

société
française
médecine
générale

n° 27

1^{er} trimestre 1988

DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Nous adressons ces documents trimestriels à environ 800 personnes, dans le but de diffuser les recherches théoriques en médecine générale.

La liste des abonnés comprend des chercheurs en médecine générale et en sciences sociales, des administrateurs des institutions de recherche, des gestionnaires de structures médico-sociales et industrielles concernés par notre discipline.

Faites-nous parvenir les adresses de ceux qui voudraient recevoir cette publication.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président :

O. ROGOWSKY 2 rue de la Pléïade L'HAY LES ROSES (94)

Conseiller :

B. VINCENT 8 Bd Gabriel Lauriol NANTES (44)

Conseillers

Adjoints :

J. AKOUN-CORNET 3 Villa Quincy VANVES (92)
B. DEGORNET 1 Square des Cévennes YERRES (91)
A. FLACHS 37 Bd Leroy CAEN (14)
J. de COULIBOEUF rue de Normandie EPIAIS RHUS (95)
J. FOEX 33 Grande Rue DIVONNE LES BAINS (01)
J.B FORNARI 5 Avenue Thiers O6 MENTON
B. MINSKY 6 rue de la République LUCE (28)
G. SALFATI 3 rue de la Grange Vertu AUTUN (71)
G. VERY 27 avenue des Ombrages BRUNOY (91)

Nous renouvelons nos remerciements aux Laboratoires qui nous ont aidé dans la réalisation de ce numéro spécial des DOCUMENTS DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

ALLARD, BEECHAM-SOBIO, BOUCHARA, CASSENNE, CIBA-GEIGY, DUPHAR, IPSEN, LEDERLE, SANDOZ, SERVIER et SPECIA.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE accueille, au titre de membre associé, tout médecin généraliste en exercice qui désire contribuer à ses travaux par ses propres apports et le soutien de sa cotisation annuelle.

EDITORIAL

La Société Française de Médecine Générale s'est donné pour fonction d'instaurer notre pratique en une discipline validée scientifiquement.

Cela implique l'acquisition d'une méthode dont le déroulement comporte des étapes obligées :

- choix du champ, de l'objet, de l'hypothèse
- choix des moyens d'observation, d'expérimentation, de preuve, d'évaluation,
- appel au jugement et au consensus de la communauté scientifique.

L'acquisition de la compétence à la recherche est, on le sait, -- l'étape première qui fonde la construction d'un corpus enseignable et toute prétention à une fonction universitaire proprement dite. La naissance d'une discipline généraliste distincte des autres pratiques médicales ne saurait déroger à la règle générale, quelle que soit la longueur et la pénibilité de la formation voulue.

Le rapport dont il s'agit ici décrit l'un des processus par lequel nous cherchons à dispenser cette formation, celui d'équipes régionales conduisant toutes les étapes d'une étude, sous la direction d'un chercheur généraliste antérieurement formé dans des recherches gérées par le bureau national et jouissant, tout au long, de son travail, d'un appui solide auprès du Conseil scientifique de notre Société.

On verra qu'il s'agit d'un engagement de longue haleine, difficile, semé de chausse-trappes que, seule, une évaluation constante et sans complaisance permet de faire progresser.

Les chercheurs dont il sera question ici en sont maintenant à la 5ème année de leur travail. Le matériel observé a été recueilli et recensé, son exploitation a déjà commencé et va connaître, dans les deux années à venir, des approfondissements.

Au passage, les outils d'observation ont été évalués, rectifiés et leur affinement à l'usage de travaux ultérieurs, est maintenant engagé.

Quant aux praticiens qui ont vécu cette expérience, elle a été pour eux lourde à porter. Certains ont momentanément quitté le groupe, d'autres ont essaimé et animent à leur tour des travaux régionaux, d'autres, enfin, poursuivent l'exploitation des données mises en mémoire.

.../...

Celles-ci sont maintenant disponibles pour une grande variété d'études à venir et nous escomptons que ces possibilités seront pour tous les praticiens qui ont mené cette équipée, une incitation à s'en saisir pour progresser encore et toujours.

Ainsi, ce rapport est le récit d'une exploration et d'une recherche de la méthode.

O. ROSOWSKY

RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE
et EPISTEMOLOGIQUE
Sur la PRISE en CHARGE du
MALADE en MEDECINE GENERALE

RAPPORT INTRODUCTIF

Bernard VINCENT et Oscar ROSOWSKY

avec le concours de

Brigitte ALBERT, Anne-Marie CHESNEAU, Jean de COULIBOEUF,
Bernard DEGORNET, Alain DELELIS-FANIEN, Jean FOEX,
Albert GERNIGON, Philippe LOURY, Remy SENAND, Didier TESSON,
Daniel THOMAS et Annik VINCENT.

Société Française de Médecine Générale
29 Avenue du Général Leclerc 75014 PARIS

I N T R O D U C T I O N

En 1981, la Société Française de Médecine Générale a délégué au Docteur Bernard VINCENT ses responsabilités pour la Région Ouest centrée sur la ville de NANTES. Promouvoir la Médecine Générale comme discipline scientifique spécifique était, pour ce qui concernait cette région, la mission qu'il s'était vu confiée ; son premier travail a consisté à réunir des confrères généralistes désireux d'élaborer et de développer une recherche de caractère scientifique dans le champ de leur pratique.

Ainsi a été construit, développé puis réalisé un projet de RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE et EPISTEMOLOGIQUE sur la PRISE en CHARGE du MALADE en MEDECINE GENERALE. Le recueil des informations de cette recherche s'est achevée le 31 décembre 1986. Commence maintenant l'exploitation de ces données. Il nous a paru utile dès maintenant de publier dans un RAPPORT INTRODUCTIF les premiers éléments de cette recherche.

Nous étudierons en premier lieu la présentation générale de l'enquête en abordant successivement l'ETAT de la QUESTION et les OBJECTIFS de la recherche. Nous tenterons de préciser les éléments préalables à notre travail, c'est-à-dire ceux qui nous étaient connus avant 1983, et ceux dont nous avons pu avoir connaissance ultérieurement mais qui désormais nous servent de référence. A la fin de ce premier chapitre seront portées nos références bibliographiques.

Dans un deuxième chapitre nous présenterons le PROTOCOLE d'OBSERVATION qui a servi de base à notre travail, avec quelques exemples des Codes utilisés.

Au Chapitre III, seront présentés les premiers COMMENTAIRES et DISCUSSIONS concernant les problèmes posés par notre protocole de recherche.

Le Chapitre IV décrira la population de l'enquête.

../..

Au Chapitre V nous aborderons l'HISTOIRE de l'ENQUETE à travers les documents qui ont circulé au sein du groupe des Médecins Observateurs de la S.F.M.G. Il s'agit certes de difficultés extérieures à l'objet de la recherche mais elles sont très importantes à préciser pour la compréhension des divers obstacles rencontrés dans la réalisation pratique de recherches en Médecine Générale.

Enfin dans le Chapitre VI nous présenterons les premiers résultats et enseignements de cette recherche avant toute exploitation exhaustive.

Bernard VINCENT et Oscar ROSOWSKY

avec Brigitte ALBERT, Anne-Marie CHESNEAU, Jean de COULIBOEUF, Bernard DEGORNET, Alain DELELIS-FANIEN, Jean FOEX, Albert GERNIGON, Philippe LOURY, Remy SENAND, Didier TESSON, Daniel THOMAS et Annik VINCENT.

Société Française de Médecine Générale
29 Avenue du Général Leclerc 75014 PARIS

Nous voudrions remercier ici particulièrement Mme le Dr Y. HARROUSSEAU, Médecin-Inspecteur Régional de la Santé.

Mr B. MARROT, Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale des Pays de la Loire.

Mme le Dr A. DELGA-SANKALE, Médecin-Inspecteur Régional Adjoint de la Santé.

M. M. ELLION, Inspecteur à la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
pour la confiance qu'ils nous ont manifestés ;

M. JP. LEMORT, Chargé de cours de Mathématiques de Statistiques et d'Informatique Médicales à la Faculté de Médecine de Nantes.
pour l'aide inestimable qu'il ne nous a jamais mesurée ;

les responsables régionaux de l'Industrie Pharmaceutique, et tout particulièrement M. JC. GRANDCOIN et Mme N. JAVEL, de la Délégation Régionale des Laboratoires SANDOZ mais aussi les Laboratoires SPECIA, ROUSSEL, ALLARD, FOURNIER, INAVA, OBERVAL, SARGET, L.F.T., ROCHE, GEIGY, SCHERING, DELALANDE, THERAPLIX, CASSENNE, DIAMANT, LABAZ, ORGANON, MERCK, SHARP et DOHME-CHIBRET, SANOFI, UNILABO, RIKER, WYETH-BYLA et P. FABRE,

pour les possibilités que leur aide nous a ouvertes ;

Mme M. LENAIN, secrétaire de l'ANDSIM
Melles I. GERNIGON, Ch. LE DOLEDEC et Ch. PASQUIER, secrétaires de la Section Nantaise de la S.F.M.G.

pour les travaux qu'elles ont réalisés pour nous.

CHAPITRE I - ETAT DE LA QUESTION. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET CHOIX METHODOLOGIQUES.

1. ETAT DE LA QUESTION

Inconnue il y a quelques années du praticien, l'épidémiologie envahit actuellement nombre de publications scientifiques. Son importance est proclamée (33) ; son rôle économique et politique est mis en lumière dès lors que des actions de prévention sont envisagées (22) ; elle cherche à servir de base à l'évaluation de la qualité des soins (26), et à la construction des stratégies de la décision diagnostique et thérapeutique. (20-45).

