans lesquels vous faites votre formation.

**« La Vie est courte, l'Art est long, l'Occasion est prompte à s'échapper, L'Empirisme est dangereux, le Raisonnement est difficile »** disait Hippocrate de Cos (460-356 avant Jésus-Christ). Cet aphorisme est connu. Il convient de se le remémorer sans cesse. Il affirme la nécessité du doute, de la remise en cause et de l'évaluation permanente de nos pratiques professionnelles. Il ajoutait également : **« Il faut non seulement faire soi-même ce qu'il convient, mais encore être secondé par le malade, par ceux qui l'assistent et par les choses extérieures »**

Je place donc ce cours sous le patronage d'HIPPOCRATE, fils d'Héraclite, qui recommandait l'observation systématique des faits avant d'émettre des hypothèses. En cela, il créa vraiment la médecine en la séparant du mysticisme et des superstitions et en la faisant pénétrer dans la démarche scientifique. Pour le moins, il est le vrai inventeur de la séméiologie, la science des signes.

L'exercice de la médecine générale en France a été largement influencé par la loi de 2002 sur les « droits des malades ». Elle insiste sur le devoir d'informer complètement le malade de sa maladie et des examens et traitement qu'on lui propose afin d'obtenir à chaque fois son « consentement éclairé ». Cette exigence sociale a des répercussions sur la façon dont, notamment en médecine générale, nous allons pouvoir recueillir ces informations qui sont à la base de notre exercice médical.

Nous envisagerons ensemble successivement au cours de ces quatre heures :

- Le chemin qui mène du symptôme à la description des maladies : CIM-10 ou DSM IV
- La définition de la Médecine Générale
- Les conséquences qui en découlent pour la description de la pratique généraliste
- La description de l'activité généraliste. La présentation de la classification internationale en soins primaires (CISP) et des résultats de consultations de la SFMG.
- Les spécificités de recueil sémiologique en médecine générale.
- La démarche décisionnelle en médecine générale.
- Et enfin, nous ferons le point sur la place actuelle de la médecine générale dans notre système de soins

## Du symptôme à la CIM 10 ou la DSM IV

[www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric\\_sassel/ChapIII\\_Partie5.htm](http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric_sassel/ChapIII_Partie5.htm)

Ainsi donc depuis 1752 la sémiologie est-elle la science des signes. Elle nous permet de définir les symptômes qui nous permettent de décrire les maladies, de les observer, de les apprendre, puis de savoir les nommer, les classer. La réunion de signes souvent associés constitue un syndrome. Ces syndromes participent à la définition d'une maladie caractérisée. On vous a sans doute parlé de la classification internationale des maladies qui permet de classer la plus grande partie des maladies organiques et de la DSM IV qui tente de classer quant à elle les affections psychiatriques.

### **La CIM-10**

L'origine de la Classification Internationale des Maladies remonte à 1859, date de la tenue du premier congrès international de statistique à Bruxelles, qui charge l'anglais Farr de préparer une nomenclature internationale des causes de décès. Cette nomenclature fait l'objet de quatre révisions. En 1891, Jacques Bertillon, chef du bureau de statistiques de la ville de Paris, est mandaté pour élaborer une nouvelle classification, travail qu'il rend en 1893. A compter de 1900, la classification est révisée tous les 10 ans, d'abord sous la houlette du gouvernement français, puis, dans l'après-guerre du deuxième conflit mondial (1946), sous la responsabilité de l'OMS. La 6ième révision de la CIM, datée de 1948 et intitulée "Classification statistique Internationale des Maladies, traumatismes et causes de décès", élargit enfin la description aux processus morbides reconnus en médecine clinique.

La CIM 10 est actuellement en vigueur à travers le monde (depuis 1993 pour la version anglaise et 1994 pour la version française). Avec ses 30 000 termes répartis en 21 chapitres et ses plus de 10 000 rubriques, elle est focalisée sur un double classement étiologique et organique. Sa richesse extraordinaire assure une variabilité "inter et intra médecin" significativement basse.

La distribution des maladies se fait en chapitres correspondants aux différents appareils anatomiques, auxquels s'ajoutent un chapitre pour les maladies infectieuses transmissibles, un chapitre traitant des tumeurs, un autre chapitre comptabilisant les anomalies congénitales, un chapitre décrivant les traumatismes, un chapitre pour l'obstétrique, un autre chapitre pour la néonatalogie et un dernier chapitre enfin pour la psychiatrie.

Chapitre	Intitulé du chapitre de la CIM-10
I.	Certaines maladies infectieuses et parasitaires.
II.	Tumeurs.
III.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire.
IV.	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.
V. - VI.	Troubles mentaux et du comportement.
VII.	Maladies du système nerveux.
VIII.	Maladies de l'œil et de ses annexes.
IX.	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde.
X.	Maladies de l'appareil circulatoire.
XI.	Maladies de l'appareil respiratoire.
XII.	Maladies de l'appareil digestif.
XIII.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
XIV.	Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif.
XV.	Maladies de l'appareil génito-urinaire.
XVI.	Grossesse, accouchement et puerpéralité.
XVII.	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.
XVIII.	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs.
XIX.	Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes.
XX.	Causes externes de morbidité et de mortalité.
XXI.	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

#### Les catégories de la CIM-10. Source : DEGOULET, FIESCHI

Les critères présidant à la catégorisation et à la hiérarchisation des pathologies sont éminemment variables selon les chapitres. Selon les cas, ils mettent l'accent sur le processus étiologique (pour les maladies infectieuses), prennent pour référence l'organe (appareil digestif par exemple) ou mettent en avant le processus morbide en cause (pathologies tumorales).

