

RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE
sur la PRISE en CHARGE
du MALADE en MEDECINE GENERALE : PREMIER BILAN

RAPPORT INTRODUCTIF - Bernard VINCENT (NANTES)

Conduite depuis le 1er Janvier 1983 par une équipe de médecins généralistes, pour la plupart de la Région des Pays de la Loire, sous la responsabilité de la Société Française de Médecine Générale, cette recherche doit s'étaler jusqu'au 1er Janvier 1987.

Il ne s'agit donc pas aujourd'hui d'en établir le bilan définitif, mais de présenter à la communauté scientifique, à la fois les objectifs et la méthodologie de notre recherche, et à la fois les résultats que nous pouvons en escompter dès les premières " mises à plat ".

ETAT de la QUESTION

Depuis plusieurs années les études épidémiologiques se multiplient : elles ont toutes l'ambition, soit d'analyser les problèmes socioéconomiques que la santé pose à la collectivité, soit d'analyser la morbidité à l'échelle de la population et de tenter de mettre en évidence des facteurs étiologiques ou, à défaut, les facteurs de risque sur lesquels une vraie prévention pourrait agir.

Or, s'il est relativement facile d'étudier la morbidité dite majeure, soit à partir de l'analyse des causes de décès, soit à partir du relevé des conclusions d'hospitalisation, il est beaucoup plus hasardeux d'étudier la morbidité en pratique extra-hospitalière, à fortiori la morbidité de première ligne qui concerne le généraliste.

1. - Parmi les études françaises consacrées à la morbidité de première ligne, nous évoquerons spécialement :

- L'enquête INSERM 75 (6) : établie sur un échantillonnage représentatif de médecins, elle regroupe en fait spécialistes libéraux et généralistes ; il s'agit d'une enquête qui utilise la Classification Internationale des Maladies, 8e révision, (C.I.M.8) et regroupe donc la morbidité en grands chapitres ; son analyse

porte principalement sur la pratique des médecins libéraux et accessoirement sur la morbidité.

- De même les sondages répétés de l'I.D.R.E.M.-D.O.R.E.M.A. (11) sont descriptifs d'une morbidité codée selon le C.I.M.8 puis 9, et il s'agit d'enquêtes transversales.
- Une enquête conduite en 1980 par le CREDOC (5) s'attache davantage aux conduites thérapeutiques des médecins libéraux ; enquête représentative et transversale, elle décrit l'activité du praticien libéral, mais s'intéresse accessoirement à la morbidité.
- De même un travail, conduit au CEREBE par LETOURMY (10) depuis 1975, procède à une analyse très approfondie des comportements professionnels des médecins généralistes, mais n'analyse la morbidité que dans un pré-rapport descriptif (1977).
- Depuis deux ans des études régionales de morbidité (recensées par J. CHAPERON - 4) ont été conduites, par exemple l'enquête NOR-FORMED 82, l'enquête PARIS-SUD, l'enquête ILE-et-VILAINE 80/81, l'enquête AQUITAINE 80/83 (15). Toutes ces enquêtes ont comme particularité d'avoir été organisées par un Médecin Epidémiologiste à partir de la pratique de généralistes volontaires, et dans toutes ces enquêtes, comme le souligne J. CHAPERON, " il existe une difficulté méthodologique, de l'analyse des motifs de consultation ", ce qui rend impossible " d'analyser les liens entre les symptômes et le diagnostic ".

En outre dans tous ces travaux, les généralistes ont été utilisés comme matériel d'observation et n'ont jamais ni réalisé les protocoles, ni collaboré à l'exploitation des informations recueillies. C'est ce qui, à notre sens, rend ces enquêtes trop approximatives pour l'étude de la morbidité en médecine générale.

- Mais nous ne voudrions pas clore ce chapitre sur la littérature publiée en France sans évoquer l'important travail réalisé par AIACH pour l'INSERM en 1982 (1), travail qui pour la première fois se penche sur l'étude des symptômes morbides avant tout recours médical : nous y reviendrons.

2. - Les études étrangères publiées sur ce sujet sont également nombreuses. Beaucoup d'entre elles, conduites par des généralistes, qui dans la plupart des pays anglo-saxons, ont un statut reconnu d'universitaire et de chercheur, se contentent là aussi d'une analyse de la pratique et de la morbidité des " soins primaires ". Toutes tentant de mettre au point un langage commun pour la codification des diagnostics.

Citons à ce sujet l'important travail réalisé par la WONCA pour tester dans 10 pays, pour la plupart anglophones, d'abord la classification " reasons for encounter " (RFE), puis la classification " International Classification for Health Problems in Primary Care " (ICHPPC). Ces tests sont rapportés par LAMBERTS, MEADS et WOOD dans plusieurs publications du WONCA-NEWS en 1984 (7-12).

C'est d'ailleurs à ce sujet aussi que H. LAMBERT (8) a conduit pendant 2 ans à MAESTRICH (Hollande) une très importante étude regroupant 12 généralistes qui ont suivi pendant 2 ans tous leurs malades : il totalise ainsi plus de 150.000 consultations mais malheureusement les items retenus limitent encore les croisements statistiques capables d'avancer dans la compréhension de la stratégie de la prise en charge du malade. A côté de ces travaux anglo-saxons, il faut souligner l'importance du travail mené par R. BRAUN (3) en Autriche. Depuis plus de 30 ans, ce généraliste a accumulé les informations sur sa pratique et a pu ainsi, non seulement détailler les différents facteurs étiologiques qui interviennent dans la prise en charge de la morbidité du généraliste, et ainsi mettre au point une méthodologie de recueil des données épidémiologiques en médecine générale, mais aussi établir un code des résultats de consultations en médecine générale tenant compte de ce qu'il appelle les 4 positions diagnostiques.

Pour BRAUN en effet la notion de diagnostic est un leurre : plus précisément il estime qu'aucune étape de l'approfondissement du diagnostic n'est définitive... si ce n'est lors de l'autopsie ! Ce paradoxe qui conduirait le médecin à pousser à l'ultime sa démarche diagnostique au détriment de tout traitement, ce paradoxe ne peut être évacué que par la prise en considération de différents niveaux d'élaboration diagnostique; chacun de ces niveaux est d'égale valeur du point de vue de la fonction stratégique; c'est ainsi que le niveau du " symptôme ", même uniquement fonctionnel, a valeur objective, même si ce niveau peut évoluer

ultérieurement vers le niveau du " syndrome ", ou vers celui du " tableau de maladie ", tableau qui suppose seulement l'absence de validation bactériologique ou histologique, validation qui conduit à la 4e position diagnostique : celle du " diagnostic certifié ".

Or BRAUN demande au médecin d'évaluer son résultat de consultation aussi objectivement que possible, en se bornant à ce qu'il a constaté sans s'appuyer sur des supputations illusoires : c'est à ses yeux la condition indispensable à tout travail de confrontation épidémiologique. Il constate dès lors que la Classification Internationale des Maladies (9e révision - 1975) est inutilisable en pratique de généraliste car celui-ci part d'une classification de maladies bien définies issues d'analyses hospitalières et différenciée pour atteindre le flou de la pratique du médecin de la 1ère ligne, alors que pour le généraliste la démarche est inverse. BRAUN a donc établi son propre code des résultats de consultation qui aussi bien ne tient compte que des 400 cas les plus fréquemment rencontrés en pratique courante : ce code est d'ailleurs en constante révision. C'est à partir de ces réflexions que des études ont été conduites en particulier par ASHLEY - M. AITKEN et BRAUN (2) et par CLARKE MUNRO (14) en Australie. C'est sur cette base que nous avons construit notre recherche.

3. - Les recherches méthodologiques conduites à la Société Française de Médecine Générale dont rend compte de rapport SFMG-INSERM sur les " Conditions Spécifiques de la Recherche en Médecine Générale " (1979) ont fourni les bases à l'organisation générale de notre projet.