Son importance se manifeste également par la publication d'articles (51) ou de manuels (27,28,50) où les axes de l'épidémiologie sont définis ainsi : "l'information sur l'état de santé de la population, la recherche étiologique, l'évaluation des interventions visant à améliorer l'état de santé de la population". (28). Ses techniques sont précisées et la nécessité de son enseignement est proclamée.

- 1.1. Initialement construite à partir des relevés des causes de décès, l'épidémiologie s'est étendue à l'étude de la fréquence et des facteurs étiologiques des principales maladies. Elle présupposait dès lors un recueil d'informations dont la cohérence était censée être garantie par la certitude du diagnostic et la similitude de sa codification : c'est cet impératif méthodologique qui a conduit l'Organisation Mondiale de la Santé à construire une Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) qui en est d'ailleurs actuellement à sa 10^e révision.

Ou bien l'épidémiologie restait basée sur ces prémices, et la certitude du diagnostic devenait une nécessité méthodologique incontournable (42). Dès lors son champ se rétrécissait à la mesure de la capacité des services médicaux à saisir et à dénommer uniformément la certitude diagnostique : seule devenait observable en épidémiologie une fraction limitée du champ médical. Ou bien l'épidémiologie admettait ne pouvoir observer avec certitude que les grands chapitres de la morbidité regroupée. Le rétrécissement du champ était la rançon de la finesse de l'observation, tandis que l'imprécision des observations permettait d'élargir le champ de l'épidémiologie. Dilemme méthodologique inévitable auquel doit s'affronter toute analyse épidémiologique quelque soit le champ où elle se développe : médecine hospitalière, comme médecine praticienne, dès lors qu'elle se fonde sur l'actuelle classification internationale des maladies *.

* On se référera sur ce sujet à la Thèse de J. ANDRAL que nous avons connu trop tard pour l'inclure dans notre bibliographie.

1.2. Ce n'est que la dernière décennie qui a vu se développer un plus grand intérêt pour les études épidémiologiques dans le champ de la Médecine Générale.

1.2.1. En France la plupart des études épidémiologiques ont pris au début du moins, la tonalité d'études socio-économiques. Parmi celles-ci, consacrées à la morbidité de première ligne, nous évoquerons spécialement :

- l'enquête INSERM 75 (24) : construite à partir d'un échantillonnage représentatif de médecins libéraux, spécialistes et généralistes regroupés, elle privilégie donc l'étude de la pratique des médecins, base de l'échantillonnage ; lorsqu'elle se penche sur la morbidité rencontrée, elle utilise la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.8.) et ne peut de ce fait éviter les regroupements en grands chapitres. En fait il s'agit ici d'une analyse des recours aux médecins et non pas d'une étude épidémiologique sur la morbidité.
- de la même façon les sondages répétés de l'I.D.R.E.M.-D.O.R.E.M.A. (38) se bornent à décrire les morbidités rencontrées lors du recours au médecin et codées selon la C.I.M.8. puis 9. Il s'agit là aussi d'une analyse des recours au médecin réalisée selon la méthode des sondages qui comporte des biais redoutables ; elle ne donne aucune information sur les taux d'incidence et de prévalence des morbidités prises en charge . Les conduites décisionnelles, et particulièrement les conduites thérapeutiques, des médecins généralistes, tel est l'objet de l'étude conduite en 1980 par le CREDOC (18), qui d'ailleurs a fait ultérieurement l'objet de multiples publications (32,39,40). Cette enquête est, comme l'enquête INSERM 75, transversale et construite à partir d'un échantillonnage représentatif de médecins. De ce fait elle se focalise davantage sur le recours - lesquels peuvent être aisément étudiés par des relevés de courte durée - que sur la morbidité qui par contre demande un relevé continu et requiert un effort soutenu et prolongé.
- Les comportements professionnels des médecins généralistes font l'objet d'une étude sociologique très fine conduite au CEREBE par LETOURMY (36) - nous aurons l'occasion d'y revenir dans notre travail - mais l'analyse de la morbidité n'est abordée que dans son pré-rapport descriptif paru en 1977 (35).

Toutes ces études ont d'ailleurs en commun le fait d'avoir été construites et traitées par des chercheurs, pour la plupart non-médecins, et tous étrangers à la pratique de la Médecine Générale : les omnipraticiens restaient fournisseurs de données et objet d'observation.

1.2.2. Néanmoins depuis quelques années dans notre pays le médecin Généraliste s'est trouvé plus souvent initiateur de telles enquêtes. J. CHAPERON (16) a recensé en 1983 les principales : celles de NOR-FORMED 82, l'enquête ILE-et-VILAINE 80/81, l'enquête PARIS-SUD (11,12) et l'enquête AQUITAINE 80/83 (49). Mais il faut mentionner également l'étude construite par l'Association des Médecins Tournageois (3) et celle du Conseil de Formation Continue de l'AIN (17).

Dans son article, J. CHAPERON précise cependant que "si les médecins généralistes sont quelquefois à l'origine de "la mise sur pied de l'enquête, il est exceptionnel que ceux-ci "en recueillent le fruit et en présentent de manière autonome "les résultats... La plupart du temps (ces enquêtes) se conçoit "vent dans un rapport ambigu entre les Médecins Généralistes, "les promoteurs, chercheurs ou universitaires qui tentent de "recueillir de l'information sur les pratiques des professionnels "et les financeurs qui ont besoin de l'information pour répondre "à la logique de leur institution". (16)

Quoiqu'il en soit de ces ambiguïtés, ces études ont le mérite d'avoir été les premières en FRANCE à étudier le champ de la Médecine Générale. Nous voudrions néanmoins évoquer plus particulièrement trois d'entre elles comme exemplaires des problèmes méthodologiques posés par l'épidémiologie en Médecine Générale. :

- l'enquête PARIS-SUD (12) s'est essentiellement penchée sur l'étude des "motifs de consultations". La rigueur du travail produit par les membres de l'équipe des 11 praticiens-maîtres de stage ne lève cependant pas l'ambiguïté du terme "motif de consultation", ambiguïté que nous avons relevée (60) et sur laquelle nous nous pencherons au Chapitre 6.
 - l'enquête sur le "recours à l'hospitalisation dans le Département de l'Ain" (17) a le mérite d'avoir mobilisé un nombre important et représentatif de généralistes de l'AIN et d'avoir été analysée avec une grande rigueur statistique ; cependant, l'objectif fixé par l'enquête d'évaluer l'adéquation des mesures d'hospitalisation selon les jugements des médecins-hospitaliers et des médecins-contrôleurs des Caisses d'Assurance-Maladie, conduit à introduire de multiples biais dans le protocole, et, avec l'imprécision de certains items, retire à cet important travail une part de son intérêt.
 - l'enquête AQUITAINE conduite par R.SALAMON (49) représente un travail considérable qui s'est trouvé à la source d'un nombre important de thèses de Médecine Générale (*), en particulier celles de F. DESCLAUX (19), Ph. MALHERBE (39) F. ROGER-HARAMBURU et P. LOT-BELLVERT (46), J.L SOARES (53), L. SULPICE-PICARD (55), J. TANNEAU (56). Quoiqu'il en soit de l'intérêt de ces thèses, leur articulation repose essentiellement sur les procédures utilisées en Médecine Générale. Or la morbidité y est abordée à partir de l'utilisation de la C.I.M.9. et M. TRABELSI-VALADE (57) en évalue de façon pertinente l'inadéquation et les biais qu'elle introduit dans l'exploitation des résultats de cette vaste enquête.
- * Dans l'ouvrage réalisé par l'UNAFORMEC, "Répertoire des Thèses en Médecine Générale" (N. Ortholan), on trouvera une importante recension des différentes thèses traitant de l'épidémiologie en Médecine Générale, de même que dans la thèse de D. BROCLAIN (10).

1.2.3. L'examen de ces travaux permet d'appréhender les difficultés particulières que rencontre l'épidémiologie pour s'adapter au champ de la Médecine Générale, là où, en particulier, la population observée diffère considérablement de la population étudiée en Médecine Hospitalière. Et cependant leur intérêt de principe est considérable surtout si l'on tient compte des limites propres aux études faites en milieu hospitalier. "les méthodes épidémiologiques, précise M. JENICEK (29) ont souligné les limites de telles études (en milieu hospitalo-universitaire) qui concernent des populations sélectionnées "en fonction du mode de recrutement de ces mêmes services". Dans toute étude épidémiologique la référence à la population enquêtée est indispensable pour tirer à partir des résultats statistiques des conclusions sur la reproductibilité de ces résultats.

Le champ de la Médecine Générale n'échappe pas à cette évidence que ne peuvent y être observés que les phénomènes qui s'y déroulent. C'est dire l'importance du rôle du recrutement de la population qui accède aux "soins primaires". Or si la morbidité analysée en milieu hospitalier ne concerne qu'une fraction très faible de toute la pathologie traitée par les prestations de soins, une large frange de la morbidité échappe même au champ de la Médecine Générale. Selon l'O.M.S. ("les Soins Primaires dans les Pays Industrialisés". Rapport et Etude EURO 95) "plus de 70 % de tous les problèmes de santé sont traités en dehors du système professionnel des soins de santé".