Au niveau de l'écriture, tous les termes sont habillés d'un code hiérarchique alphanumérique composé d'une lettre suivie de plusieurs chiffres selon le niveau de profondeur considéré.

### ***Le DSM IV (Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux)***

On a longtemps reproché aux psychiatres de rendre différents diagnostics à l'égard de symptômes identiques chez un même individu. C'est ainsi que l'« American Psychiatric Association » lance en 1952 un guide similaire à la CIM, plus complet, intitulé le DSM. Multiaxial, il suit plusieurs trajectoires de définition dont un axe pour les troubles de la personnalité et les problèmes somatiques, mais également un axe investissant les facteurs de sévérité psychosociaux et l'adaptation des patients à leur situation. Sa version IV date de 1994.

Axe 1	Les troubles mentaux et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique;
Axe 2	Les troubles de la personnalité, du développement et retard mental
Axe 3	Les maladies physiques pouvant affecter le fonctionnement psychosocial
Axe 4	Les problèmes psychosociaux ou environnementaux (ex éducatifs, économiques, légaux, etc)
Axe 5	Fonctionnement global de la personne

#### Les cinq axes de la DSM IV

Le DSM-IV se veut athéorique et dégagé de tout ce qu'il considère comme des points de vue non-fondés scientifiquement. Il est toutefois très orienté par une vision biologique de la maladie.

Les psychanalystes pour qui le symptôme est l'expression déplacée et/ou "symbolique" d'un trouble et d'une angoisse en partie inconscientes réfutent le point de vue exclusivement descriptif des DSM. Ils considèrent qu'établir des statistiques fiables sur des troubles dont on ne prend en compte que le côté visible sont pour le moins sujettes à caution et que c'est promouvoir sciemment la méconnaissance de l'origine des troubles en cause. Les psychiatres de tradition française organo-dynamique initiée par Henri Ey ou d'approche tirée de la phénoménologie sont eux aussi opposés à la vision réductrice de ce manuel qui tend à esquiver toute réflexion tirée d'une clinique et d'une psychopathologie élaborée.

Cette classification a également été accusée de liens d'intérêts financiers entre l'industrie pharmaceutique et un tiers des experts ayant participé à sa construction.

Cette classification vise cependant à classer les affections, non seulement au regard de l'examen qu'on peut en faire, mais de la perception de la maladie au regard de la société, de l'environnement et de l'impact qu'ils ont sur le sujet malade.

Il est significatif que la DSM IV ait été particulièrement développée pour les soins primaires dans un ouvrage spécialement dédié ("DSM IV : Primary Care version", American Psychiatry Ass., 1995).

## La définition de la Médecine Générale (Wonca 2002)

[http://www.mgrennes.com/article.php3?id\\_article=113](http://www.mgrennes.com/article.php3?id_article=113)

Et d'abord, qu'est-ce que la médecine générale. Il n'y avait naguère qu'une Médecine. Seule et unique avant qu'en 1958, le **Pr Robert DEBRÉ** décide d'individualiser en son sein les diverses spécialités à fin de faire récupérer à la France le retard qu'elle avait pris dans la médecine mondiale. Restait alors une médecine « non spécialisée » qui s'est longuement cherchée : On a opposé la médecine ambulatoire à la médecine hospitalière. Les médecins ambulatoires non spécialisés se sont ainsi décrits **omnipraticiens, médecins de famille, médecins généralistes**. L'OMS a défini le **système de santé primaire**, de **premier recours** qui orientait vers la médecine de second recours. Les anglais ont parlé de « gatekeeper ». On a parlé en France de **médecin référent**. La loi a défini en 2004 le « **médecin traitant** » que chaque assuré est maintenant tenu de consulter préalablement pour toute question de santé

C'est finalement le terme de médecine générale qui a été retenu par ces médecins pour se désigner eux-mêmes. La particularité du généraliste est d'appréhender l'exercice médical dans son ensemble, au delà du traitement des maladies, mais en tenant compte de la personnalité du malade et des contraintes extérieures.

C'est dans les pays anglo-saxons que s'est développée une définition précise de cette médecine générale. La première définition fût proposée aux Pays-Bas par un groupe de généralistes anglo-saxons réunis à Leeuwenhorst en 1974. L'association internationale de médecine générale, la Wonca propose une première définition de son exercice en 1991 et la Wonca-Europe a tenté en 2002 de proposer une définition qui puisse s'appliquer à l'ensemble des pays, quel que soit le système de santé qu'il a adopté, au moins en ce qui concerne les pays développés. Selon cette définition, la médecine générale comporte :

- onze caractéristiques particulières qui peuvent se regrouper en six compétences fondamentales.
- Appliquées à trois champs d'activité : démarche clinique, communication avec le patient et gestion du cabinet médical.

Compétences fondamentales			
Gestion des soins	Premier recours. Le généraliste accueille toute demande de tout patient		Coordination des soins effectués par les divers professionnels. Défenseur du patient
Soins centrés sur la personne	Approche de la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire	Relation médecin – patient basée sur une communication appropriée	Continuité des soins selon les besoins du patient
Aptitude spécifique à la résolution de problèmes	Adaptation de la démarche en fonction de la prévalence des maladies en soins primaires		Gestion simultanée des problèmes aigus et chroniques du patient.
Approche globale	Intervention à un stade précoce des maladies	Promotion de l'éducation pour la santé	
Orientation communautaire	Responsabilité de Santé Publique et Communautaire		
Modèle « holistique »	Prise en charge de la dimension physique, psychique, sociale et culturelle des problèmes de santé.		

