

# La casuistique en post-graduat de médecine générale : étude exploratoire de l'intérêt et des possibilités d'analyser son contenu

Cassian MINGUET<sup>1</sup>, Marc JAMOULLE<sup>2</sup>, Dominique PESTIAUX<sup>1</sup>, Jean-François DENEFF<sup>3</sup>, Michel ROLAND<sup>4</sup>, Pascal SEMAILLE<sup>4</sup>

**Résumé** *Contexte* : La casuistique est une activité d'enseignement et d'apprentissage basée sur des cas vécus. Elle est utilisée dans les séminaires post-gradués de médecine générale en Belgique. **Buts** : L'objectif du projet-pilote rapporté était d'analyser le contenu de la casuistique discutée en séminaire. **Méthodes** : Les résultats de 184 formulaires sont analysés selon deux typologies : la Classification internationale des soins primaires [CISP (Wonca)] et la taxonomie des difficultés en médecine générale de Beaulieu. **Résultats** : L'analyse par la CISP montre une surreprésentation des motifs de rencontre du chapitre psychologique ainsi que des diagnostics appartenant aux chapitres psychologique et social, si on les compare à une étude de relevé de fréquence des motifs de rencontres et de diagnostics des consultations de médecine générale. L'analyse selon la taxonomie de Beaulieu montre que les problèmes posés par les jeunes médecins concernent principalement la décision clinique (indications d'hospitalisation, limites des investigations) et les sentiments vécus par le jeune médecin. **Conclusions** : Malgré ses faiblesses méthodologiques, ce projet indique que la casuistique est analysable. Il permet la mise sur pied d'une étude plus large. Ce projet aborde la pédagogie des séminaires en posant la question du choix des domaines cliniques à privilégier pour la formation.

**Mot clés** Etude de cas ; taxonomie ; médecine de famille ; études post-graduées ; pédagogie.

**Abstract** *Context*: The "case discussion" is a teaching method based on discussing real-life cases that the learner has encountered. It is used in seminars for post-graduate trainees in general practice in Belgium. **Aim**: To analyze in a pilot project the cases brought by trainees to the seminars. **Methods**: 184 cases were analyzed according to the International classification for primary care [ICPC (Wonca)] and to the taxonomy of difficulties in General practice (Beaulieu et al. ). **Results**: Show an overrepresentation of both reasons for encounter of a psychological nature and of diagnoses of a psychological or social nature as compared to a survey of general practice clinics. Analysis shows that young doctors are mostly concerned by decision-making problems (e.g. when to admit to hospital? how far should one investigate?) and their own emotional experiences. **Conclusion**: In spite of its methodological weaknesses, the project indicates that "case discussion" is analysable. It allows the setting-up of a broader study. This project approaches the pedagogy of the seminars by raising the question of the choice of the clinical fields to emphasize during the formation.

**Key words** Case report; taxonomy; family practice; vocational training; pedagogy.

*Pédagogie Médicale* 2005; 160-168

1- Centre universitaire de médecine générale - Université catholique de Louvain

2- Ecole de santé publique - Université libre de Bruxelles

3- Laboratoire d'histologie - Université catholique de Louvain

4- Département universitaire de médecine générale - Université libre de Bruxelles

Correspondance : Cassian MINGUET - Centre universitaire de médecine générale - Tour Pasteur UCL 53/5360 -

Avenue E.Mounier 53 - 1200 Bruxelles - Téléphone : 0032 2 764 53 42 - mailto : Cassian.Minguet@cumg.ucl.ac.be

## Introduction

La formation spécifique post-graduée en médecine générale, telle que définie par la législation européenne, est d'une durée minimale de 3 ans ; elle est accessible après l'accomplissement et la validation préalable d'au moins six années d'études<sup>1</sup>.

En Belgique, les études médicales pré-graduées ont une durée de sept années ; les candidats qui se destinent à la médecine générale peuvent valider leur dernière année comme première année de formation spécifique, moyennant une formation théorique et des stages.

Après l'obtention de leur permis de pratique, ils effectuent des stages encadrés de médecine générale et reçoivent une formation théorique qui est ainsi définie par le législateur belge : « Durant les stages, après l'habilitation à l'exercice de la médecine, le candidat prend part à au moins 40 heures de séminaire par année, sous la direction d'un

maître de stage agréé. Il présente et discute en groupe les problèmes médicaux »<sup>2</sup>.