Ce phénomène a été particulièrement analysé par P. AIACHE et D. CEBE (1). Dans cette recherche sur la "symptomatologie et conduites de maladie", les auteurs soulignent entre autres, le fait que le recours au médecin généraliste n'intervient que dans moins de 15 % des cas de symptômes morbides ressentis. Ce constat outre qu'il introduit des interrogations d'ordre épistémologique sur lesquelles nous reviendrons plus loin, précise bien le champ que peut explorer l'épidémiologie en Médecine Générale.

1.2.4. Les études étrangères portant de la même façon sur l'épidémiologie en Médecine Générale n'évacuent d'ailleurs pas ces questions préalables que nous étudierons ultérieurement. Elles ont du moins, sur les études françaises, le mérite de l'antériorité.

Beaucoup d'entre elles (*) ont été réalisées dans les pays anglo-saxons ou de culture britannique, là où la médecine générale a pu accéder au statut de discipline à vocation scientifique, objet d'enseignement et de recherche par des généralistes universitaires.

1.2.4.1. Toutes ces études ont conduit à la recherche d'un langage commun, c'est à dire à la Construction de codes propres à la pratique des "soins primaires". Il nous faut citer en premier l'important travail réalisé par la WONCA pour tester, dans 10 pays différents, pour la plupart anglophones, d'abord la Classification "Reasons for encounter" (RFE), c'est à dire "les motifs de consultation", puis la classification "International Classification for Health Problems in Primary Care" (I.C.H.P.P.C.). Ces tests sont rapportés dans une publication du WONCA-NEWS en 1984 (30).

Depuis 1985 une classification différente, "International Classification of Primary Care" (ICPC) a été élaborée sous l'impulsion de H. LAMBERTS (32) et S. MEADS (40). A partir de ces systèmes de codages, semble se développer actuellement un consensus, du moins dans les pays anglo-saxons, pour la recherche d'un protocole commun de recueil d'informations épidémiologiques propres à la Médecine Générale.

1.2.4.2. Déjà il y a trente ans, en Grande-Bretagne, LOGAN et Coll. avaient collectés pendant une année entière tous les problèmes morbides rencontrés par 9 généralistes (voir Thèse J. ANDRAL, op. cit. dans laquelle on trouvera également l'analyse qu'en fait SONNLEITNER). Néanmoins une des plus importantes études épidémiologique collective réalisée récemment dans le champ de la Médecine Générale, avait été construite à partir de Codes, mis au point et réalisés à MAESTRICH (Pays-Bas) par H. LAMBERTS. (32). Une équipe de 12 médecins généralistes a suivi pendant deux années successives (1981-1982) la totalité de leurs patients. Plus de 150 000 consultations ont ainsi été recueillies et analysées. Mais pour le Codage des "diagnostics", l'équipe Hollandaise a utilisé la C.I.M.8. et, devant l'impossibilité de coder certains résultats de consultation selon cette grille de type "hospitalier", LAMBERTS s'est trouvé obligé d'introduire la notion de "diagnostic incertain".

Aussi bien, ce constat fait par LAMBERTS de l'inadéquation du C.I.M.8. et 9. pour le codage des résultats de consultation en médecine générale l'a conduit à élaborer un code ICPC édité par lui en 1985 (32). C'est pourquoi, nonobstant l'intérêt de son travail considérable pour l'exploitation de ses résultats épidémiologiques spécifiques au champ de la Médecine Générale, ce constat souligne à point nommé le caractère novateur du travail de R.N BRAUN (8). Sur lequel nous nous étendrons davantage et qui servira d'ailleurs de point d'appui à notre propre recherche.

(*) On trouvera dans le "book of abstracts" de la 11e Conférence Internationale de la WONCA (World Organisation of National Colleges, Academies and academic Associations of General Practitioners Family, Physicians), tenue à Londres du 1er au 6 juin 1986, les résumés de très nombreuses communications traitant de travaux épidémiologiques conduits par des généralistes.

1.2.4.3. Rappelons que BRAUN est un médecin généraliste autrichien qui tout au long de sa carrière de praticien, en milieu rural comme en milieu urbain, a, pendant plusieurs décennies, à la fois observé et analysé avec précision les phénomènes morbides propres à la Médecine Générale et à la fois construit une théorie permettant de les expliquer. Sa démarche proprement scientifique lui a permis de vérifier, non seulement dans sa pratique, mais aussi dans celle d'autres médecins, au-delà des frontières autrichiennes (2), la véracité des hypothèses qu'il construisait. Il a pu ainsi, le premier, construire une véritable théorie professionnelle de la Médecine Générale (8).

Cette théorie s'appuie sur 4 séries de recueils épidémiologiques réalisés en continu sur la totalité de sa propre clientèle entre 1944 et 1980. Nous ne connaissons pas dans le monde d'autre exemple d'épidémiologie de généraliste comparable à celle de BRAUN, pour l'antériorité, la rigueur et l'ampleur.

Un des aspects les plus novateurs de la pensée de BRAUN réside dans la critique qu'il développe sur la notion de "diagnostic". Sans nier l'intérêt, de rechercher dans la pratique hospitalière un diagnostic complètement établi sur ses critères cliniques, biologiques, et anatomo-pathologiques, BRAUN souligne que dans la pratique de la Médecine Générale le résultat de la consultation ne pourra qu'exceptionnellement parvenir à ce raffinement diagnostique, et ce, non seulement parce que le praticien ne possède ni les moyens, ni l'infrastructure techniques, ni le temps nécessaire pour élucider le problème morbide posé par le malade, mais parce que, de facto, pour une part importante de sa pratique, ce n'est pas utile, à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du problème.

BRAUN distingue en effet quatre classes de résultats de consultation :

- le diagnostic certifié selon les critères les plus affinés de la science médicale du moment (par exemple un cancer du col utérin biopsé) ;
- le tableau de maladie, donnant tous les signes cliniques et para-cliniques de la maladie, sans la preuve anatomo-pathologique ou bactériologique (par exemple la rougeole).
- le syndrome, regroupant plusieurs symptômes caractéristiques, mais pouvant évoquer plusieurs tableaux de maladie (par exemple le syndrome méningé, ou le syndrome occlusif).
- enfin le symptôme cardinal qui n'est accompagné d'aucun autre symptôme suffisamment évocateur pour permettre d'élaborer un regroupement syndrômique (par exemple, fièvre non spécifique, ou toux).

En outre, l'auteur affirme que dans la pratique généraliste ces quatre classifications débouchent chacune sur des prises en charge thérapeutiques adaptées ; il estime enfin que, dans bien des cas, la succession des examens médicaux ne fera pas évoluer le résultat de consultation de l'une à l'autre des classifications (bien des cas classés comme "symptôme cardinal" n'évolueront pas vers le "syndrome", voire le "tableau de maladie".)

Cette prise de position théorique, tirée de l'observation la plus honnête de la pratique, conduit BRAUN à deux ordres de conclusions :

- la première est que le résultat de consultation ne doit pas être déprécié s'il aboutit à une classification en "syndrome cardinal" ou en "syndrome" et que la rigueur scientifique impose de noter strictement ce que l'on constate et non pas les hypothèses que l'on soulève. *
- la seconde innovation de BRAUN consiste à relever les résultats de consultation selon leur fréquence en utilisant un code bi-axial basé, d'une part sur les quatre classifications diagnostiques définies plus haut, d'autre part sur une dénomination adéquate. Et BRAUN estime que, lorsque la fréquence est inférieure à 1 pour 3000, la codification n'est pas nécessaire pour la pratique de la Médecine Générale, son observation et son enseignement. Pour ces cas réellement rares, on peut éventuellement se référer à la C.I.M.

R.N BRAUN a ainsi construit un code de moins de 400 résultats régulièrement remis à jour, auquel d'ailleurs il a adjoint un lexique de définitions permettant la cohérence liée à la définition des termes et à leur respect demeure la difficulté majeure de toute étude épidémiologique multicentrique. Ce code a été testé en Australie, en Angleterre, en Pologne, en Suisse, en France et bien sûr en Autriche.

- en outre BRAUN a démontré la nécessité des relevés épidémiologiques continus sur une durée minimale de 3 ans pour chacun des observateurs lorsque l'on cherche à calculer les taux de prévalence et d'incidence de la morbidité (voir à ce sujet le travail de SONNLEITNER cité dans la thèse de J. ANDRAL). C'est grâce à cette méthodologie rigoureuse que BRAUN parvient à établir une constatation primordiale en épidémiologie : la loi de la répartition régulière des cas. Selon les constatations de l'auteur, les morbidités se présentent à l'observateur généraliste avec des fréquences très voisines pour peu, qu'elles soient enregistrées avec les mêmes critères, dans des zones comparables sur les plans géographiques, économiques et culturels.

* Dans la pratique, nombre de médecins, affirment avoir observé une maladie qu'ils soupçonnent, de peur de dévaloriser leur travail clinique, tant est grand encore le poids du "mythe" du diagnostic (voire du "beau diagnostic") en Médecine. Pour C. LEVI-STRAUSS (37) "un modèle mythique démenti par l'expérience ne disparaît pas purement et simplement, il ne change pas non plus dans un sens qui le rapprocherait de l'expérience. Il poursuit son existence propre et, s'il se transforme, cette transformation satisfait, non aux contraintes de l'expérience, mais à celles de l'esprit, indépendantes des premières". (op. Cit. p. 157). En Médecine Générale, le "modèle mythique" du diagnostic de type hospitalier reste indiscutablement le biais considérable à éviter pour recueillir des observations épidémiologiques pertinentes ; et nous avons vu plus haut ce biais que LAMBERTS a constaté dans l'utilisation de la C.I.M.9. au point de le conduire à construire l'I.C.P.C.