### Les onze caractéristiques de la médecine générale

On retrouve dans ce tableau un certain nombre de caractéristiques qui vont déterminer les conditions de la consultation généraliste et du recueil sémiologique qu'on doit y pratiquer.

## Les spécificités du recueil séméiologique en Médecine Générale.

Ce qui modifie les conditions du recueil séméiologique, ce sont les conditions d'exercice de la Médecine qui sont extrêmement différentes de celles que l'on voit à l'hôpital :

- Les **personnes** sont les mêmes, certes, mais elles ne viennent pas nous voir pour la même raison, pas avec la même attente.
- Les **maladies** sont identiques, mais leurs fréquences ne sont pas les mêmes.
- Le **système de soins** n'attend pas la même chose du Généraliste et de l'Hospitalier.
- Le **plateau technique** n'est pas le même.
- Le **temps**, enfin, le temps dont nous disposons n'est pas le même.

### Types de patients

Les patients qui viennent voir un généraliste ne sont pas tous malades au sens où l'entendent les médecins. Loin s'en faut. (voir tableau 1). Il y a ceux qui se croient malades, ceux qui le sont vraiment, ceux qui ne le sont pas, ceux qui croient ne pas l'être.

		Ressenti du patient. Il se considère :	
		Malade	Bien portant
Le médecin sent son patient	Malade	Domaine médical stricto sensu	Dépistage précoce
	Non malade	Domaine psychologique et relationnel	Prévention Domaine administratif

Tableau n°1

Les patients viennent chacun avec une demande, une plainte, une attente. Ils en attendent l'écoute et la compréhension. La résolution de leur problème ne passe pas nécessairement par une réponse médicale.

## **La Maladie**

En Médecine Générale, la prévalence des maladies est bien plus faible qu'en milieu spécialisé ou a fortiori hospitalier. De plus, elles sont le plus souvent diagnostiquées à un stade bien plus précoce, c'est-à-dire avec une séméiologie bien plus frustrée.

Le mot "maladie" peut ne pas avoir le même sens pour le médecin, pour le malade ou pour son entourage. Il peut prendre des sens très différents pour les uns et pour les autres.

La maladie est un désordre organique ou psychologique tel qu'il a été reconnu dans les diverses classifications des maladies.

La maladie est aussi ce que ressent le malade qui en est atteint.

Une des fonctions du médecin est de reconnaître la maladie et ainsi de déclarer les patients malades ou bien-portants.

Les anglais disposent de trois mots différents pour ces trois aspects de la maladie : illness, sickness, disease voir tableau n°2)

**Les altérations biologiques de la maladie**

**DISEASE**

**Le vécu subjectif du malade**

**ILLNESS**

**Le processus de socialisation des épisodes pathologiques**

**SICKNESS**

Tableau n° 2 **La Maladie ?**

## **Rôle du Médecin**

Le rôle du Médecin Généraliste n'est pas celui d'un Hospitalier. Le rôle de ce dernier est le plus souvent de diagnostiquer une maladie et de proposer une démarche thérapeutique la plus conforme aux dernières données de la science.

Le Généraliste doit lui être attentif avant toute chose à la demande du malade. Tout son travail est de s'emparer de cette demande, l'écouter, y répondre et, à partir de là, mener un interrogatoire et un examen clinique, puis, si besoin, prescrire des examens complémentaires avec parcimonie et bon escient. Le malade ne s'y pliera que si le Médecin Généraliste a su l'accompagner dans sa démarche, ni trop vite, ni trop lentement.

Beaucoup plus que le Médecin hospitalier ou même que le Médecin Spécialiste, le Médecin Généraliste doit prendre en compte dans ses prescriptions la capacité du malade d'observance des traitements qui lui sont prescrits.

## **Lieu d'exercice. Plateau technique.**

Le Médecin Généraliste consulte dans son cabinet de Médecine Générale. Il fait également des visites au domicile de son patient que par ailleurs, il croise également dans la rue, qu'il voit vivre. Il connaît tout ce qui, dans sa vie de tous les jours peut orienter sa maladie ou sa guérison. Il y a une séméiologie de l'observation du domicile comme une séméiologie du comportement du malade hors du lieu sacré du cabinet médical. Il dispose ainsi d'une capacité de recueil d'informations plus grande qu'à l'hôpital.

Inversement, le recours aux examens complémentaires est plus difficile. Il n'en dispose ni à son cabinet, ni au domicile du malade. Comptable des deniers de la sécurité sociale, il s'est engagé conventionnellement à traiter son patient avec le plus grand souci d'efficacité économique.

## **Influence du temps**

Le temps enfin ne se déroule pas de la même façon pour le Généraliste et pour l'Hospitalier, hormis, bien sûr les rares cas d'urgence vraie.

Nous l'avons dit, il est difficile et dangereux pour un Médecin Généraliste, d'aller plus vite que le patient dans sa demande de soins, même si ce dernier est réellement malade. Par

contre, le Médecin Généraliste bénéficie de la répétition des contacts avec son malade. Répétition qu'il peut mettre à profit pour reprendre une discussion ébauchée, répétition qu'il peut, dans une certaine mesure provoquer (ordonnance pour une période courte, prescription d'exams complémentaires, entrevue « au hasard » des rencontres).

L'hospitalier est lié quant à lui à la demande pressante qui lui est fait de tout savoir et de tout faire tout de suite, dans le cadre d'une consultation ou d'une hospitalisation de plus en plus courte.