Ces séminaires, dont le contenu est suggéré par le législateur, sont organisés par les universités. L'Université Catholique de Louvain (UCL) encadre 13 groupes d'étudiants en formation post-graduée de médecine générale, dans le cadre de séminaires locorégionaux (SLR) répartis sur tout le territoire de la communauté française de Belgique.

Dans chaque SLR, deux maîtres de stage agréés animent et suscitent la présentation de cas. Le choix des problèmes médicaux est laissé par les animateurs à l'appréciation des jeunes médecins.

Cette activité d'enseignement et d'apprentissage qui consiste à présenter et à discuter des problèmes médicaux à partir de cas réels est dénommée en Belgique « casuistique ». On trouve la meilleure définition de ce mot dans « Le Trésor de

**Figure 1 :**  
**Formulaire de collation de données, séances de casuistique,**  
**Centre Universitaire de Médecine Générale**  
**Université Catholique de Louvain, 1999-2001**

<b>LES CIRCONSTANCES</b>	Le cadre <b>1</b>	<b>LA DÉMARCHÉ DU MÉDECIN</b>	Les éléments du dossier <b>5</b>	<b>LA DISCUSSION EN SÉMINAIRE</b>	Le cas-problème <b>7</b>
	Les antécédents connus <b>2</b>		S		discussion
	Le non-verbal <b>3</b>		O		références
<b>LE CONTACT-PATIENT</b>	La plainte <b>4</b>	P	La question du problème <b>6</b>	suivi du cas	Le problème de MG <b>8</b>
				problème	pistes de réflexion

la Langue Française » : « examen d'un cas particulier à la lumière des principes de la discipline dont il relève »<sup>3</sup>.

Cette activité d'enseignement et d'apprentissage semble pouvoir être fort utile : en demandant aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle de transformer leurs cas pratiques en problèmes de médecine générale, les séminaires sollicitent un processus cognitif de généralisation, permettant une abstraction et Bordage a bien montré que la capacité des cliniciens de transformer les données cliniques du malade en représentations mentales plus abstraites de type « axes sémantiques » est associée à une meilleure performance diagnostique<sup>4</sup>.

Pour autant, malgré cet intérêt pédagogique très probable, le contenu lui-même de la casuistique n'est pas connu. En se situant dans une perspective analytique des besoins de formation<sup>5</sup>, il nous a semblé intéressant de développer un projet-pilote de recueil et d'analyse des cas présentés par les jeunes médecins. Le but est d'étudier la possibilité d'identifier par ce moyen des sources de problèmes ou des difficultés rencontrées par ces jeunes médecins et de mettre sur pied secondairement une étude plus large.

## Matériel et méthode

### Matériel

Les séminaires de formation post-graduée de médecine générale organisés par l'UCL durant les années 1999-2001 ont servi à l'étude. Ces séminaires consistent en 17 réunions par année ; d'une durée de 3h, ils réunissent chacun de 10 à 15 jeunes médecins. Il a été demandé à chacun de ces

groupes de transcrire le ou les cas discutés à chaque réunion sur un formulaire. Ce formulaire a été créé sur base de l'expérience de l'animation des séminaires des années précédentes. Il est reproduit sur la *figure 1* et se compose de 2 parties : la première décrit le cas : circonstances (cadre, antécédents), contact-patient (le non-verbal et la plainte exprimée) et démarche du médecin (suivant le SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) de Weed<sup>6</sup>, en terminant par l'identification de la question-problème) ; la deuxième partie met en évidence la teneur de la discussion qui a suivi, permettant d'aborder durant le séminaire les difficultés rencontrées par le jeune médecin. Durant la période concernée, 442 réunions ont donc eu lieu. Les groupes étaient libres de renvoyer ou non les cas présentés en séminaire. Les formulaires étaient remplis de façon manuscrite par un des participants du groupe. Pour obtenir une bonne adhésion au projet, le formulaire était annexé à la feuille de présence des jeunes médecins au séminaire. Cette feuille de présence est une obligation administrative pour la validation du séminaire par le ministère.