Deux analyses néanmoins manquent aux travaux de R.N BRAUN :

- la première concerne le relevé épidémiologique de l'évolution des phénomènes observés : BRAUN procède à une observation longitudinale centrée sur les résultats de consultation des cas chroniques, des épisodes nouveaux et des cas nouveaux, mais ne s'intéresse pas à l'évolution, spontanée ou non, des cas pathologiques répertoriés.
- la seconde concerne la mise à l'écart, dans le relevé de BRAUN de tout ce qui concerne, non seulement les procédures médicales telles que les actes administratifs ou les actes préventifs, mais aussi tous les problèmes d'ordre psychosociologique que le malade présente au médecin. Ce refus procède d'un choix délibéré qui lui fait privilégier ici le relevé épidémiologique des morbidités traditionnelles.

Cependant, pour ce qui concerne les morbidités, il sera aussi un des premiers à se pencher, avec finesse et pertinence, sur l'étude des procédures diagnostiques, construisant, avec ses "standards de consultation", une véritable épistémologie de la discipline généraliste et de ses stratégies de la décision.

1.3. En effet parallèlement à l'étude épidémiologique dans le champ de la Médecine Générale se poursuit l'étude épistémologique des procédures qui conduisent le praticien à la construction de la prise en charge du patient.

1.3.1. Ainsi en France une autre réflexion épistémologique a vu le jour avec G. BACHELARD, lequel pose le problème de l'inconscient dans les procédures qui conduisent à la connaissance : "il s'agit en effet, écrit-il dans "la Psychanalyse du Feu" (5), de trouver l'action des valeurs inconscientes à la base même de la connaissance scientifique . Il nous faut donc montrer la lumière réciproque qui va sans cesse des connaissances objectives et sociales aux connaissances subjectives et personnelles, et vice-versa." (op. cit. p. 23). L'auteur n'ignore pas l'importance de la tâche : "il suffit, écrit-il plus loin, en effet de considérer un phénomène nouveau pour constater la difficulté d'une attitude objective vraiment idoine. Il semble que l'inconnu du phénomène s'oppose activement, positivement à son objectivation". (op. cit. p. 49).

C'est cette mise en valeur de l'inconscient dans les procédures mises en route dans la prise en charge de la souffrance humaine qui semblent poser problème et qui cependant paraissent fondamentales à P. BENOIT : "c'est pour cela, écrit-il, que je pense que les progrès décisifs à venir dans l'abord des problèmes de la souffrance humaine ne viendront plus, comme aux premiers temps de la médecine scientifique, de l'évolution de la biologie en laboratoire, mais des progrès éventuels de l'esprit humain s'appliquant, avec la rigueur souhaitable, à édifier, de préférence sur le tas, l'épistémologie des sciences d'accueil de la -dite souffrance." (7).

Car c'est bien de rigueur scientifique qu'il s'agit pour analyser dans l'acte médical, l'importance de la "relation médecin-malade". Ne peuvent pas en effet être ignorés les importants travaux réalisés en Angleterre dès 1952 par le psychanalyste M. BALINT (6). La rigueur avec laquelle il peut développer sa recherche sur ce problème est grande, même si elle ne se réduit pas aux méthodes utilisées habituellement dans les sciences "dites exactes" ; que cette recherche se poursuive actuellement, associée à une formation à la relation médecin-malade, dans le Mouvement BALINT, montre bien l'intérêt des médecins pour les phénomènes mis en évidence par l'auteur.

Cette conception de la maladie introduit la dimension relationnelle entre le malade et le médecin et se démarque puissamment de la Médecine d'organes en recentrant aussi le regard sur la personne du malade. Cette conception d'un champ relationnel, lieu clos où s'affrontent les affects conscients et inconscients du médecin et du malade, c'est finalement celle de JP VALBREGA (58), lorsqu'il affirme : "la maladie, c'est ce qui circule entre le malade et le médecin !".

Dès lors, il n'existe aucune morbidité, donc aucun relevé épidémiologique, qui n'inclut pas son observateur. Le signe cénesthésique perçu par le profane ne devient symptôme morbide qu'en référence implicite ou explicite à une instance médicale "supposée-savoir". C'est d'ailleurs ce qui semble ressortir des travaux de P. AIACHE et D. CEBE (1) auxquels nous nous sommes déjà référés : nombre de "symptômes-morbides" étudiés sont définis préalablement comme tels par l'instance médicale mais une faible proportion d'entre eux seulement parvient au stade de phénomène médicalement analysé. C'est là, selon nous, que se rencontrent l'épidémiologie et l'épistémologie.

1.3.2. Pour ce qui concerne la Médecine Générale, l'épistémologie a déjà bénéficié largement des travaux de R.N BRAUN (8). Pour lui, la contrainte des faits oblige l'omnipraticien à une réflexion de cette nature, et, pour l'auteur, l'élaboration d'une théorie professionnelle (c'est à dire une épistémologie de la discipline généraliste) s'avère indispensable.

"Chez un malade présentant un état fébrile atypique, écrit-il (9) il n'est pas possible, en consultation praticien-ne, d'exclure toutes les maladies ainsi que cela se pratique tout naturellement dans une Clinique universitaire (où cette manière de procéder se trouve inscrite dans la fonction.) Le généraliste est obligé de se contenter de "schémas de maladies" assez rudimentaires comme par exemple : pas de raideur de la nuque = pas de méningite ; pas de matité, pas de bruit respiratoire bronchique ou autre bruit "suspect" = pas de pneumonie, "pas de douleur à la pression de l'abdomen droit = pas d'appendicite.

"De tels mini-schémas sont une nécessité absolue pour le généraliste. Au cours de ses études, il n'apprend rien à ce sujet. Je ne pense pas que ce soit délibérément qu'on le prive de cet apprentissage. Bien plutôt, il semble que personne n'ait pris conscience de cet état de fait. Et, de la prise de conscience au début d'une recherche, jusqu'au résultat prêt à être enseigné et publié, il reste une longue route à parcourir. Contraint d'agir dans des conditions données auxquelles il ne peut rien changer, le généraliste se trouve poussé à créer, sans qu'il en ait conscience, les mini-schémas dont il a besoin. (op. cit. p. 63).

En France, J de BUTLER (14) a pour sa part élaboré une théorisation du Diagnostic Médical en distinguant dans les stratégies mises en jeu pour le construire, la "méthode analogique" et la "méthode logique", en marquant l'importance de celle-ci par rapport à celle-là pour l'exercice de la Médecine Générale.

Nous avons évoqué plus haut l'intérêt porté, dans de multiples travaux tant Français qu'étrangers à l'étude des "problèmes", "demandes", "plaintes" ou "motifs de consultation" dans toutes les études épidémiologiques réalisées. Ces études, auxquelles s'ajoutent en particulier celle de DC. MORELL et H G. GAGE (43), sont résumés par le travail réalisé H. LAMBERTS, S. MEADS et M. WOOD (30) sur les "reasons for Encounter Classification".

Ainsi donc se dessinent actuellement les contours de la plupart des travaux épidémiologiques réalisés dans le champ de la Médecine Générale :

- recueil des plaintes du malade,
- étude des procédures diagnostiques et thérapeutiques utilisées
- dénombrement des résultats des consultations sur le plan diagnostique.

Les objectifs de ces enquêtes témoignent du désir de leurs promoteurs, voire de leurs financeurs, (15,16), de mesurer l'adéquation de la réponse du généraliste à la demande de soins individuelle ou collective.

La recherche des stratégies décisionnelles n'apparaît cependant pas, dans beaucoup de ces enquêtes, très élaborée et elles ne permettent pas d'approfondir les travaux de théorie professionnelle ni les aspects relationnels pourtant édictés comme fondamentaux dans la pratique de la Médecine Générale.

1.3.3. Les Caractéristiques du champ de la Médecine Générale définissent dès lors les contours d'une étude que nous voulons à la fois épidémiologique et épistémologique : c'est à dire une étude qui relève des phénomènes objectifs de manière aussi pertinente que possible, qui tienne compte de l'observateur du phénomène relevé, et étudie les stratégies qui l'ont conduit à relever le-dit-phénomène.

Pour nous, une première caractéristique du champ de la pratique de la médecine générale est son déroulement dans le temps. Les phénomènes morbides, même saisis de façon ponctuelle, font partie intégrante d'une histoire, et même d'une pré-histoire, dans laquelle est insérée l'histoire relationnelle du malade et du médecin ; dès lors la maladie ne peut plus y être saisie comme un instantané, mais elle doit être comprise comme le long déroulement d'un film à épisodes. C'est à nos yeux la raison majeure qui conduit toutes les études épidémiologiques transversales à des approximations ou à des biais, ainsi que nous les avons signalés plus haut.

Une deuxième caractéristique de la pratique généraliste est de se dérouler dans un environnement que la morbidité peut difficilement ignorer. L'étude des stratégies décisionnelles en Médecine Générale doit comporter l'étude de l'environnement familial : Th. SCHWENK et Ch. HUGUES (52) en ont même fait une entité morbide et J. FERRAND-NIVAUD (23) en a tracé les possibilités d'analyse. L'environnement social, lui aussi, s'intègre profondément dans les stratégies médicales : c'est d'emblée que le médecin généraliste percevra différente la toux d'un instituteur et celle d'un travailleur de l'amiante. Cette perception instantanée et implicite de la réalité sociologique du malade caractérise aussi la pratique généraliste.