OBJECTIFS de la RECHERCHE

1. - Notre recherche partait donc d'un double constat :
 - a - L'étude de la morbidité en médecine générale, à partir du moment où l'on souhaite dépasser le simple constat descriptif pour atteindre une analyse étiologique, doit tenir compte de la dimension temporo-spatiale de cette morbidité : la maladie, ou plutôt le malade, ne se présente pas isolée, mais au contraire inclus dans tout un environnement sociologique : la

maladie n'est plus saisie comme un instantané mais comme le long déroulement d'un film à épisodes.

- b - La morbidité ne peut plus dès lors être isolée de son observateur, le médecin, mais elle se transforme en fonction du couple formé entre le médecin et le malade. Les études antérieures épidémiologiques se consacrant, soit à la maladie achevée, comme sont toutes les études de morbidité hospitalières, mais se désintéressent de la pré-histoire de la maladie, soit à l'étude du comportement du généraliste et négligent le malade ou considère comme négligeable son impact sur le comportement du médecin.

Notre projet initial de travail s'intitulait " Recherche Epidémiologique et Epistémologique sur la Prise en Charge du Malade en Médecine Générale ", spécifiant ainsi que notre démarche ne pouvait dissocier le malade du médecin.

2. - Notre premier objectif se voulait essentiellement analytique. Il s'agissait pour nous de recueillir toutes les informations qu'un généraliste pouvait avoir à connaître pour la prise en charge de son malade. Une fois ces informations recueillies il nous appartiendrait d'en étudier l'utilisation par le généraliste et leur impact sur l'évolution des différents problèmes morbides qu'il avait à traiter. Ce recueil d'informations s'avère aujourd'hui, après 18 mois de travail, tellement fructueux, que d'autres possibilités se dessinent.
3. - Les nouveaux objectifs de notre travail se précisent au fur et à mesure que les informations s'accumulent, car les exploitations statistiques sont innombrables :
- a - L'étude de la morbidité en médecine générale, de ses facteurs étiologiques, de son devenir, cette étude reste à faire. Si l'on songe que pour n'importe quel problème morbide le recours à la prise en charge hospitalière n'intervient que dans 5 à 10 % des cas, et que par ailleurs, comme le démontre AIACH dans une étude INSERM 82, pour tout symptôme morbide ressenti le recours au médecin généraliste n'intervient que dans moins de 15 % des cas, on délimite un champ de morbidité jusqu'ici inexploré où le généraliste intervient et dont il maîtrise peu ou prou l'évolution. C'est notre objectif que de participer à son étude.

- b - Cette caractérisation conduit entre autre à élaborer des protocoles expérimentaux de thérapeutique en phase IV qui soient pertinents à la pratique du généraliste. En effet toute étude qui ne tiendrait pas compte des caractéristiques épidémiologiques de la morbidité prétendue traitée en pratique ambulatoire, une telle étude introduirait tant de biais que ses résultats en seraient ipsofacto falsifiés.
- c - Suivre un symptôme dans le temps à travers la prise en charge par le généraliste et selon les différentes modalités de prise en charge, étudier les résultats statistiques de ces conduites diverses, cette étude permet de définir des types de prise en charge et partant une véritable pédagogie de la médecine générale.
- d - de multiples travaux peuvent être conduits dans une orientation sociologique à partir de notre recueil d'informations. Par exemple, il est possible d'étudier comment évolue une " clientèle " de généraliste ; ou encore la circulation de l'information entre le malade et le médecin.

En fait nous avons conscience d'avoir construit un outil capable de s'adapter ultérieurement à des problèmes divers. Mais il nous faut maintenant parler de cet outil..

METHODOLOGIE de la RECHERCHE

1. - En raison de l'objectif premier que nous nous étions fixé, il était indispensable que les médecins généralistes destinés à être à la fois observateurs et observés, soient également les concepteurs, les gestionnaires et les producteurs ultimes de cette recherche. Une telle étude ne pouvait pas être conçue par un chercheur qui ignorait les problèmes posés, comme universitaire, un épidémiologiste ou un hospitalier. Néanmoins ce constat ne nous dispensait pas, au contraire, de nous appuyer sur le savoir des spécialistes en épidémiologie ou en sociologie.

Tout au long de ce travail l'étude bibliographique a été un souci constant. De plus nous avons bénéficié des conseils hautement qualifiés et jamais ménagés de M. le Pr J.P. LEMORT, chargé de cours d'informatique, de statistiques et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de NANTES. Par ailleurs nous avons très tôt souhaité collaborer avec une équipe de sociologues car

eux seuls pouvaient à la fois nous renvoyer une image de nous-mêmes capable de moduler nos hypothèses de travail et à la fois nous aider à percevoir des corrélations possibles dans notre recherche. M. A. LEPAGE et CRINE de la CO. SOREF nous ont apporté leur soutien et nous souhaitons qu'ils puissent le développer.

Quoiqu'il en soit, cette recherche a été élaborée et reste conduite par une équipe de généralistes : c'est une de ses originalités.

2. - Initialement 4 médecins généralistes de la région nantaise, A. DELELIS-FANIEN, A. GERNIGON, G. MERY et B. VINCENT ont commencé en Octobre 1981 à analyser dans leur pratique les éléments qui pouvaient faire l'objet d'une étude. Pendant deux séquences de recueil de données ils ont mis à jour, à la fois le champ de la recherche ultérieure et les modalités du recueil des informations. Après 6 mois de pré-enquête, une fiche d'observation fut construite et testée.

Par ailleurs des contacts ont été pris avec J.P. LEMORT qui a aidé l'équipe initiale à clarifier la fiche d'observation pour qu'elle puisse être traduite en langage informatique.

Un projet de recherche fut alors élaboré. A l'occasion d'un séminaire organisé par la S.F.M.G. sur la recherche et l'enseignement en médecine générale, le protocole de recherche fut critiqué en particulier grâce aux conseils de O. ROSOWSKY, Président Délégué à la Recherche de la S.F.M.G. et de J. de COULIBOEUF, Président d'Honneur de la Société. Certains participants à ce séminaire se sont par ailleurs déclarés volontaires pour collaborer à ce travail : A. M. CHESNEAU, B. DEGORNET, J. FOEX, G. CALIMBERTI et P. MICHAUT.

Un appel fut lancé dans la région nantaise pour intéresser d'autres généralistes et se sont alors joints à nous B. et D. ALBERT, P. LOURY, D. TESSON, D. THOMAS, R. SENAND, D. PAUL et A. VINCENT.

Un projet de convention fut alors discuté pendant l'été 1982 avec la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire et signé à l'automne.

Un nouveau séminaire d'initiation au travail de recherche regroupa à NANTES, à la Toussaint 1982, les différents médecins généralistes. Le protocole y fut étudié, perfectionné et l'apprentissage du code commença.

Une nouvelle séance de travail réunit le samedi 4 Décembre 83 certains autres membres de l'équipe qui n'avaient pas pu participer au séminaire de la Toussaint.

Le souci constant était en effet que le groupe des médecins généralistes soit cohérent et en plein accord pour la rédaction des fiches d'observation.

3. - Nous avons choisi de suivre pendant 4 années successives, chacun d'entre nous, 100 de nos patients tirés au hasard. Il nous avait paru en effet indispensable que notre observation s'étende sur plusieurs années pour que ses enseignements soient intéressants.

Nous nous étions arrêtés au nombre de 100 patients par médecins, nombre relativement peu important pour ne pas trop accroître notre temps de travail, mais relativement important pour fournir des résultats statistiquement exploitables. Ces 100 patients furent tirés au hasard, à partir de tables des nombres aléatoires fournies par J.P.LEMORT. L'enquête commença le 1er Janvier 1983 et s'étendra donc jusqu'au 31 Décembre 1986. En raison d'une épidémie de grippe qui sévit au premier trimestre 1983, la demande médicale fut importante et tous les malades furent inclus dans les 3 premiers mois.*

4. - Lors de l'inclusion dans l'enquête, le médecin ouvrait un dossier enquête pour son malade et portait sur la première page tous les renseignements capables de le repérer sociologiquement.