### Analyse

Une recherche dans la littérature a été réalisée pour identifier des outils de classification permettant d'analyser ces formulaires. Trois outils ont été trouvés : la classification internationale des soins de santé primaire (CISP-ICPC), élaborée par le comité de classification de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca)*<sup>7,8</sup> ; une taxonomie des questions cliniques génériques proposée par Ely et *al.*<sup>9,10</sup> ; enfin la taxonomie des difficultés en médecine générale de Beaulieu et *al.*<sup>11</sup>. Nous avons retenu le premier et le troisième pour notre travail :

- la CISP est un outil de classification propre à la médecine générale. Complémentaire de la classification internationale des maladies de laquelle elle est transcodée, elle prend pour point de départ le motif de contact entre le patient et le médecin. Elle permet de catégoriser quatre éléments de la consultation : les antécédents, les motifs de rencontre, les diagnostics ou problèmes identifiés par le médecin et les procédures de soins. Elle est donc particulièrement adaptée à notre analyse puisqu'elle décrit la situation clinique de médecine générale et identifie le problème médical inhérent à la consultation. Elle a déjà été utilisée pour classer les problèmes de première ligne<sup>12,13</sup>. Une étude a montré par ailleurs

**Tableau 1 :**  
**Distribution des cas**  
**selon les groupes d'âge (Wonca)**

Groupe d'âge Wonca	Nombre de formulaires	%
Inconnu	60	34
> 65 ans	23	13
45 à 64 ans	23	13
25 à 44 ans	34	19
15 à 24 ans	13	7,5
5 à 14 ans	11	6
1 à 4 ans	9	5
< 1 an	4	2,5

une concordance inter-observateurs des diagnostics posés selon la classification CISP<sup>14</sup>.

• La taxonomie de Beaulieu et *al.* (1993) est également utile car elle propose une classification des difficultés en médecine générale identifiées par le praticien. Cette classification met en évidence les difficultés issues de la formation de base du médecin ou liées au vécu en consultation. Les auteurs signalent par ailleurs que cette taxonomie peut servir de guide pour planifier la formation.

- La taxonomie proposée par Ely et *al.* est très intéressante mais moins adaptée à notre analyse car elle classe des questions cliniques génériques plutôt que des difficultés et, dans le formulaire utilisé, ce sont les difficultés qui sont identifiées et non les questions génériques.

En utilisant les deux approches, nous poursuivions un double objectif : a) analyser la première partie des formulaires à l'aide de la CISP, de manière à avoir une vision des rubriques cliniques concernées et à la comparer aux rubriques cliniques des études épidémiologiques en médecine générale ; b) analyser la deuxième partie des formulaires à l'aide de la taxonomie de Beaulieu, afin d'identifier les difficultés de médecine générale les plus souvent rencontrées. La classification des formulaires selon la CISP a été réalisée par un des auteurs lorsque tous les formulaires ont été complétés et réunis. Cette méthode a été choisie car les médecins en séminaire ne connaissaient pas encore cette classification. La classification selon la taxonomie de Beaulieu a également été réalisée *a posteriori* par un seul codeur, sur base des difficultés relatées dans la partie du formulaire prévue pour la discussion en séminaire.

## Résultats

En tout, 184 formulaires ont été reçus. La participation suivant les groupes était fort inégale. Nous avons choisi de présenter les résultats de manière globale car notre objet n'était pas d'étudier les cas en fonction de chaque groupe mais d'étudier la possibilité et l'intérêt d'analyser les cas rapportés.

### Résultats de l'analyse de la 1ère partie du formulaire selon la CISP

#### • Population

Sur 184 formulaires reçus, 177 ont pu être analysés pour cette première partie. 7 formulaires étaient soit non pertinents soit totalement illisibles.

Lieu de contact : 25% en consultation, 25% en visite à domicile, 18 % en garde, 10 % à l'hôpital et dans 22 % des cas non précisé.

Age et sexe : femmes 46 %, hommes 35 %, inconnu dans 19 % des cas

Le *tableau 1* expose la distribution des cas par groupe d'âge, selon la typologie adoptée par la Wonca.