Une troisième caractéristique découle de conceptions actuelles de l'épistémologie, qui nous semblent particulièrement bien adaptées à l'étude de la Médecine Générale, de la morbidité que l'on y rencontre, comme de sa pratique : il est artificiel d'y isoler la maladie comme si elle était extérieure, non seulement au malade, mais encore au médecin. L'objet de l'étude concernera alors le phénomène observé et l'observateur du phénomène. La subjectivité est ici reconnue, mais elle s'efforce de devenir objective, pour peu qu'elle soit relevée selon une méthode précisée.

2. OBJECTIFS

Dès lors que nous avons pu percevoir ainsi L'ETAT DE LA QUESTION, l'OBJET de notre recherche était la MORBIDITE, entendue comme tout phénomène perçu anormal par une personne définie et présentée par elle à un médecin précis, -différent en cela de la "maladie" prétendue indépendante du malade, et de la "pathologie" considérée comme une vue générale d'un sous-ensemble de maladies - et le CHAMP de l'étude était la MEDECINE GENERALE.

.../...

2.1. Un premier objectif épidémiologique se définirait ainsi : étude de la fréquence et analyse des morbidités rencontrées dans la pratique de la Médecine Générale. Cet objectif nécessitait de façon impérative la prise en compte des idées de R.N BRAUN sur les notions de "diagnostic" dans la pratique du généraliste, de façon à ne pas obtenir de résultats épidémiologiques trop approximatifs, voire biaisés par des incohérences de codage.

2.2. Un second objectif épidémiologique découlait également des constatations précédentes : notre recherche devait être longitudinale et étudier l'évolution, spontanée ou non des différents problèmes morbides suivis, ainsi que les corrélations causales qu'il serait possible de déterminer. Cela supposait donc la surveillance d'une cohorte de malades suivie régulièrement pendant une durée significative.

2.3. Le premier objectif à proprement parler épistémologique vise l'étude du mécanisme des stratégies décisionnelles en Médecine Générale d'un point de vue médical traditionnel, et cela pour les différents problèmes posés au généraliste. Cela supposait l'étude préalable et l'analyse des différents items cliniques retenus.

2.4. Le second objectif épistémologique consistait à étudier les différentes modalités de la pratique du Médecin généraliste selon les conditions événementielles, sociologiques ou pathologiques du moment : cela nécessitait l'isolement d'items d'ordre sociographique et événementiel indépendamment de la morbidité. Les deux objectifs épistémologiques nécessitaient donc une enquête approfondie.

3. METHODOLOGIE

Pour parvenir à la réalisation de ces objectifs, nous avons effectué les choix méthodologiques suivants.

3.1. Le point de vue épidémiologique imposait l'utilisation d'une fiche d'observation où les items seraient précisés dans des codes. En outre pour éviter les biais d'une codification a posteriori par des "codeurs" étrangers au recueil des informations, nous avons choisi de faire porter l'intégralité des informations par l'observateur directement en code sur la fiche.

3.1.1. Ce choix impliquait la construction préalable des différents codes par des observateurs eux-mêmes ou leur assimilation au cours de journées de formation.

3.1.2. Afin d'éviter les incohérences du codage il nous a semblé indispensable de rassembler pour cette enquête un groupe de médecins généralistes suffisamment nombreux pour que les résultats escomptés puissent tendre vers une certaine représentativité de la pratique généraliste française et suffisamment réduit pour pouvoir constituer un groupe homogène, à langage cohérent, et capable de se réunir avec la fréquence nécessaire.

3.1.2.1. Nous n'avons donc pas choisi de prendre un échantillonnage de médecins généralistes représentatif de l'ensemble. On recherche ensuite dans quelle mesure leur représentativité pourra, a posteriori, sembler satisfaisante.

3.1.2.2. Nous avons opté initialement pour l'unité géographique, en centrant notre groupe autour de Nantes, par appel d'offre. En raison du nombre réduit de volontaires ainsi trouvé, nous avons élargi notre équipe à la Région des Pays de la Loire, puis à quelques confrères membres de la Société Française de Médecine Générale intéressés à ce travail.

3.1.2.3. Nous désirions 20 médecins observateurs : le recrutement par cooptation ne nous permit de n'en trouver que 17 au départ. Nous verrons au Chapitre V l'histoire de ce groupe.

3.1.3. Un travail de pré-enquête fut réalisé fin 1981 et toute l'année 1982 par quatre médecins-initiateurs de la recherche. Ce travail a été réalisé en 7 étapes.

1. Réflexion-discussion en groupe sur l'objet et les objectifs de la recherche.
2. Recueil des informations préliminaires au cours de deux séquences de 3 semaines.
3. Analyse des données recueillies, construction d'un protocole de recueil plus élaboré et des codes.
4. Test de faisabilité du protocole-élaboré. Modifications.
5. Intégration dans l'équipe du Dr JP LEMORT, chargé de cours de Mathématiques, de Statistiques et d'Informatique Médicale à la Faculté de Médecine de Nantes. Discussion et remaniement du protocole.
6. Présentation, discussion et analyse du protocole auprès des responsables scientifiques de la Société Française de Médecine Générale (Drs O. ROSOWSKY et J. DE COULIBOEUF).
7. Discussion, analyse, apprentissage du protocole par l'ensemble des membres du groupe : 17 médecins généralistes observateurs, un expert-statisticien, deux responsables scientifiques.

3.2. Pour réaliser notre objectif épistémologique, nous avons opté pour les solutions suivantes :

3.2.1. Nous avons choisi la méthode de l'enquête longitudinale qui permettait de poursuivre la surveillance du phénomène morbide sous l'influence des interventions médicales et/ou des événements extérieurs. Nous avons fixé la durée de la surveillance à 4 ans, durée choisie comme référence évolutive de la plupart des principaux événements morbides rencontrés en Médecine Générale.

.../...

3.2.2. Pour des raisons de faisabilité, nous avons décidé de n'observer qu'une fraction de nos malades, environ 1/10e d'une clientèle moyenne, soit 100 malades par médecin. Cette cohorte de malades destinée à être surveillée, pour ne pas être biaisée par une sélection explicite ou implicite, devait être tirée au sort selon les tables de nombres aléatoires.

3.2.3. Dans le but de prendre en compte les différentes composantes sociographiques, évènementielles et relationnelles de la morbidité rencontrée dans la pratique généraliste, nous avons décidé d'intégrer dans le recueil d'informations un nombre important d'items qui les concernaient, mais sous la forme même où ces items étaient mémorisés par les praticiens et selon l'idée qu'ils pouvaient s'en faire.

3.2.4. Pour pouvoir objectiver le regard jeté par le Médecin observateur sur des phénomènes dans lesquels sa subjectivité fait partie intégrante de l'observation, nous avons cherché à élargir cette recherche aux disciplines sociologiques et psychanalytiques. Pour cela nous avons sollicité une équipe de chercheurs en sociologie, afin d'observer le même objet sous un angle et avec les méthodes qui sont les leurs.

Par contre l'intégration d'un Psychanalyste n'a pu être tentée pour des raisons structurelles et budgétaires.

B I B L I O G R A P H I E

-
1. P. AIACHE et D. CEBE. "Symptomatologie et conduites de maladies" INSERM U. 240 & 164, juin 82.
 2. ASHLEY M. AITKEN & R.N BRAUN "Understanding General Practice" Editor J.M FRAILLON, Victoria Faculty, Australia.
 3. Association des Médecins du Tournugeois "Programme d'Epidémiologie Prévention 1982-1983". Contrat Conseil Régional de Formation Médicale Continue de Bourgogne - DRASS -
 4. A. ATTARD. "Le Médecin Praticien et les enquêtes épidémiologiques, à propos d'une expérience réalisée en Maurienne sur la bronchite chronique." Thèse GRENOBLE. 1981.
 5. G. BACHELARD - La Psychanalyse du Feu - Ed GALLIMARD - 1979.
 6. M. BALINT. "Le Médecin, le Malade et la Maladie" P.U.F. Paris 1960 et PAYOT Paris 1966.
 7. P. BENOIT. "Médecine et Psychanalyse". Confrontations psychiatriques n° 17.1979. p. 289-306.
 8. R.N BRAUN. "Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale" PAYOT Edit. 1979.
 9. R.N BRAUN. "La Médecine Générale : sa position et son rôle dans la Médecine" Documents de Recherche en Médecine Générale n° 7-8 - 1983.
 10. D. BROCLAIN. "Médecine Générale. Statut, champ et spécificités. Une approche bibliographique". Thèse PARIS-Lariboisière-Saint-Louis. 1986.
 11. D. BUCQUET, M. DOUMENC, R. DUCARRE, M. MOLINARI, L. TIRET. "L'activité des Médecins Généralistes". Une enquête auprès des Praticiens maîtres de Stage à l'Université Paris-Sud Concours Médical 29/10/83 - 105.40 p 4397 et sq.
 12. D. BUCQUET "Le Généraliste en première ligne à Paris-Sud" INSERM Unité 164 Paris Décembre 83.
 13. Bulletin du Conseil National des Médecins. "L'évolution de la Profession Médicale" (1979.1982) n° 2 juillet 1983 p. 272 et sq.
 14. J. de BUTLER. "Le diagnostic Médical" U.E.R. Expérimentale de Médecine Santé et Biologie Humaine de PARIS-BOBIGNY - texte ronéoté, 1979.