- a - Nous avons utilisé pour la profession la classification la plus fouillée de l'INSEE en 31 catégories, en y adjoignant une codification précisant l'activité par rapport à la profession (en activité, chômeur, retraité, enfant non scolarisé, etc...).
- b - Nous avons souhaité obtenir une évaluation sur l'habitat du malade observé, tel qu'il est perçu par le médecin-traitant.
- c - L'importance que le généraliste apporte à la connaissance du milieu familial de son malade nous a conduit à développer l'analyse des antécédents relationnels avec le malade et sa famille.

* Nous garderons en mémoire la possibilité d'un biais ainsi introduit dans la fraction des populations ainsi définies.

- d - Un commentaire libre nous a semblé indispensable pour mieux caractériser les problèmes que le généraliste se pose au sujet de son patient.
- e - Le dossier ouvert comporte toute une série de codifications possibles qui se rapportent aux différents problèmes morbides de la famille que le médecin a eu l'occasion de prendre en charge tout au long des 4 années de recueil d'information, de même au verso du dossier sont codés les événements survenus dans la vie sociale ou familiale du malade.

5. - A chaque contact avec le malade inclus dans l'enquête une fiche d'observation est remplie. Cette fiche comporte 14 baquets :

- bac 11 a - Un numéro permettant de retrouver le malade tout en respectant le plus strict anonymat.
- bac 12 b - Une codification précisant les modalités du contact : consultation, visite, contact à l'hôpital ou en clinique, contact par téléphone, par lettre ou d'autre manière.
- c - La date du contact est précisée.
- bac 13 d - Ensuite 5 lignes horizontales sont prévues pour analyser les différents problèmes posés au médecin à l'occasion du contact.
- bac 14 e - Est d'abord codé le problème médical posé au médecin suivant un code construit lors du travail de pré-enquête. Ce code précise d'abord s'il s'agit d'un problème nouveau, d'un problème suivi, d'un problème ancien mais non suivi, de la surveillance d'un organe ou d'une fonction présumée saine, d'un acte technique, d'un renseignement, d'une découverte inopinée, d'une situation d'urgence, etc... Puis le code désigne, par catégorie de la pathologie, le problème posé.
- bac 15 f - Le médecin précise ensuite à quelle position diagnostique il parvient en fin d'examen : symptôme, syndrome, tableau de maladie, diagnostic certifié, voire aucun élément nouveau.
- bac 16 g - Est évalué ensuite le pronostic; favorable, incertain ou défavorable, ou même guérison.
- bac 17 h - La prise en charge thérapeutique peut être diverse : acte technique, traitement symptomatique, traitement d'épreuve, traitement à visée étiologique, mise en attente.
- bac 17 i - Les décisions prises ultérieurement sont notées : un nouveau contact avec le malade a-t-il été prévu et dans quel délai ? un examen complémentaire est-il demandé ? ou un avis spécia-

23b

23a

FIN D'OBSERVATION 23

en clair

23c

23d1

23d2

L'association des bacs 15 et 18 représente, dans notre processus de relevé des données sur la prise en charge, la classification des résultats de consultation en médecine générale selon la nomenclature de R. N. BRAUN.

11

12

jour mois an
date

FICHE INTERCALAIRE

13

14

15

16

1 2 3 4 5

17

1 2 3 4 5

18

a									
b									
c									
d									
e									

19

[]

20

[]

21a

[]

21b

[]

22

[]

lisé ? une hospitalisation est-elle prescrite, à l'hôpital ou en clinique, d'urgence ou non ? un arrêt de travail et pour quelle durée ?

bac 18 j - Le résultat de la consultation est enfin noté pour chacun des problèmes, selon le code établi par BRAUN, auquel a été adjoint, pour tout ce qui relève des problèmes psycho-sociaux un code tiré d'I.C.H.P.P.C. de la WONCA.

bac 19 k - Le médecin évalue son contact comme prise en charge psycho-
 bac 20 thérapeutique et comme prise en charge sociale ; il estime
 bac 21 également la valeur préventive de son acte. Enfin il note
 bac 22 le sentiment ressenti par lui au cours de ce contact :
 " positif ", " neutre ", " négatif " ou " ambivalent ".

6. - Lorsque l'observation du malade par le médecin cesse, une fiche de fin d'observation est remplie. Elle précise les raisons de la cessation de l'observation et la qualité de la relation résiduelle avec le malade et avec sa famille.

DISCUSSION de la METHODOLOGIE

Plusieurs problèmes sont soulevés par ces choix méthodologiques.

1. - Si l'on se réfère aux questions posées par CHAPERON concernant l'ambiguïté des " motifs de consultation ", on constate que notre méthodologie accentue apparemment cette ambiguïté. En effet, loin de préciser la demande du malade, à l'état brut, nous avons choisi de partir du problème médical posé par le malade. Cela signifie que la demande du malade sera très médicalisée. A l'inverse, en fin de consultation, le médecin retiendra non plus un diagnostic, au sens universitaire du terme, mais un résultat de consultation qui pourra être très éloigné de la nosologie médicale.

Prenons l'exemple du malade qui vient consulter pour une douleur thoracique. Le " motif de consultation " pourrait être codé " oppression thoracique ", " douleur précordiale " ou " gêne respiratoire ". Pour nous le problème à coder sera " angor ", car c'est, de fait, la question que se pose le médecin.

Par contre si à l'issue de l'examen, tout vient infirmer cette hypothèse, si la seule constatation objective retenue est une douleur vaguement musculaire chez un malade anxieux qui a de

graves soucis professionnels, les seuls résultats de consultation certains que l'on puisse coder sont " myalgie " et " problèmes professionnels " même si par souci de précision le médecin demande un E.C.G.

Par ce choix méthodologique apparemment paradoxal (partir d'un problème déjà " médicalisé ", par l'observateur pour aboutir à un résultat peut-être moins précis), nous prétendons reproduire la démarche réelle du médecin généraliste, à la fois formé à entendre les plaintes de son malade à travers une grille explicative tirée de la pathologie, et à la fois habitué par expérience à n'extraire de son examen que très rarement des éléments capables de corroborer ses hypothèses.

C'est pour coller à cette réalité que nous avons fait ce choix drastique.

2. - Les résultats que notre équipe de médecins généralistes peut recueillir sont-ils généralisables ? Notre groupe est-il représentatif géographiquement et sociologiquement de l'ensemble des généralistes français ?

a - En raison du mode de recrutement des médecins observateurs le groupe ne présente pas de représentativité géographique.

- 6 médecins exercent à NANTES
- 4 autres exercent hors de NANTES, en Loire-Atlantique
- 2 autres exercent hors de Loire-Atlantique, dans les Pays de Loire
- 3 médecins exercent dans la Banlieue Parisienne
- 1 médecin exerce dans l'Ain
- 1 dernier en Saône-et-Loire

Rappelons néanmoins qu'il s'agit initialement d'un travail élaboré en accord avec la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire. Nous pensons aussi bien qu'il serait intéressant de l'étendre sur le plan national et pour sa part la S.F.M.G. est disposée à collaborer à la constitution d'un réseau de médecins généralistes observateurs distribués selon des critères de représentativité géographique.

Rappelons en outre que l'étude de morbidité la plus approfondie, celle de LAMBERTS, regroupe 12 généralistes d'une seule région des PAYS-BAS.

- b - La représentativité sociologique des médecins de l'enquête a été regroupée dans le tableau n° 1. Pour l'évaluer, la seule source que nous ayons pu consulter a été fournie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : il s'agit de renseignements démographiques arrêtés au 18.1.84 qui concerne exclusivement l'âge et le sexe des médecins libéraux installés, sans que soit différenciée leur activité d'omnipraticien ou de spécialiste.