## ***L'environnement social***

A coté d'une séméiologie clinique proche de celle que vous utilisez à l'Hôpital, le médecin généraliste peut s'appuyer également sur une séméiologie sociale et d'abord familiale. Le malade est un élément d'une communauté qui a sa vie propre, ses règles, ses codes qui interagissent avec lui. La connaissance de cette communauté, permet de recueillir des éléments qui participeront à la construction nosologique mais surtout à la décision médicale élaborée conjointement entre le médecin et son malade.

### Les voisins

Quand la voiture du médecin s'arrête au domicile du patient, « on » sait que ce dernier est malade. Au cours des consultations, on peut également être interpellé « Est-ce que c'est vous qui soignez... ». Les questions peuvent fuser auxquelles on apprend rapidement comment ne pas y répondre. Des remarques, des confidences peuvent être recueillies qui parfois donnent la clé de la solution ou, au contraire, orientent vers de fausses pistes. Il faut pourtant savoir y être attentif. Immergé dans la communauté sociale de ses patients, le médecin généraliste est au contact des rumeurs, des réputations, des histoires de voisinage et de famille, des haines ancestrales. Il est aussi réputé savoir des "on-dits" alors même qu'il les ignore.

### Les travailleurs sociaux

L'intervention du Médecin généraliste s'étend à tout l'aspect **médico-social** de la communauté au sein de laquelle il travaille. Il est ainsi l'interlocuteur naturel du Maire, de l'Assistante Sociale ou de la Puéricultrice. Par ce biais, là encore, il recueille des éléments séméiologiques que l'interrogatoire direct du malade ne lui aurait pas nécessairement révélés.

Inversement, s'il est conduit à un secret professionnel partagé, il ne peut pas, pour autant, faire état de tout ce que lui ont confié les patients qui l'ont consulté. Des conflits éthiques peuvent ainsi survenir. Les textes de lois existent, que l'on doit connaître. Ils ne remplaceront jamais la morale personnelle et la responsabilité individuelle du Médecin.

### La famille

Le Médecin Généraliste est omnipraticien : aussi bien gynécologue que pédiatre, rhumatologue, ORL que gériatre ou médecin de santé publique. Il est Médecin, c'est à dire que pour chaque individu, il pèse les avantages et les inconvénients d'une thérapeutique individualisée dans le strict respect du secret médical le plus absolu.

C'est aussi un Médecin de Famille. Il soigne tout le monde et aide chacun à trouver sa place. Il enrichit sa connaissance de chacun de celle de l'ensemble des membres de la Famille. Il sait le sens de l'angoisse d'une mère, même lorsque le tableau peut nous paraître anodin. Il sait aussi l'ouverture que les remarques d'un enfant ou d'un adolescent permet sur la pathologie d'un des parents.

Il y a là une contradiction qu'il doit gérer et qui peut l'amener, dans certains cas, à orienter des membres de cette famille vers d'autres confrères pour pouvoir se consacrer pleinement au colloque singulier d'un autre de ses membres.

# L'influence des spécificités d'exercice en médecine générale sur le recueil séméiologique.

## *L'interrogatoire*

Nous avons vu que la consultation du médecin généraliste est, par nature, et surtout dans le cadre français de médecine libérale payée à l'acte curatif, liée à la demande du malade à laquelle il est censé répondre et à laquelle il est censé seulement répondre. Il doit donc avant tout faire préciser cette demande, l'analyser, la discuter et soit y répondre, soit la dépasser, la faire évoluer, et, à partir d'elle, inciter le patient à envisager sa santé d'une autre façon.

Ceci doit se faire dans le cadre limité d'une consultation, mais on a vu également que l'on disposait d'une possibilité de répétition des épisodes de soins dont on bénéficie moins dans le cadre d'une consultation hospitalière.

La tentation du Dr KNOCK

Le Médecin Généraliste a souvent le redoutable privilège de dire si le patient qui vient le voir est « malade » ou s'il est « bien portant ». C'est dire si la façon dont on va mener l'interrogatoire, le temps passé à l'examen physique, le nombre d'examens complémentaires prescrits sont fortement significatifs pour celui qui ne sait jamais totalement s'il est malade ou non et qui s'en remet à son médecin. Ce rôle social est important, souvent mal compris et à la source de bien des malentendus. Il a donné, de Molière à Jules Romain, l'occasion de railleries qui doivent constituer pour les Médecins de sérieux rappels au bon sens. Ce n'est pas uniquement par appât du gain que certaines dérives thérapeutiques s'installent.

Le "bavardage" en Médecine Générale

Deux écueils guettent le Médecin Généraliste qui interroge son malade :

- Il peut être trop directif. Coupant la parole au patient, il le guide verse l'énoncé des éléments "utiles" au diagnostic. Il interdit à celui-ci de dire autre chose. Cet autre chose était pourtant parfois le plus important, mais aussi le plus difficile à formuler. Il faut parfois laisser un silence pour obtenir ensuite un "Vous allez me trouver bête..." ou bien "Je ne sais pas comment vous dire..." qui annoncent une confiance, un aveu ou une révélation importante.
- Il peut être trop laxiste. Laissant le malade s'égarer dans des détails ou des à-côtés, donnant autant d'attention au futile qu'à l'essentiel, il perd lui aussi le fil de la conversation, oubliant parfois avec son patient l'objet de la demande de consultation.

C'est entre ces deux écueils qu'il faut évoluer. Il faut savoir pratiquer un **entretien semi-directif**, laisser le patient s'exprimer, mais savoir repérer dans son discours l'élément essentiel, y revenir, le reformuler, faire préciser, analyser le discours de son patient sans interprétation excessive. Plus souvent qu'on ne le croit, la demande du patient est une seule demande d'écoute. La parole libre, la compassion soulage. La prescription trop rapide ou trop impérative peut caser une relation thérapeutique qui aurait pu s'instaurer.