15. J. CHAPERON. "L'expérimentation et la Recherche en Médecine Communautaire" juillet 1984. article ronéoté.
16. J. CHAPERON. "Analyse de l'activité et morbidité rencontrée chez les Médecins Généralistes". août 1985 - article ronéoté.
17. Conseil Départemental de Formation Médical Continue de l'Ain "Recours à l'hospitalisation dans le Département de l'Ain". 1984.
18. CREDOC 1982. "Morbidity et Thérapeutique médicale" Tome 816 du 28.2.84.
19. F. DESCLAUX. "Contribution à l'Epidémiologie de la Céphalée" Thèse BORDEAUX II 1985.
20. A. DONABEDIAN "The Quality of Medical Care : a concept in search of a Definition" The Journal of family Practice. Vol. 9. n° 2. 277.284.1979.
21. Th. DOUGE. "L'Analyse épidémiologique de l'activité pédiatrique de l'A.U.M.B. Recherche en Médecine Générale : à partir de 7906 visites de praticiens de garde traitées par informatique (analyse factorielle). Thèse BESANCON 1984.
22. G. DUBOIS, J. MARTY. "L'Epidémiologie et la Prévention" C.M. 27.04.85 - 107.17.
23. J.C. FERRAND- NIVAUD. "Le médecin, le malade et sa famille. A propos de 9 observations familiales" Thèse NANTES. 1984.
24. M. GUIDEVAUX. A.COLVEZ. E. MICHEL. F. HATTON. INSERM Unité n° 164. 1975.
25. A. GUIBAUX. "Les Motifs de Consultation d'un médecin généraliste en pratique rurale. Etude statistique et résultats. A propos de 1311 cas. "Thèse PARIS-BICHAT 1979.
26. W.W. HOLLAND. "Le rôle de l'Epidémiologie" Bordeaux Médical 1983. 16 : 167.71.
27. M. JENICEK et R. CLEROUX. "Epidémiologie". MALOINE Edit. 1982
28. C. RUMEAU - ROUQUETTE, G. BREART et R. PADIEU; "Méthodes en Epidémiologie" FLAMMARION Edit. 1982.
29. M. JENICEK, J.Y. GUEDJ, A. MANDIN et R. BAYLET. "Epidémiologie pour le praticien : son contenu, son enseignement" Concours Médical. 14/07/84. - 106.28. p. 2645 et sq.
30. H. LAMBERTS, S. MEADS, M. WOOD "Results of International Field Trial with the reason for encounter Classification (RFEC)" Paper for the International working Conférence of IMIA Ottawa (26-28 sept. 84).
31. LAMBERTS H. "Morbidity in général Practice" Utrecht 1984. Uitgeversmart - schappij Huisartsempers B.V.

32. H. LAMBERTS. "International Classification of Primary car^o-ICPC. "Universiteit van Amsterdam - Instituut voor Huisarts-ganeeshunde" 1985.
33. Ph. LAZAR. "La Recherche Epidémiologique et les Praticiens" Concours Médical. 26/09.81 - 103-34 p. 5343.
34. Ph. LEFUR et C. SERMET. "Les Généralistes et leurs patients" une enquête du CREDOC". Concours Médical. 10/03/84 - 106.10. p 880.
35. A. LETOURMY. "Etude de la pratique médicale de généraliste en Médecine Libérale de Cabinet. Rapport descriptif." CEREBE, juillet 1977.
36. A. LETOURMY. "Pratique quotidienne et comportement des Généralistes libéraux". CEREBE avril 1981.
37. C. LEVI-STRAUSS "Le regard Eloigné" PLON Ed.
38. E. LEVY, M. BUNGENER, G. DUMENIL, F. FAGNANI. "Economie du Système de Santé" DUNOD Edit.
39. Ph. MALHERBE "Analyse de la prescription d'antibiotiques par les Médecins Généralistes d'Aquitaine dans le cadre d'une enquête permanente". Thèse BORDEAUX II. 1984.
40. S. MEADS "Progress report in International Classification of Primary Care" W.H.O. Meeting of Heals of W.H.O. Collaborating centers for classification of Diseases. San Francisco, 29 may 4 june 1984.
41. A. MIZRAHI, A. MIZRAHI et S. SANDIER. "Socio-économie de la santé" Edit. Pergamon.
42. A. MIZRAHI et A. MIZRAHI. "Morbidité et thérapeutique ambulatoire. Une enquête du CREDOC" Concours médical - 12/06/82 104.24. p. 3955.
43. D.C. MORRELL, H.G. GAGE et N.A. ROBINSON "Patterns of demande in general Practice". J. ROY. Coll. Gen. Practit.1970, 19, 331.
44. C. MUNRO. "Content and process of general practice. Preliminary report" Australian Family Physician. Vol. 13. n° 2 février 1984.
45. T. POYNARD. "Evaluation des moyens diagnostiques : les indices informationnels" R.P. 1983 - 33, 19 (1er avril 1983) p. 985.
46. F. ROGER- HARAMBURU et P.LOT - BELLVERT. "Etude de la Prescription Médicamenteuse en Aquitaine" Thèse BORDEAUX. 1981.

47. O. ROSOWSKY et J.P. ABRAMOWITCH. "Recherches épidémiologiques sur les conditions spécifiques de la recherche en Médecine générale - Corpus : trois recherches en cours dans 2 sociétés savantes à l'initiative de Médecins Praticiens". INSERM. Economie de la santé A.T. 56. 1977.
48. O. ROSOWSKY. "Expérimentation et Recherche Clinique en Médecine générale, le temps des Entrepreneurs" Prospective et Santé n° 34. Eté 1985, p. 123 et sq.
49. R. SALAMON, J. BRYLOT et M. MOREAU "Pré-enquête en Région Aquitaine sur la morbidité ambulatoire et les prescriptions en Pratique libérale". Rapport final 1980. Université Bordeaux II.
50. H. SAN MARTIN. "Santé Publique et Médecine Préventive" MASSON Ed Paris 1983.
51. D. SCHWARTZ. "A quoi sert l'Epidémiologie" Revue de Praticien. 1982 11/06/82 - 32,33 p. 2209.
52. Th. SCHWENK et Ch. HUGUES. "The Family as Patient in Family Medecine". Rhetoric or reality ?" Soc-sci. Med. Vol. 17 p; 1 à 16. 1983.
53. J.L SOARES. "Contribution à l'Etude des infections respiratoires aiguës en Aquitaine. Résultats d'une enquête auprès de Médecins généralistes." Thèse BORDEAUX II 1984.
54. A.C. STRAUCHT-PIERROT. "Analyse épidémiologique de l'activité gériatrique de l'A.U.M.B. Recherche en Médecine Générale : à partir de 3911 visites de praticiens de garde traitées par informatique (analyse factorielle) Thèse BESANCON 1984.
55. L. SULPICE-PICARD. "Analyse de l'activité des Médecins Généralistes d'Aquitaine" Thèse BORDEAUX II 1984.
56. J. TANNEAU. "Les troubles mentaux dans la Consultation du Médecin Généraliste" Thèse BORDEAUX 1984.
57. M. TRABELSI-VALLADE "Etude critique de l'utilisation du Code O.M.S. pour la morbidité ressentie". Thèse BORDEAUX II 1983.
58. J.P. VALABREGA "La Relation Thérapeutique".
59. B. VINCENT. " A propos de l'étude sur le recours à l'hospitalisation dans l'Ain. Analyse méthodologique". Panorama du Médecin.
60. B. VINCENT. "Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généraliste maître de stage à l'université de Paris-sud" Documents de Recherche en Médecine Générale n° 15. 1984.
61. B. VINCENT "Médecine Générale et Epidémiologie : son champ, ses méthodes, ses objectifs". La Presse Médicale. 24/11/84. 13. n° 42 p. 2542 et sq.

62. J.P VIVOUX. "Les Motifs de consultation d'un Médecin généraliste en pratique de ville. Etude statistique et résultats. A propos de 1016 cas." Thèse PARIS-BICHAT, 1978.

CHAPITRE II

LE PROTOCOLE D'OBSERVATION
et SES CODES

(Les nombres portés entre parenthèses renvoient au Chapitre suivant "Commentaires et Discussions" dans lequel ce Protocole sera critiqué.)

INTRODUCTION

A partir du lundi 3 janvier 1983, tout malade justiciable d'un acte médical de notre pratique de généraliste sera inclus dans l'enquête selon la table des nombres au hasard ci-après (1).

La recherche prévue étant destinée à étudier le "suivi" des malades pendant 4 ans, seront exclus de la recherche les malades contactés occasionnellement et non destinée à être suivis, par exemple les malades vus au cours d'une garde et "renvoyés" à leur médecin traitant.

Pour inclusion dans l'enquête ne seront décomptés que les contacts ayant donné lieu à la rédaction d'une feuille de maladie. Néanmoins, à partir de son inclusion dans l'enquête tout contact avec le malade-inclus, même s'il n'a pas donné lieu à la rédaction d'une feuille de soins, fera l'objet de la rédaction d'une fiche intercalaire.

Il appartiendra à chacun des médecins de déterminer au préalable, en fonction de sa pratique moyenne journalière, la fourchette à l'intérieur de laquelle il retiendra les nombres subséquents et à l'extérieur de laquelle il les éliminera : cette détermination devra lui permettre d'inclure ses 100 malades en 3 mois.

Les numéros de code pour chaque médecin sont conservés secrets par le responsable de la recherche ; pour vous c'est le code...