Les différences observées sur les tableaux n° 2 et n° 3 soulignent peut être seulement cette absence de différenciation. Nous n'avons pas pu à ce jour recueillir d'information sur le mode d'activité des généralistes : isolés, en association ou en groupe ; sur leur activité libérale exclusive ou mixte ; sur leur formation de type " Balint " ; sur la densité et l'activité moyenne des médecins, etc...

- c - Même si le réseau des médecins généralistes observateurs pouvait être étendu selon des critères de représentativité géographique ou sociologique, il est bien certain qu'une étude aussi lourde ne pourrait être conduite que par des médecins volontaires formant une équipe parfaitement soudée.

Nous savons bien les énormes biais qu'une étude multicentrique peut introduire dans les résultats publiés ; l'évaluation clinique peut différer d'un médecin à l'autre, le vocabulaire utilisé pour la dénommer peut aussi différer, la codification enfin manifeste alors souvent des distorsions importantes.

C'est pourquoi à nos yeux une étude multicentrique doit mettre l'accent sur la cohésion de l'équipe de chercheurs. Pour notre part, et nous l'avons signalé, avant même le lancement du travail 3 séminaires avaient déjà regroupé les chercheurs dans le but d'apprendre le langage commun. Depuis le lancement de l'enquête, toutes les fiches remplies sont d'abord adressées à B. VINCENT qui les comptabilise, vérifie s'il y a un oubli dans le codage, analyse la cohérence du codage, le cas échéant retourne la fiche au médecin avec demande d'explications ou critiques. Des lettres circulaires sont adressées environ tous les 2 mois pour faire le point du travail effectué et analyser les difficultés du codage, en proposant des aménagements. De plus, depuis le lancement de l'enquête, l'équipe s'est réunie 4 fois au complet à l'occasion d'un séminaire d'un week-end de travail ; en outre les 10 médecins les plus proches se sont retrouvés 3 fois au 1er semestre 84.

TABLEAU n° 1

de l'ENQUETE

N° d' Ordre	Sexe	Année Thèse	Année Insta.	Age 1983	Isolé Assoc. Groupe	Libéral Mixte	Balint	Nbre Hbts *	Nbre Fiches **
02	M	77	77	32	G	L	0	16 688	886
03	M	75	76	37	G	M	0	141 493	782
04	M	79	81	29	I	L	0	7 411	710
05	F	77	81	32	A	L	0	368 051 ***	678
07	M	77	77	36	A	L	0	368 051	161
08	M	80	81	29	I	L	0	14 117	882
09	M	67	67	37	G	L	0	12 341	102
10	M	60	61	54	A	L	0	368 051	963
11	M	49	49	61	I	L	0	4 783	1 566
12	M	70	71	40	A	L	B	14 419	846
13	M	61	62	53	I	L	0	25 827	773
14	M	57	57	54	A	L	B	368 051	1 097
15	F	59	60	50	A	M	B	368 051	665
16	M	57	57	54	I	L	B	368 051	909
17	F	75	75	38	A	L	0	2 638	558

* Nombre d'habitants - source : statistiques du C.N.O.M. au 18.01.84

** Nombre de fiches d'observations remplies au 30.06.84 (les médecins 07 § 09 se sont retirés de l'enquête avec l'accord du groupe)

*** Agglomération nantaise : Nantes, St Sébastine, Rezé, St Herblain, Orvault.

TABLEAU n° 2

REPARTITION des MEDECINS par SEXE

	% Hommes	% Femmes
Enquête Nantes	82,4	17,6
CNOM tout Médecin	75,7	24,3

TABLEAU n° 3

REPARTITION des MEDECINS par AGE

	< 30 ans	30 à 34	35 à 59	60 à 64	65 à 69	> 69
Enquête Nantes	13,3	20,0	60,0	6,7	0	0
CNOM 82 Tout Médecin	3,5	23,7	62,3	6,4	2	2

Ce souci de cohésion, indispensable pour accroître la crédibilité des résultats obtenus, a conduit en outre l'équipe :

- à mettre à jour le code des " problèmes posés " au médecin. Ce travail a été réalisé par R. SENAND fin 1983.
- à clarifier, préciser, augmenter le code des résultats de consultation. Ce code, initialement tiré des travaux de BRAUN présentait des imprécisions linguistiques qu'une équipe parisienne de la S.F.M.G. animée par O. ROSOWSKY a pu corriger en accord avec l'équipe autrichienne ; les définitions ont également été précisées pour inclure un lexique au code des résultats de consultation ; enfin tout résultat de consultation non codé dans le code initial était relevé par B. VINCENT et a été ajouté si sa fréquence était au moins égal à 3 %. Un code plus complet est utilisé depuis le 1er Octobre 1984.

Ce même souci de rigueur a conduit également l'équipe à décharger 2 médecins du groupe de tout travail commun : il était apparu en effet que le retard qu'ils mettaient à remplir leurs fiches d'observation était tel qu'il pouvait en déformer le sens.

Il est donc bien évident que si la rigueur de l'observation, indispensable pour une étude multicentrique qui s'étale sur 4 ans, si cette rigueur implique la cohésion, cette cohésion implique le volontariat. Et il est bien certain que le volontariat, en sélectionnant les médecins, introduit un biais dans la représentativité des observateurs. Mais nous pensons que ce biais existe d'une façon ou d'une autre dans toute recherche épidémiologique quelque'elle soit. Et l'important est de le savoir pour l'exploitation des résultats.

CRITERES de FIABILITE

Pour évaluer la fiabilité de notre recueil de données, nous disposons de 3 tests :

- a - Lors de la vérification des fiches par B. VINCENT, celui-ci relève :
 - d'une part tous les résultats de consultation codés 500, c'est à-dire ceux qui n'ont pas été dénombrés par BRAUN. Parmi les 400 résultats les plus fréquents en médecine générale : au 30 Juin 1984, il en a dénombré 385 dont certains ont fait l'objet d'un additif à la classification.

- d'autre part les rectifications proposées pour le codage se montaient à 6,5 % des fiches ; les fiches retournées pour oubli de codification représentaient 3,9 % du total ; enfin les fiches annulées 0,2 %.
- à l'occasion de la vérification, B. VINCENT trouvait donc 11 % d'erreurs qui ont toutes été rectifiées.
- b - A la lecture du code des résultats de consultation, D. THOMAS s'est aperçu en Mai 1984 que le code 074 correspondait aussi bien à "épithéliomas autres que cutanés " et à " dermatomycoses diverses ". Nous avons donc demandé à J.P. LEMORT de sortir toutes les observations 074 : elles étaient alors au nombre de 124 pour 12.359 résultats de consultation codés, soit un taux d'erreur de 1 %. Ces observations ont toutes ultérieurement été corrigées par le médecin observateur.
- c - A ce jour le nombre de fiches d'observation comptabilisé par B. VINCENT s'élève à 11.578 et J.P. LEMORT n'en retrouve que 11.305. Cette différence signifie que 2,41 % des fiches ne sont pas prises en compte par l'ordinateur.

La raison en est simple : les capacités de l'ordinateur ne lui permettait pas d'enregistrer pour chaque fiche d'observa- plus de 4 " problèmes posés " et, alors que les fiches imprimées en avaient prévues 5, nous avons demandé aux médecins-observateurs, en cours de l'année 1983, lorsque le nombre de " problèmes posés " dépassait 4 de remplir une seconde fiche d'observation. Mais cette 2ème fiche ayant le même code d'entrée a été rejetée par l'ordinateur. Nous verrons prochainement comment résoudre ce problème.

ETUDE de la POPULATION ENQUETEE

Rappelons qu'il était prévu que chacun des 17 médecins puisse inclure 100 malades et les suivre pendant 4 ans. Au 30 Juin 1984 nous avons recueilli 1.381 fiches d'inclusion. Mais, dès lors que nous avons cru bon d'éliminer de notre groupe de recherche 2 membres de l'équipe, en raison du retard apporté à l'envoi des fiches d'observation, le manque d'information concerne seulement 119 malades. Deux autres médecins de l'équipe n'ont recueilli que 51 et 53 fiches d'inclusion et ont arrêté leurs observations à ce nombre de patients. Les 23 autres dossiers sont acheminés au fur et à mesure que le médecin-observateur peut les remplir.