## *L'examen physique*

On dispose d'un temps limité pour l'examen physique d'un patient qui peut être réticent ou opposé à un examen différent de celui auquel, à tort ou à raison, il s'attend et auquel il s'est préparé. On doit réaliser cet examen dans le lieu de visite ou de consultation qui n'offre pas toujours toutes les conditions nécessaires à sa bonne réalisation.

On est amené ainsi à pratiquer un examen physique qui tienne compte :

- Des rites de consultation : une consultation ne saurait se dérouler sans qu'on "prenne la tension" ou sans qu'on ausculte le cœur et/ou les poumons. Chez certains, il est indécent de les déshabiller, chez d'autres, ce sera le contraire. Ces rites sont toutefois modulés petit à petit par les habitudes du médecin lui-même. Il est donc nécessaire d'imposer au début de sa carrière une certaine rigueur dans ce domaine.

- De l'acceptation ou du refus du patient : disponibilité du patient, respect de sa pudeur (acceptation de l'examen génito-urinaire, mais la pudeur ne se révèle pas toujours où on l'attend et l'examen doit toujours être le plus attentif et progressif possible)
- Des contraintes de temps. Une consultation ne dure que 15 à 30 minutes.
- Du stade de la démarche diagnostique du Médecin.

On pourra ainsi annoncer un examen particulier à l'avance, permettant au patient de s'y préparer... ou de s'y soustraire. On peut aussi répartir l'ensemble d'un examen sur plusieurs consultations. Cela nécessite alors un fichier particulièrement bien tenu.

L'examen physique constitue donc autant un **outil de recueil d'information** en vue d'établir un diagnostic qu'un **mode de communication non-verbal** essentiel dans la relation médecin-malade en médecine générale.

On n'oubliera pas que la plus grande part des erreurs thérapeutiques et des ruptures de confiance viennent d'un défaut d'examen plus que d'un défaut de connaissance médicale.

### ***Les examens complémentaires.***

La pratique des examens complémentaires en Médecine Générale n'a pas la même importance qu'à l'Hôpital pour trois raisons :

1. *La prévalence faible des maladies.* Le pourcentage des maladies organiques est très inférieure dans la population de Médecine générale que dans un Hôpital spécialisé. La valeur prédictive positive d'un examen complémentaire est donc plus faible que dans un environnement de prévalence forte. Par ailleurs, la médecine générale se doit de diagnostiquer les maladies au stade le plus précoce qui soit, au moment où les résultats faussement négatifs sont les plus importants
2. *Le coût des examens complémentaires.* En Médecine de ville, ceux-ci sont facturés à l'acte alors qu'ils sont compris dans le prix de journée de l'Hôpital. Le médecin généraliste voit son activité observée par les relevés individuels d'activité. Il est amené à rendre des comptes sur la justification des dépenses qu'il induit.
3. *L'importance symbolique de la prescription d'examens complémentaires par le médecin généraliste.* Prescrire un examen complémentaire est le signe de l'importance du doute du médecin et de la gravité potentielle de la maladie. Inversement, elle signe que le médecin "a pris au sérieux" la plainte de son patient. Un résultat négatif ou, pire encore, "limite" accroît le doute et l'angoisse du malade. Et parfois du médecin.

### ***L'interrogatoire hors du colloque singulier (le malade et sa famille, le médecin du couple, la relation parents/enfants)***

Lors d'une consultation de Médecine Générale, le demandeur n'est pas toujours le malade lui-même. C'est le cas notamment pour des enfants ou des personnes âgées.

La consultation de l'enfant est souvent même une consultation-prétexte à une difficulté importante de la vie de son père ou de sa mère.

Chaque mot, chaque geste du Médecin prend des significations différentes pour l'un ou l'autre. En même temps que le Médecin répond à la demande du parent, son attitude est observée et jugée par l'enfant qui fait en même temps l'apprentissage de sa propre utilisation du système de soins. Il faut parfois, exiger la sortie du parent demandeur de soins. Il faut aussi pouvoir garantir à l'enfant l'inviolabilité du secret médical vis-à-vis de ses parents.

La consultation de l'adolescent porte à son paroxysme les ambiguïtés d'une telle situation.

La personne âgée dépendante est de la même façon un consultant par lui-même ou l'objet d'une consultation décidée par un tiers, proche, famille ou représentant de l'institution dans laquelle elle vit.

Dans chacune de ces situations, le généraliste doit porter toute son attention à l'individu dont la consultation est l'objet et veiller, autant que ce peut, à le rendre acteur des décisions qui sont prises

## La Description de l'activité généraliste : La CISP de la Wonca

: [http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric\\_sassel/page\\_garde.htm](http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric_sassel/page_garde.htm)

La séméiologie est la science des Signes. Ceux-ci se regroupent en Syndromes qui eux-mêmes continuent les Maladies que nous avons à soigner. Chacun connaît sans doute la classification internationale des maladies construite en 1859 par l'anglais FARR et le français BERTILLON, initialement pour classer les causes de décès. Sa dixième révision connue sous le nom de CIM 10 est extrêmement utilisée en milieu hospitalier et permet de catégoriser des diagnostics élaborés et finalisés.

Il y a donc un lien parfait entre la description des maladies et les éléments syndromiques, puis séméiologiques qui les composent.