#### • Les antécédents

Les antécédents, ou problèmes rapportés par les médecins comme antérieurs au contact avec le patient, étaient au nombre de 228 pour 106 patients (51 ont 1 antécédent ; 16 en ont 2 ; 24 en ont 3 et 15 en ont 4 ou plus) : 28 % concernaient le chapitre P (Psychologique) ; 16 % le chapitre K (Circulatoire) ; 9 % les chapitres R (Respiratoire), T (Endocrinien) et Z (Social) ; 7 % le chapitre D (Digestif) ; 5 % dans les chapitres A (Général), L (Locomoteur), N (Neurologique) ; 2 % le chapitre X (Génital féminin) ; 1 % les chapitres F (Oeil), S (Cutané), U (Urologique), W (Grossesse) et Y (Génital féminin) ; 0,5 % le chapitre B (Sang).

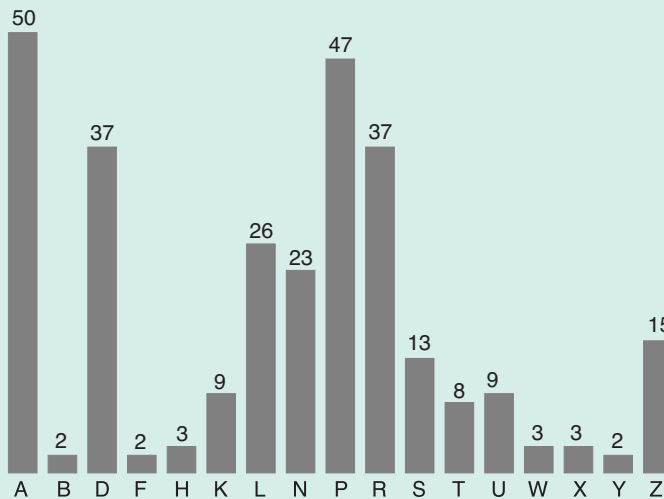
Parmi les problèmes psychologiques, nous notons des problèmes d'alcoolisme (11), d'assuétudes [dépendance à la nicotine (11), aux médicaments (6)], ainsi que 9 cas de dépression. Le chapitre Z décrit 20 problèmes sociaux ; parmi ceux-ci, nous relevons 4 problèmes de pauvreté, 3 problèmes d'agression et de violence et 3 problèmes de handicap social.

#### • Les plaintes des patients ou raisons de rencontre

Nous avons pu identifier le motif de contact ou la plainte chez 166 patients parmi les 177 cas étudiés. 11 formulaires (6 % des cas) ne contenaient pas de raison de rencontre. 82 (46 %) en contenaient une ; 53 (30 %) en contenaient 2, 23 (13 %) en contenaient 3 et 8 formulaires (4,5 %) mentionnaient 4 raisons de contact. Il y avait 50 motifs (30 % des 166 patients) classés dans le chapitre A (Général et non spécifique) et 47 (28 %) dans le chapitre P (Psychologique). Nous avons également noté 15 problèmes sociaux (Z) (9 %). L'item A04 (fatigue, malaise, asthénie) était présent 20 fois tandis que parmi les problèmes psychologiques étaient mentionnés l'anxiété (P01 et P02, 9 cas), la sensation dépressive (4 cas) et la colère/sentiment d'agression (9 cas).

La *figure 2* collige les 289 motifs de contacts pour 166 cas décrits, classés selon les chapitres de la CISP-2