NOTE : Pour tout ce chapitre se reporter également aux "Documents de Recherche en Médecine Générale" Editions S.F.M.G. n° 6-1982 ; n° 12/13-1974 ; n° 17-1985

INCLUSION DES MALADES
selon la table 6M. "Permutation au hasard des 20 éléments"
MODE D'UTILISATION

A partir du 3 janvier 1983, selon l'ordre des actes médicaux effectués, inclure dans l'enquête les malades séparés par les nombres successifs de la colonne 1, puis 2, etc...

Par exemple : malade N° 3

puis malade N°3+5 = N°8
puis malade N°3+5+2 = N°10
puis malade N°3+5+2+12 = N°22
puis malade N°3+5+2+12+10 = N°40

Poursuivre ainsi jusqu'à l'inclusion des 100 malades. Il est entendu que la numérotation des malades commencée le 3 janvier 1983 se poursuit les jours suivants : par exemple, le malade vu en numéro 10 le 7 janvier sera au rang 72.

Si le 3 janvier	ont été vus	15 malades
le 4 janvier		17 malades
le 5 janvier		22 malades
le 6 janvier		8 malades

62 malades

<p>a) 3 14 14 10 16 5 3 2 13 11 2 16 7 3 5 12 1 17 20 9 18 19 9 14 6 10 17 11 19 17 11 12 4 18 3 13 15 6 1 14 17 6 19 12 4 9 13 16 2 8 16 10 18 6 13 1 5 1 7 10 15 11 12 11 20 7 7 10 8 15 8 8 3 5 18 14 2 15 17 2 20 18 5 4 7 4 20 8 15 12 6 9 13 9 19 19 4 20 16 1</p>	<p>b) 13 8 17 4 7 15 9 12 11 16 3 18 1 13 6 2 4 6 1 12 1 15 9 10 3 9 11 10 8 4 7 2 4 14 19 11 10 8 16 8 10 6 13 7 13 19 7 11 3 20 12 13 3 9 10 5 19 18 19 17 16 20 7 17 1 17 17 20 2 15 18 3 16 6 5 14 14 14 18 9 4 16 19 20 11 8 12 5 5 14 20 5 2 12 18 6 1 15 15 2</p>	<p>c) 8 2 18 8 8 12 20 15 16 13 15 16 5 2 18 3 6 12 17 11 18 1 14 7 14 14 12 4 10 10 9 18 11 9 16 19 5 19 1 2 1 3 13 19 17 6 14 3 13 1 5 8 17 3 6 20 17 10 4 15 13 9 6 11 5 11 13 8 5 19 10 11 16 14 9 7 15 7 12 3 2 10 2 20 12 16 19 1 15 20 17 4 9 18 7 4 7 20 6 4</p>
--	--	--

etc...

TABLE 6 M

Permutations au hasard de 20 éléments

TABLE 6 M

Permutations au hasard des 20 éléments

d)	16	18	15	2	15	e)	7	1	4	6	5	f)	14	3	10	2	7
	19	2	12	17	19		17	18	17	12	20		12	16	16	19	10
	8	14	2	13	6		3	9	2	7	1		13	2	4	8	3
	15	9	10	11	2		1	13	7	2	7		19	6	15	13	12
	2	5	11	15	7		16	5	3	1	18		1	8	9	20	18
	17	6	6	14	18		19	7	10	17	8		18	1	3	12	19
	11	16	7	3	14		5	3	16	16	6		6	7	5	1	15
	3	1	14	9	8		20	12	13	13	2		5	11	6	4	11
	7	11	9	7	4		10	6	6	5	9		17	5	18	9	5
	1	8	17	4	20		13	2	5	20	15		11	10	1	15	20
	12	4	5	19	1		11	4	12	3	16		9	20	17	14	13
	9	17	19	1	13		18	20	1	19	4		8	18	13	17	14
	10	3	1	6	3		15	11	18	15	3		16	14	19	3	4
	6	15	20	12	11		8	16	11	4	14		7	17	7	7	2
	18	20	4	5	17		9	15	8	11	19		2	15	11	16	16
	4	12	13	16	10		12	14	19	9	13		10	4	14	6	6
	20	13	16	20	9		6	8	9	10	17		4	13	20	18	1
	13	19	18	18	12		2	10	20	18	11		3	12	12	10	8
	14	7	3	10	16		4	17	14	8	12		20	9	2	5	17
	5	10	8	8	5		14	19	15	14	10		15	19	8	11	9

CODAGE DU DOSSIER

1 - N° du Dossier

Les deux cases de gauche correspondent au code du médecin.
Les trois cases du milieu correspondent au numéro du dossier du malade de 1 à 100

Les trois cases de droite barrées ne doivent pas être remplies sur le dossier. Elles serviront à numérotter les fiches intercalaires.

2 - NOM : les 3 premières lettres

PRENOM : les 6 premières lettres

3 - DATE DE NAISSANCE : de gauche à droite : jour, mois et année.

4 - SEXE : Homme = 1

Femme = 2

5 - PROFESSION : selon le code INSEE ci-dessous (2)

En clair si une précision supplémentaire vous semble souhaitable.

- Pour les 3 premiers chiffres

Agriculteurs exploitants	00
Salariés agricoles	10
Industriels	21
Artisans	22
Patrons pêcheurs	23
Gros commerçants	26
Petits commerçants	27
Professions libérales	30
Professeurs, professions littéraires et scientifiques	32
Ingénieurs	33
Cadres administratifs supérieurs	34
Instituteurs : professions intellectuelles diverses	41
Services médicaux et sociaux	42

Techniciens	43
Cadres Administratifs moyens	44
Employés de bureau	51
Employés de commerce	53
Contremaîtres	60
Ouvriers qualifiés	61
Ouvriers spécialisés	63
Mineurs	65
Marins et pêcheurs	66
Apprentis ouvriers	67
Manoeuvres	68
Gens de maison	70
Femmes de ménage	71
Autres personnels de service	72
Artistes	80
Clergé	81
Armée et police	82
Autres	90

Pour le troisième chiffre, noter la situation du malade en référence à la profession de la personne ou du parent responsable (3)

Femme au foyer	1
Enfant non scolarisé	2
Enfant scolarisé	3
Etudiant	4
Retraité	5
Chômeur	6
En activité	7

Exemples :

- Enfant non scolarisé d'un père marin-pêcheur : 66.2
- Retraité de l'artisanat : 22.5
- Femme d'un technicien : 43.1
- Chômeur ancien O.S : 61.6
- Exploitant agricole en activité : 00.7

5 bis - SITUATION DE FAMILLE

- célibataire	1	- concubinage	5
- marié (e)	2	- autre	6
- veuf (e)	3	- inconnu	0
- divorcé (e)			
séparé (e)	4		

6 - HABITAT

- Lieu 6a

. Grande ville (+ de 100 000 Hbts).....	1
. Petite ville (de 10 000 à 100 000 Hbts).....	2
. Agglomération de moins de 10 000 Hbts.....	3
. Hors agglomération (4).....	4
. Inconnu.....	0

- Type 6b

. Maison individuelle.....	1
. Appartement.....	2
. Autre.....	3
. Inconnu.....	0

- Ancienneté de vie dans l'habitat 6c (5)

. Moins de 5 ans.....	1
. De 5 à 20 ans.....	2
. Plus de 20 ans.....	3
. Inconnu.....	0

- Nombre de pièces connues 6d

Ne compter que les pièces de séjour, hors garage, débarras, que vous connaissez. (6)

Inconnu = 0

- Confort 6e (7)

. Maison ou logement en parfait état.....	1
. Logement bien équipé mais assez vétuste.....	2
. Logement manquant d'équipement (WC, sanitaire) de chauffage (par exemple), mais en bon état.....	3
. Logement mal équipé et vétuste.....	4
. Inconnu.....	0

7 - FAMILLE (y compris le malade) (8)

Distinguer parmi les membres de la famille soignés ceux qui vivent et ceux qui sont décédés au moment où commence l'enquête.

Distinguer parmi les membres de la famille ceux qui sont connus directement et ceux qui sont soignés.

(si le nombre semble supérieur ou égal à 99, noter 99).

- Nombre de personnes de la famille du malade connus du médecin : 7a.
- Nombre de personnes de la famille soignés par le Médecin et décédés : 7b.
- Nombre de personne de la famille soignés par le Médecin et vivants lors de l'inclusion dans l'enquête : 7c.

8 - Ancienneté dans la relation médicale

avec la famille du malade 8a, avec le malade lui-même 8b

- Si la relation est supérieure à un an, noter dans les deux baquets de gauche le nombre d'années et 9 dans le baquet de droite.
- Si la relation est inférieure à un an, noter 00 dans les deux baquets de gauche, et 1 dans le baquet de droite.
- S'il s'agit du premier contact, noter 00.0

8 bis - Commentaires sur le patient et/ou sa famille (9)

On notera ici schématiquement tout antécédent pathologique et/ou de sa famille, tout commentaire sur l'environnement du patient, sur sa personnalité, qui nous ont semblé importants au moment de l'inclusion dans l'enquête.

9 - Evénements survenus dans la santé de la famille (10)

Il s'agit ici de coder tous les événements pathologiques pris en charge par le médecin traitant au cours de la période de 4 ans d'observation, à partir de l'inclusion dans l'enquête.