Quoiqu'il en soit la population que allons étudier maintenant concerne 1.381 dossiers complets.

1. - Nous avons établi la pyramide des âges de notre population en la comparant, sur le tableau n° 4, à la pyramide des âges de la population française recensée en 1975 et à la pyramide des âges de l'enquête INSERM 75 sur la morbidité en médecine libérale (généralistes et spécialistes confondus). Même si ces 3 populations ne peuvent pas être rigoureusement comparées en raison des périodes différentes où elles ont été établies, il nous a semblé intéressant d'apprécier leurs différences :
 - a - Les variations mises en évidence entre la population INSERM et la nôtre, quant à la proportion de femmes et d'hommes, ces variations sont trop minimes pour être significatives d'une distorsion dans notre échantillon. Par ailleurs s'il diffère de la population française, c'est pour souligner la plus grande demande de soins médicaux dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.
 - b - La répartition selon l'âge montre des différences importantes non seulement avec la population française, mais surtout avec la population de l'enquête INSERM : dans celle-ci en effet, les enfants de moins de 5 ans, les femmes de 25 à 55 ans et les adultes de plus de 65 ans mais de moins de 85 ans, sont beaucoup plus représentés que dans notre échantillon. Mais cette différence nous semble correspondre à la population qui actuellement en France recourt directement au spécialiste : en particulier pédiâtres et gynécologues.
 - c - Dans le but d'affiner l'étude de notre population, il nous a paru intéressant de la comparer, pour ce qui concerne l'âge et le sexe, non plus à la population française globale, telle qu'elle ressort du recensement de 1975, (nous attendons les résultats du recensement de 1982 pour affiner davantage encore nos comparaisons) mais la population résidant, lors de ce recensement dans les agglomérations où exercent les médecins-observateurs. Source INSEE ; notons que nous avons regroupé avec NANTES les populations des communes constituant son agglomération (Rezé, St-Sébastien, Orvault, St-Herblain). Nous allons donc maintenant, étudier notre population enquêtée par rapport à cette population de référence.

Tableau n° 4

PYRAMIDE des AGES

HOMMES

Enquête de Nantes = 39%

Enquête INSERM 75 = 43%

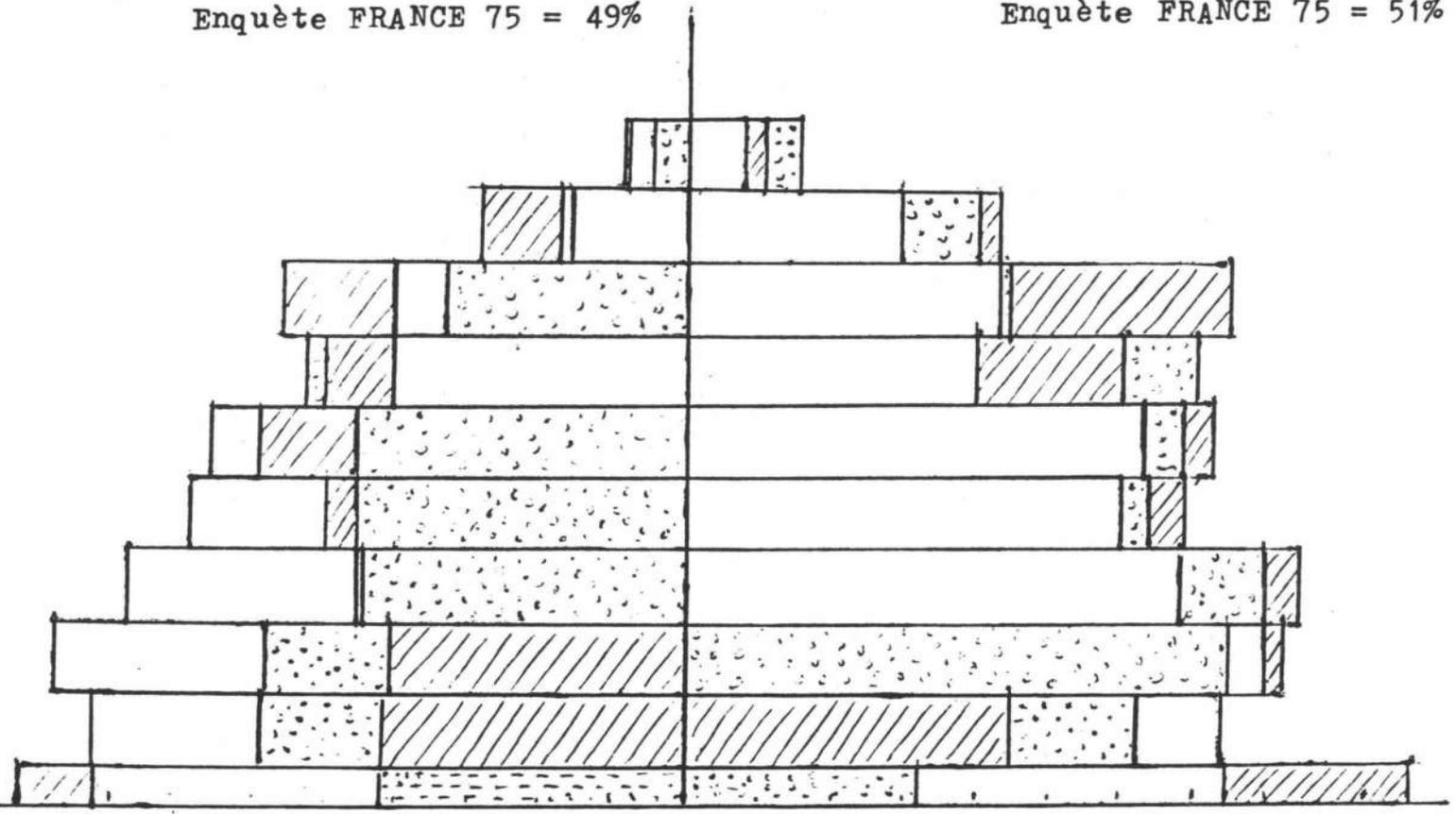
Enquête FRANCE 75 = 49%

FEMMES

Enquête de Nantes = 61%

Enquête INSERM 75 = 57%

Enquête FRANCE 75 = 51%



= Population de l'Enquête NANTES



= Population de l'Enquête INSERM 75



= Population de l'Enquête FRANCE 75

c.1 - Sur le tableau n° 5 les deux populations sont ventilées, en haut globalement, en dessous selon les différentes agglomérations de l'enquête. Ce tableau nous permet de noter :

c.1.a - la même sur-consommation médicale dans le sexe féminin que nous avons relevée dans la comparaison avec la population française globale (sur-consommation de 8 points).

c.1.b - cette sur-consommation dans le sexe féminin se retrouve dans toutes les agglomérations faisant objet de l'enquête, surtout à DIVONNE, EPINAC, NANTES et BLAIN ; elle est nettement moins forte à COUERON, ANGERS, CHATEAUBRIANT et YERRES ; curieusement aux SABLES d'OLONNE on trouve à l'inverse une sur-consommation masculine.

c.2 - Sur le tableau n° 6 nous avons comparé la pyramide des âges de notre population enquêtée, avec la pyramide des âges de la population de référence des agglomérations faisant partie de l'enquête. Nous y retrouvons également

c.2.a - une sous-représentation de notre population chez les enfants de moins de 15 ans.

c.2.b - à l'inverse une sur-représentation de notre population dans les tranches d'âge supérieures à 55 ans et surtout au-delà de 75 ans.