Nous venons de voir dans la description de la médecine générale que son champ est bien plus large que la seule prise en charge des maladies. Nous avons vu également que les maladies observées et prises en charge en médecine générale ont leurs caractéristiques propres de faible prévalence et d'état initial de développement. Il est donc clair que la séméiologie en sera différente et que les techniques de recueil des signes sera elle-même spécifique.

Les spécialistes de médecine générale regroupés au sein de la Wonca se sont très rapidement aperçus que la CIM-10 ne saurait être utilisée telle quelle pour décrire leur activité. Ne serait-ce que parce qu'en médecine générale, 2/3 des consultations correspondent à des situations cliniques non résolues en termes de diagnostic. Dès les années 1960, ils ont entrepris de définir une classification internationale des soins primaires (CISP) qui permette de décrire, au delà de la prise en charge des maladies, l'accompagnement complexe et diffus de la santé des patients.

<b>CISP 2</b>	<b>CIM 10</b>
classification	nomenclature
biaxiale	monoaxiale
1360 rubriques	8. 000 rubriques
localisation	étiologie
structurée (SOAP)	linéaire
sous-ensembles (clusters)	détails
sélection des items selon leur prévalence	tout le champ de la médecine
gestion de l'incertitude	précision
orientée patient	orientée maladie
réflexion dans le temps	intervention ponctuelle
codage en temps réel	codage en temps différé

**Profondeur du clivage divisant ICPC et CIM sur un plan philosophique et opérationnel.  
Source : adapté de LETRILLIARD, Congrès de Nantes, oct. 99.**

La première caractéristique de cette CISP est d'individualiser pour chaque patient des « **problèmes de santé** » distincts que le généraliste est appelé à prendre en charge simultanément ou successivement au cours d'une « **rencontre** ».

Elle est constituée de 1360 rubriques réparties en 17 chapitres.

A	Général ou non spécifié
B	Sang
D	Digestif
F	Œil
H	Oreille
K	Circulation
L	Locomotion, Ostéo-articulaire
N	Neurologie
P	Psychologie
R	Respiratoire
S	Cutané (Skin)
T	endocrinien - Métabolisme - Nutrition
U	Urologie
W	Grossesse - Accouchement - Planification familiale
X	Génital féminin
Y	Génital masculin
Z	Social

#### Les 17 chapitres de la CISP

Chaque chapitre est divisé en 100 rubriques qui décrivent aussi bien les symptômes et plaintes du patient, les analyses et diagnostics du médecin, les procédures diagnostiques ou thérapeutiques qu'il propose.

01 à 29	SYMPTÔMES ET PLAINTES
30 à 70	PROCÉDURES diagnostiques, cliniques, paracliniques, administratives, préventives, thérapeutiques, consultation itératives, etc.
70 à 99	DIAGNOSTICS infections, néoplasmes, traumatismes, anomalies congénitales et autres diagnostics

#### Les codes des diverses rubriques de la CISP

##### K86 : HYPERTENSION NON COMPLIQUEE

Code CIM-10: I10

**critères d'inclusion** : hypertension essentielle; hypertension NCA ; hypertension idiopathique

**critères d'exclusion** : hypertension compliquée K87, pendant la grossesse W81

**critères** : deux ou plus de deux prises de tension par rencontre, lors d'au moins deux rencontres, avec une pression sanguine moyenne diastolique de 95mm/Hg ou systolique de plus de 160mm/Hg chez l'adulte, ou deux ou plus de deux prises de tension lors d'un seul contact avec une moyenne diastolique de 120mm/Hg au moins, et absence d'implication cardiaque, rénale, oculaire ou cérébrale secondaire.

**considérer** : pression sanguine élevée K85 notes : pour les enfants, consulter les tables de pression pédiatrique . Si l'hypertension est secondaire, coder aussi la cause sous-jacente

#### Exemple de rubrique CISP-2. Source : WONCA

On distingue entre problème actif ayant une action sur l'état de santé actuel du patient, et problème passif, c'est à dire n'ayant plus d'impact actuel mais dont il faut tenir compte d'un point de vue diagnostique, thérapeutique ou pronostique.

Ces problèmes de santé se suivent et se succèdent en « épisodes de soins » qui peuvent eux-mêmes être ouverts ou clos.

Les rencontres de médecine générale, visites ou consultations, peuvent se succéder à une fréquence variable. Chacune de ces rencontres peut être l'occasion d'aborder un ou plusieurs problèmes de santé. Elle est décrite selon le schéma SOAP (Signes, Observation, Appréciation et Procédures) .

Chacun de ces moments de la consultation peut concerner un ou plusieurs des problèmes de santé de la rencontre.

Exemple :

**4 mars 2008 DUPONT Pierre, 60 ans**

**Liste des problèmes :**

Motif (S.) :

peur du cancer A26

douleur thoracique : origine cardiaque suspectée K01

Observation (O.) :

(non codée)

précordialgie sans irradiation, déclenchement à l'effort, mauvaise réponse à la TNT;

TA = 12 / 8; pouls régulier, 70/min; auscultation normale; abdomen souple

Actes techniques (P.) :

ECG : souffrance myocardique K42

Administration d'un anxiolytique P50 et de trinitrine K50

Analyse (A.) :

Angoisse P74

Angor K74

Procédures (P) :