**Figure 2 :**  
Répartition des 289 motifs de contacts pour 166 cas décrits,  
classés selon les chapitres de la CISP-2

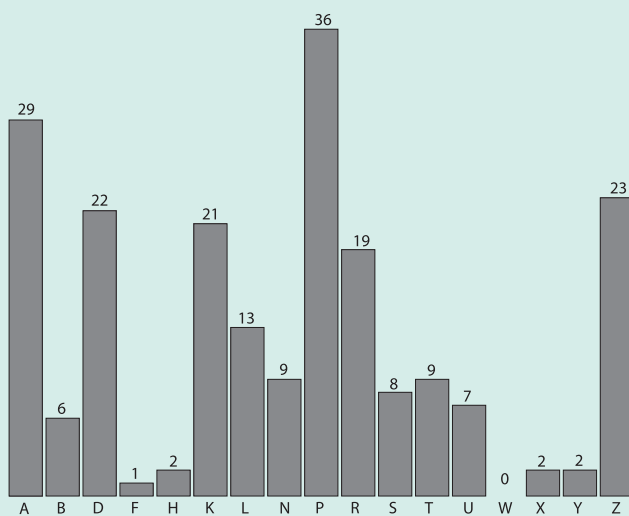


### Chapitres de la CISP

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| A. Général/non spécifique | R. Respiratoire     |
| B. Sang                   | S. Cutané           |
| D. Digestif               | T. Endocrinien      |
| F. Oeil                   | U. Urologique       |
| H. Oreille                | W. Grossesse        |
| K. Circulation            | X. Génital Féminin  |
| L. Locomoteur             | Y. Génital Masculin |
| N. Neurologique           | Z. Social           |
| P. Psychologique          |                     |

*CISP-2 : classification internationale des soins de santé primaire*

**Figure 3 :**  
Répartition des 209 diagnostics pour 166 cas décrits,  
classés selon les chapitres de la CISP-2

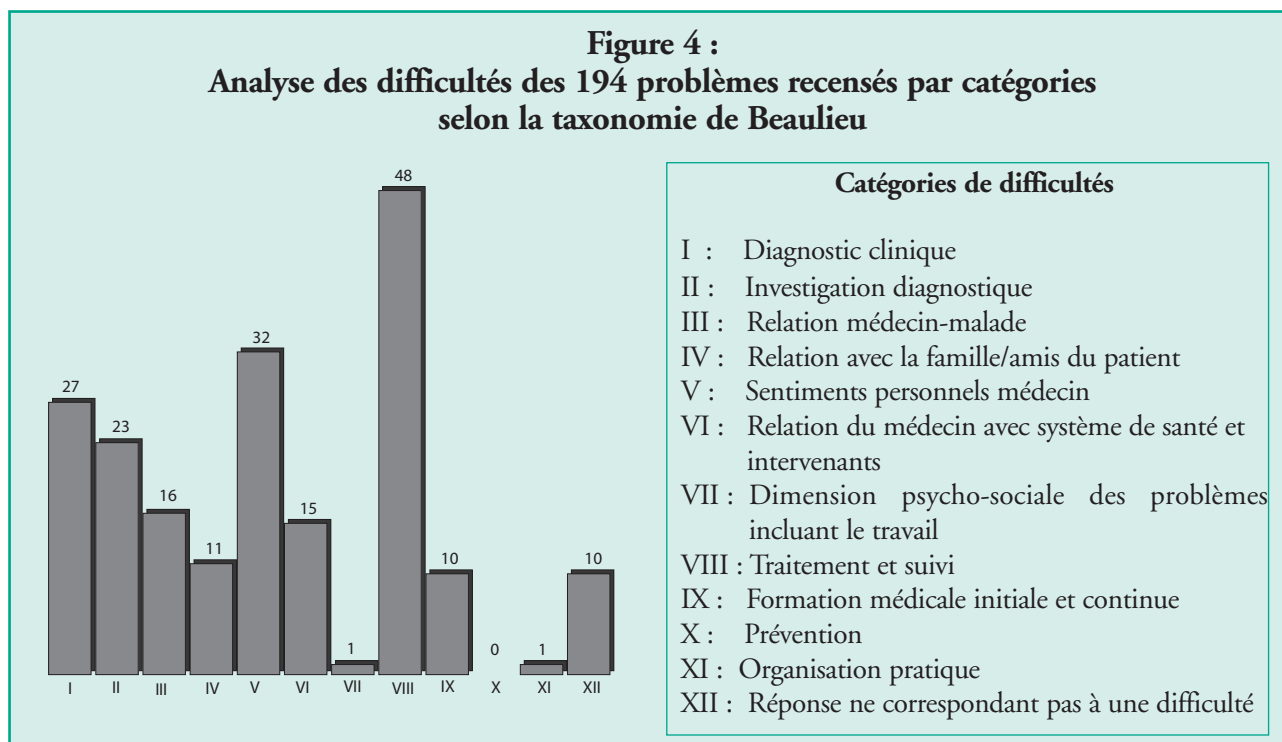


### Chapitres de la CISP

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| A. Général/non spécifique | R. Respiratoire     |
| B. Sang                   | S. Cutané           |
| D. Digestif               | T. Endocrinien      |
| F. Oeil                   | U. Urologique       |
| H. Oreille                | W. Grossesse        |
| K. Circulation            | X. Génital Féminin  |
| L. Locomoteur             | Y. Génital Masculin |
| N. Neurologique           | Z. Social           |
| P. Psychologique          |                     |