Ce constat, déjà évoqué plus haut, souligne à la fois la place qu'occupe le pédiâtre dans la prise en charge du malade en pratique libérale, et inversement l'importance de la fonction du généraliste dans la prise en charge, au-delà de 55 ans et jusqu'à sa mort, du malade en pratique libérale. Il ne nous appartient pas d'en tirer des conclusions en matière de politique de la santé, mais uniquement de souligner cette réalité.

T A B L E A U n° 5

=====

Comparaison en % selon le sexe entre la population de l'enquête épidémiologique et la population générale de référence (1975)

HOMMES		FEMMES
47.2 %	39.2 %	52.8 %
	60.8 %	

	EPI NAC	
	NAN TES	
	YER RES	
	LES SABLES D'OLONNE	
	ANG ERS	
	CHATEAU BRIANT	
	DIVO NNE	
	COUE RON	
	BLA IN	

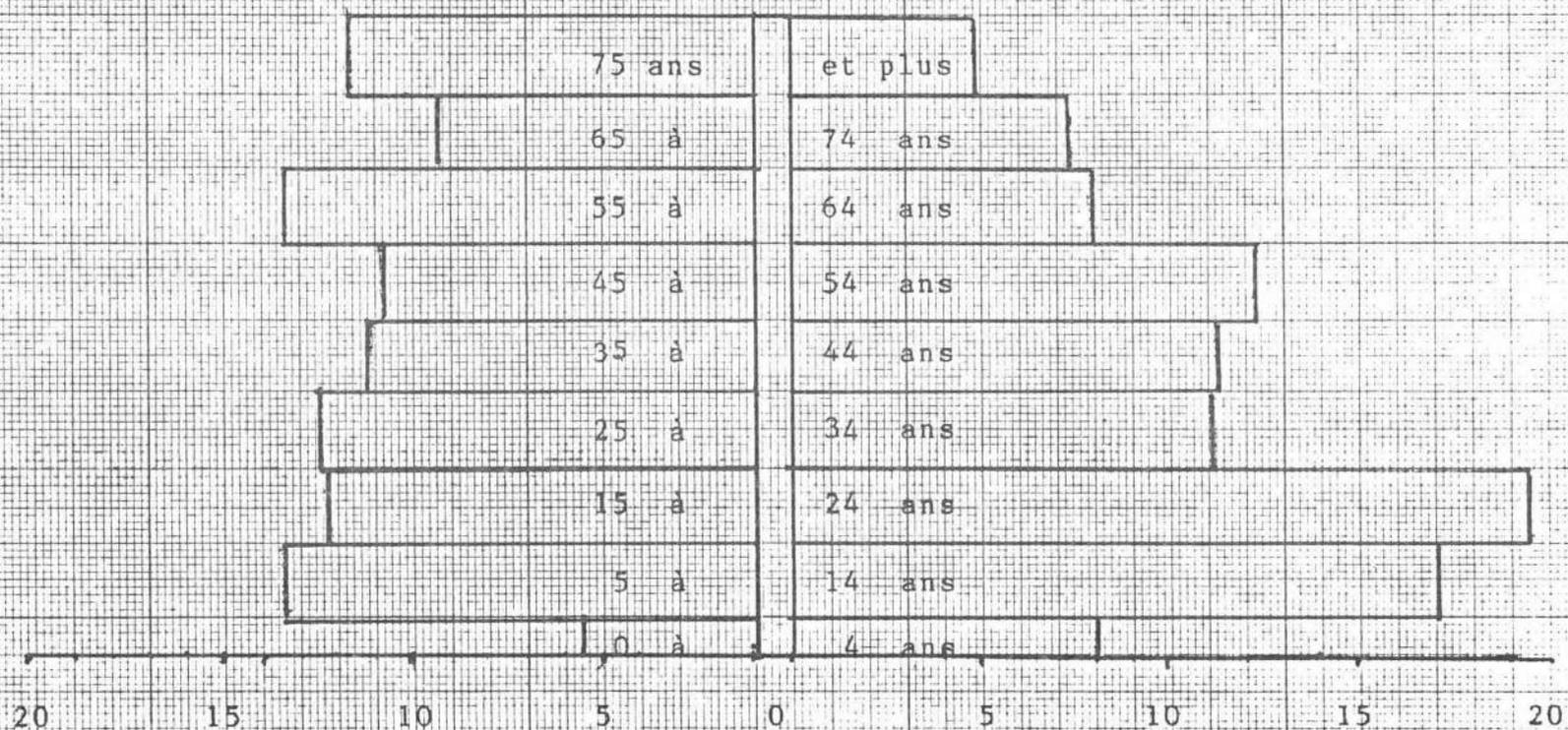
Total " Enquête " 521 Total " Enquête " 807

Total : 1.328

Total Population Générale : 587.741 Habitants

T A B L E A U n° 6

Pyramide composée des Ages (en %), tous sexes confondus
 entre la population de l'enquête épidémiologique (à gauche)
 et la population générale de référence (1975) (à droite)



d - Il nous a semblé intéressant de comparer la pyramide des âges de notre population avec celle établie par LETOURMY (10) à l'occasion de son enquête conduite en 1975. Même si les regroupements en catégories d'âge diffèrent légèrement des nôtres, il nous paraît possible de noter :

d.1 - Que les deux populations se rapprochent davantage que lors des comparaisons précédentes, ce qui n'est pas pour surprendre lorsque l'on sait que l'enquête de LETOURMY concernait la clientèle des généralistes libéraux.

d.2 - Qu'il existe néanmoins des différences significatives :

d.2.a - d'une part une diminution dans notre population par rapport à celle de LETOURMY, des classes d'âge 16 à 30 ans et 61 à 80 ans.

d.2.b - d'autre part une augmentation des classes d'âge 0 à 15 ans et surtout supérieure à 80 ans.

Peut-on considérer ces différences comme dues, uniquement à l'évolution des populations de 1975 à 1983 ? ou bien doit-on y voir une évolution dans ce même laps de temps de la pratique du généraliste ?

Ces observations faites, nous pouvons considérer notre échantillonnage comme représentatif des structures d'âge et de sexe de la population qui habituellement en France recourt au généraliste.

2. - La situation de famille des malades inclus dans l'enquête est la suivante :

- pour 32 % il s'agit de célibataires
- " 49 % " " " personnes mariées
- " 10 % " " " veufs
- " 1 % " " " divorcés
- " 3 % " " " concubins

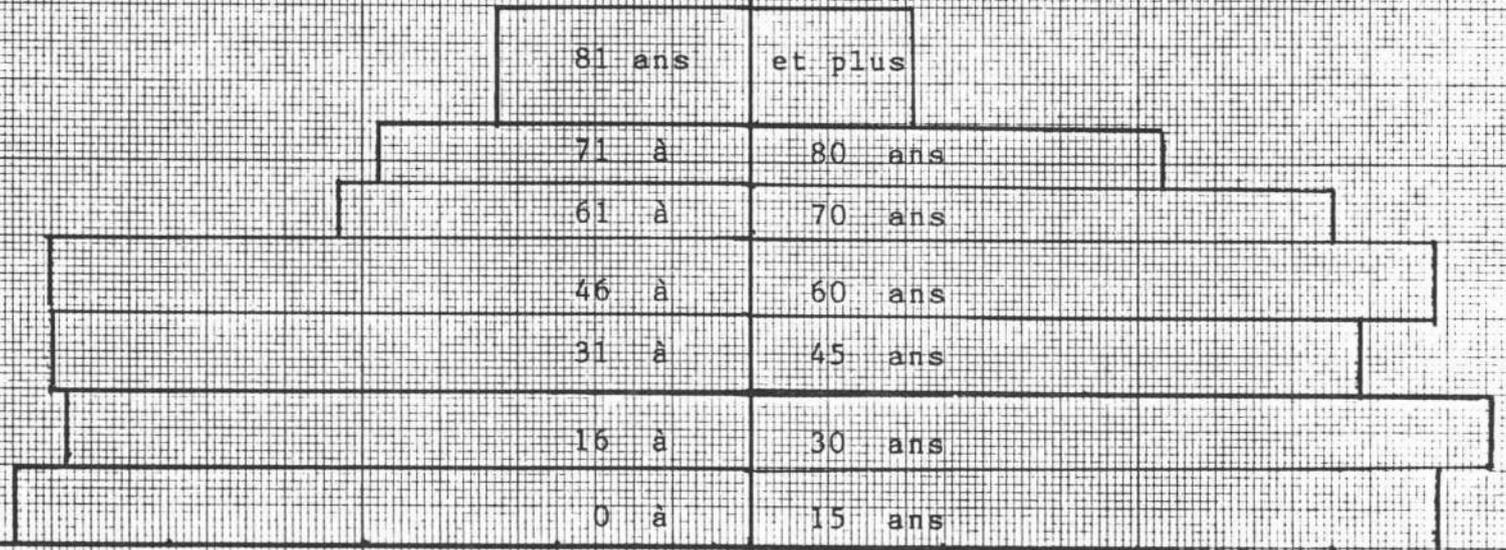
3. - Le lieu de résidence de la population enquêtee se situait :