Hospitalisation K67

**Episodes de soins actifs :**

Allergie à la pénicilline A12

HTA (1976- ) K86

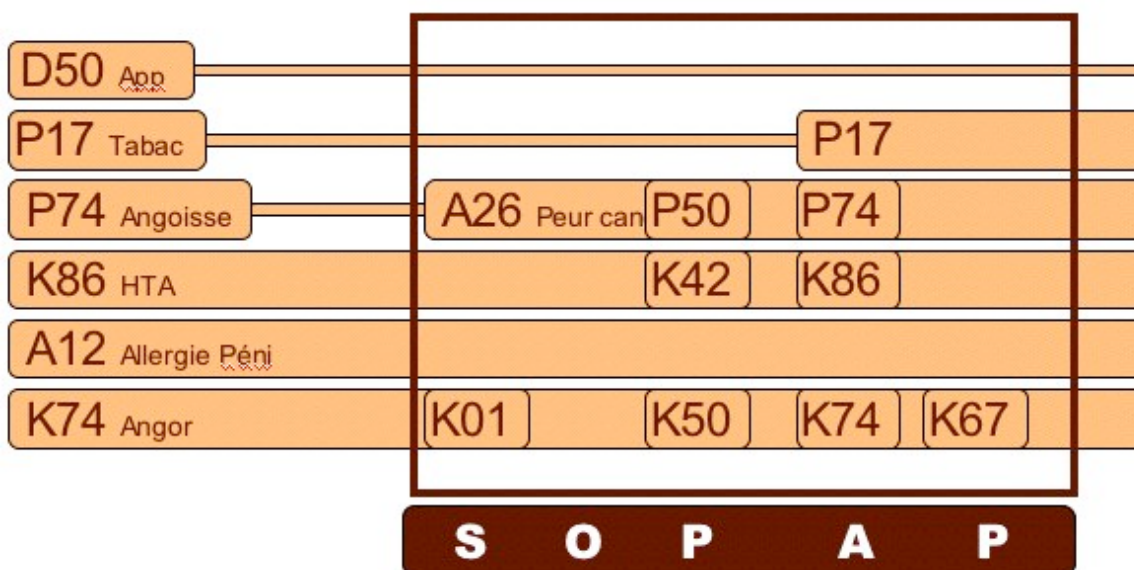
Angor (1995- ) K74

**Episodes de soins clos :**

Appendicectomie (1965) D50

Tabagisme (1965-1985) P17

**La Description de l'activité généraliste (CISP)**



Cette classification internationale des soins primaires permet ainsi de décrire de la façon la plus précise tant le travail du médecin que l'histoire du patient, au delà de la simple description des maladies et de leur traitement. Elle permet ensuite d'établir des liens, des corrélations entre les différents éléments.

La CISP est conçue pour permettre un transcodage stable vers la CIM 10. Cependant, plusieurs rubriques correspondent souvent à une seule rubrique de la CIM 10. La question du transcodage est en effet primordiale, particulièrement dans l'optique d'un partage de données dans le cadre de réseaux et/ou de filières de santé.

D'autres classifications de soins primaires ont été développées, notamment la Kasugraphie de Braun qui a été reprise en France et qui est encore utilisée par la Société Française de Médecine Générale sous le terme de « Résultats de Consultations ».

[http://omg.sfmng.org/content/dico/dico\\_avantpropos.php?sid=6f0f46197967f994a1d0348e46](http://omg.sfmng.org/content/dico/dico_avantpropos.php?sid=6f0f46197967f994a1d0348e46)

## La démarche en Médecine Générale

### *La demande du malade.*

Nous avons vu que le champ de la Médecine Générale dépasse, et de loin, la simple guérison de maladies organiques. Elle commence à l'accueil de la demande du malade, se poursuit avec son explicitation, son analyse et son écoute. Parfois, elle se poursuit avec la guérison d'une maladie avérée. Dans ce champ plus restreint qu'elle partage parfois avec la Médecine spécialisée et hospitalière, la démarche n'est pas toujours identique dans les deux cas.

Plusieurs types de démarches diagnostiques ont été décrites :

### **Le dossier d'investigation**

C'est la démarche qui est enseignée à l'hôpital. Ce n'est pas nécessairement celle qui est utilisée par les médecins hospitaliers expérimentés. Elle consiste à établir l'inventaire exhaustif de l'ensemble des éléments sémiologiques susceptibles d'amener au diagnostic. Elle possède en elle-même des vertus pédagogiques permettant pour l'étudiant de balayer à l'occasion d'un patient l'ensemble de la Médecine. Elle permet au médecin hospitalier de garantir au médecin généraliste que l'ensemble des secteurs pathologiques a été examiné. Elle particulièrement opérationnelle dans les cas rares et complexes pour lesquels on a justement le plus souvent recours à la Médecine hospitalière. Cette démarche a l'inconvénient d'une certaine lourdeur et d'un coût élevé.

### **La reconnaissance d'un archétype**

C'est, à l'inverse celle qui consiste à reconnaître du premier coup la maladie typique ou déjà connue. Elle fait appel à l'expérience et procède par analogie. C'est celle qui est utilisée par le médecin le plus expérimenté.

### **La démarche algorithmique**

C'est une méthode qui consiste à utiliser un cheminement binaire procédant par éliminations successives pour parvenir au diagnostic. C'est celle qui est utilisée dans les programmes informatiques d'aide au diagnostic.

### **La méthode hypothético-déductive**

C'est la plus fréquemment utilisée en Médecine Générale. Elle est intermédiaire entre les démarches ci-dessus. Une écoute attentive du patient permet de formuler une première hypothèse qui tient compte de l'expérience du Médecin, de sa connaissance de la prévalence des maladies dans sa clientèle et des caractéristiques propres de son patient. Cette hypothèse oriente l'examen clinique et la démarche diagnostique qui la justifient ou qui l'infirmement. Dans ce dernier cas, une autre hypothèse est soulevée, puis un autre et le Médecin généraliste aboutit en fin de consultation avec un diagnostic de probabilité plus ou moins élaboré. Elle débouche en tous cas sur un

diagnostic opératoire qui permet d'envisager les consultations suivantes, généraliste ou spécialisée.