*CISP-2 : classification internationale des soins de santé primaire*

**Figure 4 :**  
**Analyse des difficultés des 194 problèmes recensés par catégories**  
**selon la taxonomie de Beaulieu**



• **Les diagnostics**

Nous avons trouvé 166 formulaires munis d'une indication diagnostique : 28 cas avaient 2 diagnostics, 5 en avaient 3 et 2 en avaient 4, soit un total de 209 diagnostics codés.

Le chapitre P reprenait d'abord des diagnostics de santé mentale, dont entre autres : 4 cas d'alcoolisme (codes P15 et P16), un cas de tabagisme (P17), 9 cas de dépendance aux médicaments (P18), 2 cas de dépendance aux drogue dure (P19), 2 déments (P70), 4 psychoses maniaco-dépressives (P73). Dans le chapitre Z, nous avons trouvé 7 fois le code Z11 (problème du fait d'être malade ou de compliance thérapeutique).

La *figure 3* collige les 209 diagnostics parmi les 166 cas décrits, classés selon les chapitres de la CISP-2

• **Les procédures après appréciation**

Les procédures et décisions ultérieures au diagnostic étaient indiquées dans 103 cas parmi les 177 recensés. Les procédures les plus fréquentes étaient : hospitalisation (Item 68 des chapitres CISP) : 69 cas ; prescription (Item 50) : 36 cas ; référence à un spécialiste (Item 67) : 16 cas ; demande de biologie (Item 34) : 11 cas ; demande d'imagerie (Item 41) : 15 cas.

*Résultats de l'analyse de la 2<sup>e</sup> partie du formulaire selon la taxonomie des difficultés en médecine générale de Beaulieu.*

• **Nombre de formulaires**

Parmi 184 formulaires, 177 ont pu être codés pour leur 2<sup>e</sup> partie ; 17 formulaires ont reçu deux codes car ils présentaient en fait deux problèmes différents. Le nombre total de problèmes codés était donc de 194.

• **Codification par catégories selon Beaulieu et al.**

En différenciant les formulaires par catégories, nous avons constaté que les problèmes de « traitement et de suivi » venaient en tête avec 48 difficultés relatées (24,7 %), suivis par les difficultés catégorisées dans les « sentiments personnels du médecin » (32 difficultés, 16,5 %) et les difficultés liées au « diagnostic clinique » (27 mentions, 13,9 %).

A l'opposé, les catégories traitant de « prévention » (0 %), d'« organisation de la pratique » (0,5 %) et de la « dimension psycho-sociale des problèmes » (0,5 %) étaient peu représentées.

La *figure 4* résume la catégorisation des difficultés selon la taxonomie de Beaulieu.

# Concepts et Innovations

Dix formulaires (5,2 %) concernaient un cas qui ne présentait pas de difficulté. Les 10 catégories de difficultés les plus fréquemment signalées dans les formulaires sont présentées sur la *tableau 2*. Certains items n'ont jamais été mentionnés : tous les items correspondant aux catégories de prévention, d'organisation pratique et d'approche psychosociale ; ceux concernant respectivement l'établissement d'une relation empathique avec le patient, les relations avec les paramédicaux, le système de soins, la formation médicale (formation inadéquate par rapport à de nouveaux traitements, à de nouvelles technologies, à des questions légales ou de littérature).