- pour 43 % dans une ville de plus de 100.000 habitants
- " 34 % " " " " 10.000 à 100.000 habitants
- " 17 % " " " commune de moins de 10.000 habitants
- " 4 % en dehors de toute agglomération.

T A B L E A U n° 7



Pyramide comparée des Ages (en %), tous sexes confondus
 entre la population de l'enquête épidémiologique (à gauche)
 et la population de l'enquête " LETOURMY " (1975) (à droite)



Total : 1.328

Total : 36.381

Cette forte urbanisation de notre échantillonnage correspondait aussi à l'échantillon très centré sur l'agglomération nantaise de notre équipe de médecins-observateurs.

4. - Le regroupement selon les catégories socio-professionnelles est schématisé sur le tableau n° 8. Nous estimons que les catégories socio-professionnelles dites " supérieures " sont ici sur-représentées, sans doute parce qu'elles sont sur-représentées en milieu urbain, mais sans doute aussi parce qu'elles ont plus facilement accès aux soins. Une comparaison avec la population qui accède à la médecine libérale permettrait là aussi de vérifier si ces catégories socio-professionnelles dites " supérieures " sont également représentées chez le spécialiste et chez le généraliste.

Nous avons sur le tableau n° 9 regroupé notre population en comparaison avec les regroupements pratiqués par l'INSEE dans la population de référence (agglomérations où se déroule l'enquête) Nous pouvons remarquer :

- 4.a - que les " ouvriers ", les " employés " , et dans une moindre mesure, les " cadres moyens " en activité sont sous-représentés dans notre enquête.
- 4.b - qu'inversement tous les " inactifs " (enfants, scolaires, retraités, chômeurs, femmes au foyer,...) sont sur représentés dans notre enquête.

Ce double constat souligne sans doute deux faits :

- d'une part que les personnes en activité consultent relativement peu le médecin,
- d'autre part que l'inactivité professionnelle, quelle qu'en soit la cause, augmente notablement le recours au généraliste.

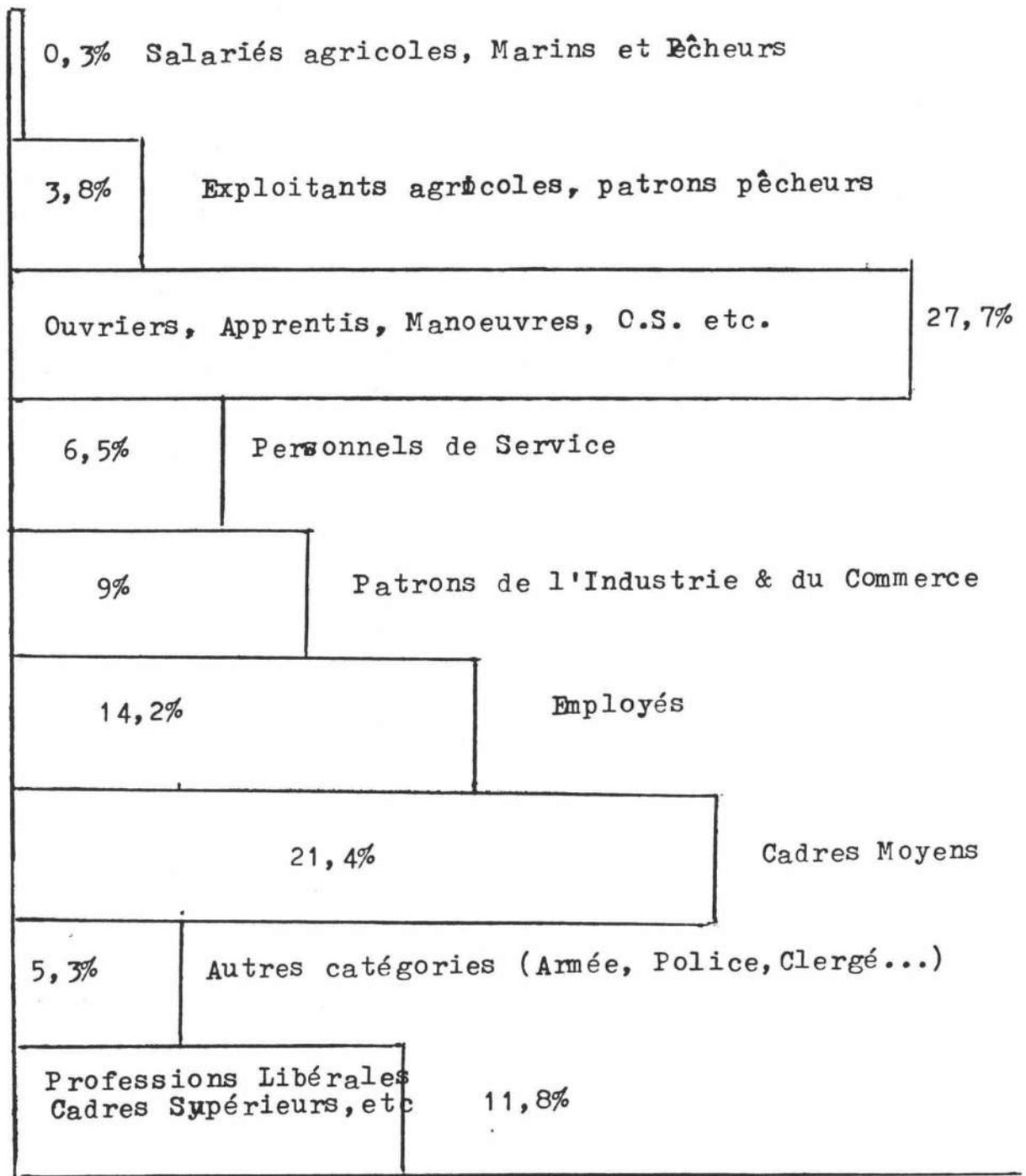
Quoi qu'il en soit de ces nuances, nous pouvons dire que notre échantillonnage correspond bien à la population habituellement prise en charge par le médecin généraliste ; au moins peut-on affirmer que, prise au hasard, elle reflète bien l'état de la clientèle des médecins observateurs.

Ces longues considérations méthodologiques nous sont apparues indispensables pour apprécier la validité des premiers résultats que nous pouvons présenter actuellement.