### ***La non-demande du malade. Prévention et dépistage. Education pour la Santé***

Le recueil séméiologique lors d'une consultation de Médecine Générale peut déboucher sur des conseils d'hygiène de vie, de régime alimentaire, de stratégie préventive auxquels le patient n'était pas nécessairement préparé. La qualité de la relation qui s'est élaborée au cours d'une première consultation déterminera la force de persuasion dont le médecin généraliste pourra bénéficier ultérieurement.

## **La Médecine Générale dans le système de soins français.**

Lorsque les spécialités médicales et chirurgicales se sont développées, les médecins généralistes se sont définis en France par défaut comme « ceux qui n'avaient pas de spécialité ». Ce n'est que dans les années 70 et 80 qu'ils ont cherché à définir leur rôle et leur spécificité, essayant de transcrire en France la réflexion anglo-saxonne sur les General Practitioner, se cherchant Omnipraticiens, Médecins de famille puis Médecins Généralistes, redécouvrant les spécificités d'exercice et de compétences des médecins de premier recours régulant les filières de soins de leurs patients.

### **La réforme du «Médecin traitant»**

Les Caisses d'assurance Maladie ont toujours souhaité confier aux médecins généralistes le rôle de médecin-pivot du malade. La première réforme, basée sur le volontariat a créé les « médecins-référents » pour les malades qui le souhaitaient. En 2005, cette réforme a été remplacée par la création des médecins traitants : Chaque malade est tenu de déclarer un médecin traitant que chaque spécialiste est tenu d'informer de ses actes. L'accès aux spécialistes en dehors de l'accord du médecin traitant est pénalisé financièrement.

### **La Médecine Générale, une spécialité parmi les autres.**

La réforme de l'internat de 1982 réservait l'accès à des DES de troisième cycle de spécialités aux étudiants reçus à l'examen de l'internat. En 1985, il a été créé un troisième cycle de médecine générale de deux ans qui a été porté à 5 semestres en 1997 avec la création d'un stage obligatoire de six mois auprès d'un généraliste, puis, à trois ans en 2002 par l'adjonction d'un stage en autonomie supervisée (saspas). Enfin, en 2004, ce troisième cycle a été remplacé par un DES de médecine générale, instaurant la médecine générale comme une spécialité à part entière au même titre que les autres spécialités.

### **La Loi Bachelot «Hôpital Patients Santé et Territoires»**

Le 21 juillet 2009, la loi Bachelot donne pour la première fois une définition du rôle des « **médecins généralistes de premier recours** » :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans des établissements de santé ou médico-sociaux,
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social,
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients,
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient,
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents personnels de santé,
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage,
- Participer à la mission de service public de permanence des soins
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et de troisième cycles des études médicales

## Conclusions

L'approche clinique en Médecine Générale est beaucoup plus complexe que celle qui prévaut à l'Hôpital. En effet, la mission de l'Hôpital est clairement définie et son organisation est plus cohérente avec le rôle qui lui est dévolu dans le système de soins. L'Hôpital est une structure conçue pour accueillir les malades difficiles, et, à l'aide d'un plateau technique élaboré, d'établir le diagnostic le plus précis des maladies et d'en proposer le traitement. La Classification Internationale des Maladies est parfaitement adaptée à sa mission.

Les psychiatres ont été amenés à se doter d'une classification plus spécifique des maladies qu'ils rencontrent : le DSM IV.

De la même façon, les médecins généralistes ont été amenés à définir les spécificités de leur profession et à se doter d'outils de classification spécifiques qui, comme le DSM IV, puissent s'articuler avec la CIM-10.

Nous vivons en ce moment une période de restructuration de notre système de soins avec la loi du 13 août 2004 qui a créé officiellement en particulier la fonction de « **médecin traitant** ». Depuis le mois de juillet 2009, pour la première fois, la place du médecin généraliste a été définie en France par un texte législatif, de façon claire et précise, telle que les structures internationales de la médecine générale l'avaient elles-mêmes décrite.

La complexité de cette approche clinique fait toute la difficulté du rôle du Généraliste. Elle est à l'origine également de toute la richesse et des satisfactions qu'il en tire.

## **Bibliographie**

### **ISRAEL Lucien**

L'hystérique le sexe et le Médecin  
Masson Editeur 1989, 253 pages

### **CNGE** Ouvrage collectif

Manuel de Médecine Générale. Concepts et Pratiques  
Masson Editeur 1996, 1025 pages

### **ROMAINS Jules**

Le Docteur KNOCK ou Le Triomphe de la Médecine.  
Editions Gallimard Folio. Paris 1923

### **WINCKLER Martin**

La maladie de Sachs  
POL Editions Paris 1998

### **WONCA**

Définition Européenne de la Médecine Générale  
[http://www.mgrennes.com/article.php3?id\\_article=113](http://www.mgrennes.com/article.php3?id_article=113)

### **CISP Club**

Classifications en médecine générale :  
[http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric\\_sassel/page\\_garde.htm](http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/eric_sassel/page_garde.htm)

### **Société Française de Médecine Générale (SFMG)**

La Kasographie de Braun  
[http://omg.sfm.org/content/dico/dico\\_avantpropos.php?sid=6f0f46197967f994a1d0348e46](http://omg.sfm.org/content/dico/dico_avantpropos.php?sid=6f0f46197967f994a1d0348e46)