## Discussion

Ce projet-pilote présente de nombreuses faiblesses méthodologiques : le formulaire n'était pas conçu pour être analysé selon la typologie de la CISP ou selon la taxonomie de Beaulieu ; les participants aux séminaires qui ont transcrit les cas n'avaient pas été entraînés à le faire ; l'analyse a été confiée à un seul codeur ; les résultats n'analysent pas le nombre de séminaires qui ont fait l'objet d'une transcription de cas ni la variabilité des types de situations cliniques et de difficultés suivant les groupes. De plus, l'analyse de la transcription de cas en séminaire a mis en évidence les problèmes suivants : l'adhésion au projet de recherche, massive pour certains séminaires, a été médiocre pour d'autres ; certains séminaires ont rapporté la difficulté de remplir un formulaire lorsque le problème

posé est une simple question non rattachée à un cas vécu particulier ; le remplissage des formulaires a été fait de manière aléatoire et incomplète dans certains cas et enfin le remplissage manuscrit a entraîné des difficultés de lecture et de compréhension.

Toutefois, ce projet-pilote montre qu'il est possible d'analyser la casuistique et d'en tirer des informations intéressantes grâce aux deux instruments utilisés.

Par exemple, l'analyse de la première partie du formulaire selon la CISP montre une surreprésentation des motifs de rencontre du chapitre psychologique ainsi que des diagnostics appartenant aux chapitres psychologique et social, si on les compare à une étude de relevé de fréquence des motifs de rencontres et de diagnostics des consultations de médecine générale<sup>15</sup>. Autrement dit, ces jeunes médecins rapportent proportionnellement davantage de cas relevant des domaines psychologiques et sociaux que les médecins généralistes n'en voient durant leurs consultations.

Cette différence de prévalence observée entre les cas cliniques présentés en SLR et la réalité épidémiologique de la médecine générale demande évidemment à être confirmée par une étude plus précise. Cependant, il est intéressant de noter que la CISP se prête bien à cette analyse et apporte un outil de comparaison pertinent.

L'analyse de la deuxième partie du formulaire selon la taxonomie des difficultés en médecine générale permet de constater que les difficultés les plus souvent mentionnées

**Tableau 2 :**  
**« Top 10 » des difficultés analysées dans les 194 problèmes selon la classification de Beaulieu**

Difficulté de médecine générale	Catégorie	Nombre de formulaires
Indication d'hospitalisation	8	13
Décision d'investiguer : qui, quand, jusqu'où ?	2	12
Peur de rater une maladie grave	5	11
Indication et méthodes de traitement spécifique d'une maladie	8	11
Réponse générale ou opinion ne correspondant pas à une difficulté	12	10
Décision de référer un patient pour diagnostic	1	9
Non-compliance du patient au traitement et au suivi	3	8
Décision d'instaurer ou de stopper un traitement	8	7
Evaluation des symptômes (sont-ils ou non en relation avec la maladie ?)	1	6
Manque ou formation inadéquate pour un problème particulier	9	5

*Pour chaque item, la catégorie de difficulté et le nombre de formulaires sont indiqués*

sont l'indication d'hospitalisation et l'investigation/traitement de maladies. Il existe également une crainte de passer à côté d'une maladie grave. Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, notre étude permet seulement de conclure à la possibilité d'identifier des difficultés. Celles qui ont été identifiées ici ne sont pas représentatives compte tenu des faiblesses méthodologiques déjà citées. En outre, l'analyse des cas par ces deux voies est complémentaire : la CISP cerne les domaines cliniques, la taxonomie de Beaulieu *et al.* pointe les difficultés des médecins.

Le couplage des deux analyses permettrait l'identification des difficultés en fonction du domaine clinique discuté en séminaire.

Ainsi, ce projet-pilote permet de débiter une deuxième phase de recherche sur la casuistique en séminaire en identifiant des améliorations à apporter. Le formulaire de récolte des cas a été adapté. Le choix s'est porté sur une recherche-action. Ce type de recherche permet d'une part d'améliorer la connaissance et l'utilisation de la CISP par le médecin généraliste et d'autre part sensibilise l'animateur de SLR à l'intérêt d'une étude consacrée à l'enseignement qu'il délivre.

De manière plus générale, ce projet-pilote permet d'aborder la question des besoins de formation et de l'approche pédagogique des séminaires.