Bernard VINCENT

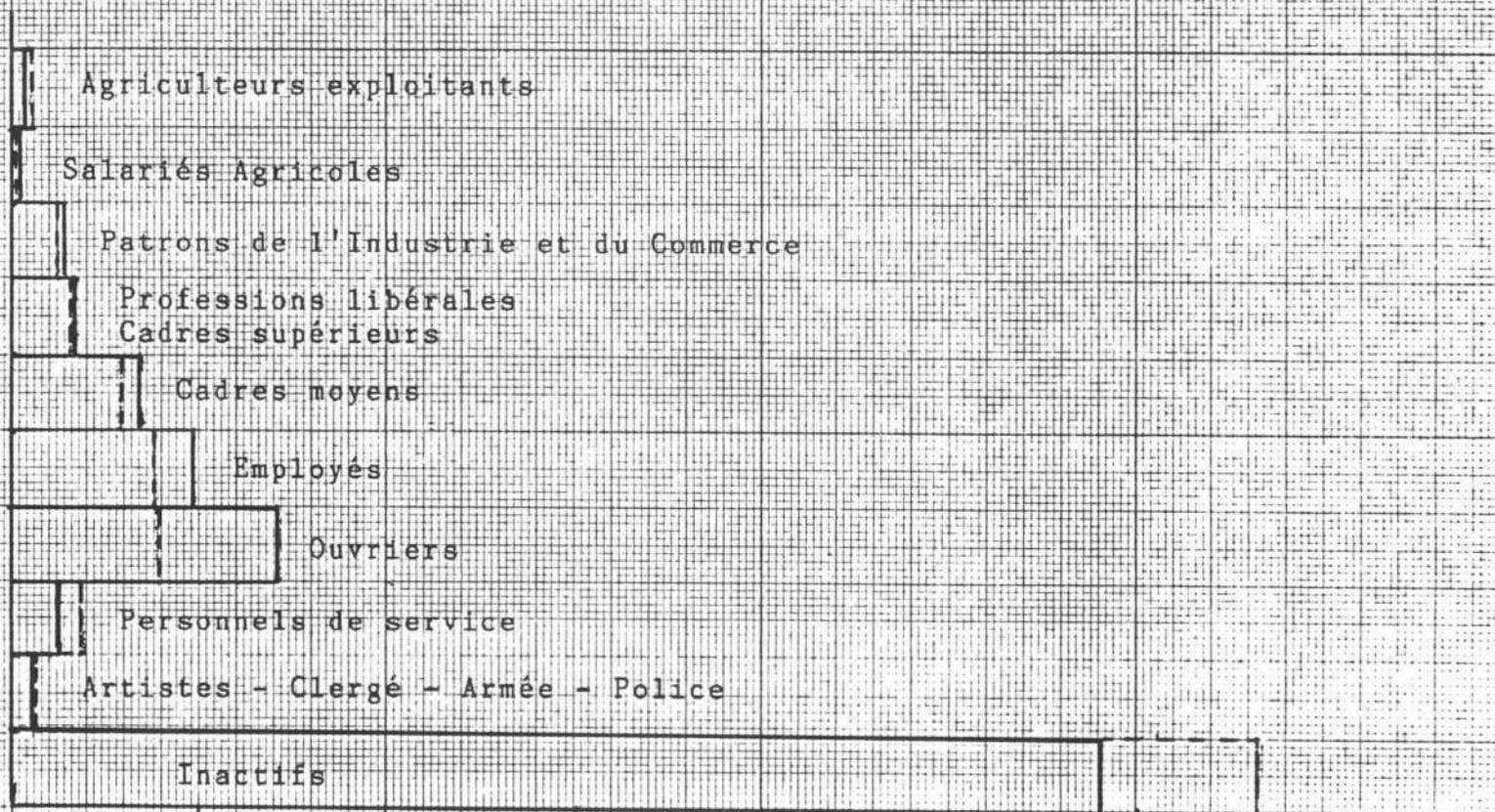
=====

HISTOGRAMME des CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES
de la Population de l'ENQUETE de NANTES



T A B L E A U n° 9

Comparaison des populations de l'enquête " LETOURMY " (1975)
 et de l'enquête épidémiologique " " "
 selon les 10 catégories socio-professionnelles de l'INSEE



- BIBLIOGRAPHIE -

-
- 1 - P. AIACHE et D. CEBE "Symptomatologie et conduites de maladie" INSERM U. 240 § 164 - Juin 82
 - 2 - ASHLEY M. AITKEN § R.N. BRAUN "Understanding General Practice" Editor J.M. FRAILLON, Victoria Faculty, Australia
 - 3 - R.N. BRAUN "Pratique, Critique § Enseignement de la Médecine Générale" Ed. PAYOT, Paris
 - 4 - J. CHAPERON "Analyse de l'activité et de la Morbidité rencontrée chez les Médecins Généralistes" INSERM - Août 83
 - 5 - CREDOC 1982 "Morbidité et Thérapeutique médicale" Tome 816 du 28.2.
 - 6 - M. GUIDEVAUX, A. COLVEZ, E. MICHEL et F. HATTON "Les Malades en Médecine Libérale" INSERM U. 164 - 1975
 - 7 - H. LAMBERTS, S. MEADS, M. WOOD "Results of International Field Trials With the Reason For Encounter Classification (RFEC) "Paper for the International working Conférence of IMIA Ottawa (26-28 Sept. 84)
 - 8 - H. LAMBERTS "Morbidité in Général Practice" Utrecht 1984
 - 9 - Ph. LE FUR § C. SERMET "Les Généralistes et leurs Patients" CREDOC in Le Concours Médical - 10.3.84 - p. 880 et sq.
 - 10 - A. LETOURMY "Pratique quotidienne et Comportement des Médecins Généralistes Libéraux" CEREBE - Avril 81 (v. rapport descriptif 1975)
 - 11 - E. LEVY, M. BUNGNER, G. DUMENIL § F. FAGNANI "Economie du Système de Santé" "Les Diagnostics des Cabinets Libéraux I.D.R.E.M. D.O.R.E.M.A." - p. 53 et sq.
 - 12 - S. MEADS "Progress Report in International Classification of Primary Care" W.H.O. Meeting of Heads of W.H.O. Collaborating Centers for Classification of Diseases. - San Francisco - 29 May - 4 June 1984
 - 13 - A. MIZRAHI § S. SANDIER "Socio-Economie de la Santé" Pergamon - Ed. Paris
 - 14 - C. MUNRO "Content and Process of General Practice" Australian Family Physician - VO.13 - n° 2 - Feb. 84
 - 15 - R. SALOMON, J. BEYLOT § M. MOREAU "Pré-enquête en Région Aquitaine sur la Morbidité Ambulatoire et les Prescriptions en Pratique Libérale" - Université Bordeaux II - 1980
 - 16 - O. ROSOWSKY - J.M. ABPAMOWITCH - Y. AKOUN-CORNET - Y. DE COULIBOEUF - M. DIGE-HEIS - Y. GOEDERT - D. LAMOTTE - M. NICOLLE - D. POIVET - G.VERY "Recherches épistémologiques sur les conditions spécifiques de la Recherche en Médecine praticienne" - (SFMG - INSERM 1979 pp27)

- Composition du groupe de recherche épidémiologique -
S.F.M.G. - Région Ouest = Nantes
- (Convention S.F.M.G. - D.R.A.S.S. des Pays de la Loire)
- Médecins généralistes (S.F.M.G.)

Drs	ALBERT (Mme)	NANTES
	CHESNEAU A.M. (Mme)	EPINAC
	DEGORNET B. (YERRES
	DELELIS-FANIEN	CHATEAUBRIANT
	FOEX J.	DIVONNE LES BAINS
	GERNIGON A.	NANTES
	LOURY P.	ANGERS
	MERY G.	NANTES
	SENAND R.	COUERON
	TESSON D.	BLAIN
	THOMAS D.	LES SABLES D'OLONNE
	VINCENT A. (Mme)	NANTES
	VINCENT B.	NANTES

Responsable de l'étude B.VINCENT
Conseillers : O. ROSOWSKY
J. de COULIBOEUF

- Convention pour le traitement informatique passé avec
Mr le Pr J.P. LEMORT, chargé de cours d'informatique, de statistiques
et d'épidémiologie à la Faculté de Médecine de NANTES (A.N.D.S.I.M.)
- Voir aussi "Documents de recherches en Médecine Générale
n° 10-11 / 1983 et 12-13 / 1984
pour de plus amples détails sur la genèse de la recherche et les
divers codes utilisés.