Un relevé de domaines et de difficultés identifiés en séminaire de casuistique au moyen des deux outils présentés ne nous donne pas d'indication sur les besoins des apprenants. Mais cette information peut être utile dans une perspective analytique de détermination des besoins en formation des formateurs, en améliorant l'habileté à l'animation des maîtres de stage responsables de ces séminaires. Dans les séminaires, dit le législateur, « le candidat présente et discute en groupe les problèmes médicaux ». Si d'autres recherches confirmaient notre analyse en constatant une différence entre les domaines abordés en séminaire et la prévalence habituelle des problèmes de santé en médecine générale, peut-être conviendrait-il d'orienter les apprentissages visés pendant les séminaires sur les domaines de pratique les plus impliquants plutôt que sur les domaines les plus prévalents ?

### **Remerciements**

*Les auteurs remercient les lecteurs-experts sollicités par le comité de rédaction de la revue pour leurs remarques éclairantes et constructives.*

*Ils remercient également les animateurs de séminaires locaux de l'UCL pour leur participation, les docteurs Guy Beuken, Fernand Bolly, Sandrine Clause, Bernard Crucifix, Philippe Dasse, Gaston Decerf, Thierry Déom, Christian Deruyck, Benoît Dufrasne, Chantal Dutronc, Jean-Marie Guiot, Marthe Guissard, Benoît Hanus, Philippe Heureux, Marc Heyde, Jean-Baptiste Lafontaine, Jules Lambert, Jean Laperche, Pierre Lecoq, Luc Lefebvre, Corine Louviaux, Pierre Meurant, Pierre Meuris, Frédéric Moulart, Jean-François Moreau, Luc Pirart, Reinelde Poelman, Guy Poncelet, Myriam Provost, Michel Vanneste, Bernard Vercruyse, Luc Vuylsteke.*

### **Contributions**

Cassian Minguet a participé à la conception du travail, au recueil, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Marc Jamoulle a participé au recueil, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Dominique Pestiaux a participé à la conception du travail, à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Jean-François Deneff a apporté une contribution fondamentale à l'orientation pédagogique du manuscrit. Michel Roland et Pascal Semaille ont contribué à la révision des versions successives du manuscrit.



## Références

1. Directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001.
2. Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, 3 mai 1999, *Moniteur Belge* du 08.07.1999.
- 3 Foulq. St-Jean (d'après) 1962, cité in : *Trésor de la Langue Française Informatisé [On-line]*. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr>
4. Bordage G, Lemieux M. Semantic structures and diagnostic thinking of experts and novices. *Acad Med* 1991 ; 66 : S70-2.
5. Jouquan J. La problématique de l'analyse des besoins de formation. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 133-135.
6. Weed LL. *Medical records, medical education and patient care*. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.
7. Jamoule M, Roland M, Humbert J, Brûlet JF. *Traitement de l'information médicale par la Classification Internationale des Soins Primaires 2ème version (CISP-2), assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité International de Classification de la Wonca*. Care Edition, Bruxelles 2000.
8. Okkes IM, Jamoule M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000 ; 17 : 101-106.
9. Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, Evans ER. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ* 1999 ; 319 : 358-361.
10. Ely JW, Osheroff JA, Gorman PN, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, et al.. A taxonomy of generic clinical questions: classification study. *BMJ* 2000 ; 321: 429-432.
11. Beaulieu MD, Leclère H, Bordage G. Taxonomy of Difficulties in General Practice. *Can Fam Physician* 1993 ; 39 : 1369-1375.
12. Pult L, Borst F, Sztajzel J, Ruiz J, Scherrer JR, Stadler H. Comment classifier les patients en médecine de premier recours ? *Médecine et Hygiène* 1999 ; 57 : 1799-1804.
13. Humbert J. L'urgence au quotidien en médecine de famille, étude descriptive à l'aide de la CISP. *La revue du praticien. Médecine Générale*. 1999 ; 13 : 1152-1158.
14. Emond JG, Cauchon M, Ouellet J, Beaulieu MD, Brailovsky C, Leduc Y. Concordance inter-observateurs des diagnostics posés selon la classification CISP. A l'aide de situations cliniques réelles en médecine familiale. *Le Médecin de Famille Canadien* 1998 ; 44 : 2128-2133.
15. Bartholomeeusen S, Truyers C, Buntinx F. *Ziekten in de huisartspraktijk in vlanderen*. Leuven: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, 2004.

Manuscrit reçu le 17 novembre 2004 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 25 janvier 2005 ; accepté pour publication le 19 mai 2005.