- Date : jour, mois et année

- Membre de la famille : Père.....	1
Mère.....	2
Grand-père.....	3
Grand-mère.....	4
Fils.....	5
Fille.....	6
Frère.....	7
Soeur.....	8
Concubin-conjoint.....	9
Autre proche.....	0

- Evénement médical (11)

. Maladie aiguë bénigne.....	1
. Maladie Infectieuse.....	2
. Affection chronique bénigne.....	3
. Maladie chronique grave dans un avenir lointain	4
. Maladie grave dans un avenir proche.....	5
. Accident.....	6
. Opération chirurgicale ou hospitalisation.....	7
. Accouchement, grossesse.....	8
. Invalidité.....	9
. Décès.....	0

10 - Evénements survenus au malade inclus dans sa vie sociale ou familiale depuis l'inclusion dans l'enquête (11)

- Date : jour, mois et année

- Evénements :

. Déménagements.....	1
. Accidents survenu dans un bien (vol, incendie)..	2
. Accidents survenu dans la famille.....	3
. Licenciement, chômage, retraite anticipée.....	4
. Embauche, nouveau travail, changement de milieu scolaire ou nourricier.....	5
. Liaison amoureuse, fiançailles, mariage.....	6
. Déception sentimentale, rupture, divorce.....	7
. Autre événement pénible.....	8
. Autre événement heureux.....	9
. Autre événement.....	0

CODAGE DE LA FICHE INTERCALAIRE (fiche à remplir à l'occasion de tout contact médical avec le malade inclus)

11 - Fiche d'observation intercalaire : N° de la fiche

Les deux cases de gauche = code médecin

Les trois cases du milieu = code du malade

Les trois cases de droite = numéro d'ordre du contact pour ce malade

12 - Mode de prise en charge du malade

- Au cabinet de consultation.....	1
- A son domicile.....	2
- Malade hospitalisé.....	3
- Prise en charge par téléphone.....	4
- Prise en charge par lettre.....	5
- Dans d'autres conditions.....	6

13 - Problèmes posés au médecin (12)

Noter chaque demande, éventuellement de a à d, telle qu'elle se pose au médecin, à la condition que chacune lui pose un problème particulier. Si plus de 5 demandes sont présentées, utiliser une autre fiche intercalaire qui portera le même code 11 et la même date (12 bis). Coder les demandes selon le code annexé. (dans le code ci-dessous, les problèmes posés suivis d'un * ont été ajoutés à partir du 01.01.84) Voir exemple du code pages 40 et 41.

14 - RESULTAT DIAGNOSTIQUE (13)

En regard de chacune des demandes présentées par le malade, noter le niveau diagnostique atteint en fin d'examen :

Niveau 0 = Aucune constatation pathologique faite, soit parce que le sujet est en bonne santé, soit parce que pour cette demande il n'a pas été examiné, soit parce que pour cette demande aucun symptôme subjectif ou objectif nouveau n'a été relevé.

Niveau 1 = Symptôme, ce qui signifie qu'à l'issue de l'examen aucun élément pathologique autre que le symptôme présenté par le malade n'a été relevé, ou découvert par le médecin.

Niveau 2 = Syndrôme, ce qui signifie qu'à l'issue de l'examen plusieurs symptômes ont été trouvés qui regroupés de façons cohérentes, peuvent évoquer plusieurs états pathologiques.

Niveau 3 = Tableau de maladie, ce qui signifie que l'on aboutit à la conviction clinique du diagnostic mais sans la preuve bactériologique ou anatomopathologique.

Niveau 4 = Diagnostic certifié, lorsqu'à l'issue de la consultation on acquiert la preuve du diagnostic clinique.

15 - PRONOSTIC : c'est à dire "l'évaluation pronostique" pour chacune des demandes présentées par le malade.

Pro = 0, Lorsque pour la demande formulée par le malade, aucune évaluation pronostique n'était en jeu, par exemple à l'occasion d'une vaccination.

Pro = 1, Lorsque le pronostic apparaît favorable, soit que la maladie soit peu gênante pour le malade, soit qu'elle ait toute chance de disparaître.

Pro = 2, Lorsque le pronostic apparaît incertain, soit que l'affection entrave la vie du malade ou lui fasse courir un risque d'évolution vers l'aggravation.

Pro = 3, Lorsque le pronostic apparaît défavorable ou lorsque l'évolution est fatalement grave.

Pro = 4, Guérison. (14)

16 - PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Pour chacune des demandes présentées par le malade, mettre une croix dans la colonne correspondante :

- 1 = Acte technique (injection, suture, pansement, etc)
- 2 = Traitement symptomatique,
- 3 = Traitement d'épreuve (destiné à fournir un élément de preuve à une hypothèse diagnostique)
- 4 = Traitement à visée étiologique, ou réputé spécifique dans l'état actuel des connaissances médicales.
- 5 = Mise en attente : abstention volontaire de traitement lorsque le médecin attend l'évolution spontanée de la maladie pour intervenir. Par contre noter 0, si aucun traitement n'est nécessaire.

17 - DECISIONS ULTERIEURES

Pour chacune des demandes présentées par le malade, noter :
Colonne 1 : le délai, en jours, avant la prochaine consultation (3 chiffres).

Colonne 2 : Par une croix, la demande d'examen complémentaire. Précisons qu'un examen est considéré comme complémentaire lorsque le médecin généraliste en assure lui-même l'interprétation l'intégration dans le diagnostic.

Colonne 3 : Par une croix, la demande d'examen spécialisé. Précisons qu'un examen est considéré comme spécialisé lorsque le médecin généraliste partage avec le "spécialiste" la responsabilité du diagnostic et/ou du traitement.

Colonne 4 : En cas d'hospitalisation, code 1. Si l'hospitalisation impose un moyen médicalisé d'urgence (type SAMU, SMUR, ETC...) code 2 (15) pas d'hospitalisation coder 0.

18 - RESULTATS DE CONSULTATION (16)

Pour chacune des demandes présentées par le malade, noter le résultat diagnostic de consultation en utilisant le code annexé mis à jour au 1er janvier 1984. Tout résultat de consultation qui semble éloigné du code annexé devra être porté en clair au verso de la fiche. Les résultats de consultation notés avec * correspondent à des codes introduits au 01.10.84. (17). Voir exemple de ce code en pages 42, 43 et 44.

19 - PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIQUE

Si au cours de la consultation nous estimons avoir effectué une action psychothérapique de soutien, noter 1 (18). Une action psychothérapique d'inspiration analytique noter 2
Dans le cas contraire, noter 0.

23 c - causes de la fin d'observation : (20)

- Changement de domicile.....	1
- Changement de médecin traitant.....	2
- Hospitalisation définitive, internement, maison de retraite.....	3
- Décès de cause prévue et constatée.....	4
- Décès de cause prévisible mais non constatée.....	5
- Décès de cause inconnue.....	6
- Fin de l'enquête.....	7
- Inconnu.....	8
- Retrait volontaire du médecin.....	9

23 d - Etat de la relation du médecin au moment de la fin de l'observation avec le malade 23d1, et avec sa famille 23d2.

- Bon.....	1
- Neutre.....	2
- Mauvais.....	3
- Sans précision..	4

LE CODE DES PROBLEMES POSES (12)

CHIFFRE N° 1 : (21)

- Code 0 : découverte d'un état morbide pour lequel aucune demande n'était formulée.
- Code 1 : symptôme ou état morbide nouveau.
- Code 2 : surveillance d'un état morbide connu (surveillance continue et/ou programmée).
- Code 3 : examen ou traitement d'une fonction ou d'un appareil présumé sain.
- Code 4 : actes divers, techniques, administratifs...
- Code 5 : renseignements, informations, conseils, commentaires...
- Code 6 : état morbide connu du Médecin, mais ne faisant pas l'objet, jusqu'à présent d'une surveillance.
- Code 7 : situation d'urgence pour un symptôme nouveau.
- Code 8 : situation d'urgence pour un état ou symptôme connu.
- Code 9 : surveillance d'un état morbide connu sans avoir été l'objet d'une demande.

CHIFFRE N° 2 :

- Code 1 : pathologie infectieuse.
- Code 2 : pathologie cardio-vasculaire.
- Code 3 : état général, actes divers, endocrinologie, métabolismes.
- Code 4 : gynécologie, urologie.
- Code 5 : neuro-psychiatrie.
- Code 6 : O.R.L., ophtalmologie, stomatologie.
- Code 7 : gastro-entérologie.
- Code 8 : dermatologie.
- Code 9 : appareil locomoteur.
- Code 0 : pneumologie.

CHIFFRES N° 3 et N°4 :

Selon les symptômes ou les maladies.*
Le contact du Malade par le Médecin, sur l'initiative de ce dernier est coté 5000.

* voir ci-après l'exemple de la pathologie cardiovasculaire.

Code des Problèmes Posés : l'exemple de la
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE Code = .2..

Acrosyndrôme.....	2	I	6
Artérite.....	2	0	4
Douleurs thoraciques (au sens large).....	2	1	3
Hypertension artérielle.....	2	0	I
Insuffisance cardiaque.....	2	0	2
Insuffisance coronarienne ; angor.....	2	0	3
Oedeme.....	2	4	1
Troubles du rythme.....	2	1	5
Syncope, accident aigu.....	2	1	4
Varices et complications.....	2	3	1
Autres problèmes cardiologiques.....	2	2	0
Autres problèmes artériopathiques.....	2	2	1
Autres problèmes phlébologiques.....	2	2	2
Autres problèmes capillaires.....	2	2	3

NOTE : Le Code complet des problèmes posés peut être obtenu
en écrivant au Siège de la S.F.M.G.

.../...

LE CODE DES RESULTATS DE CONSULTATION

Le Code se base sur les travaux réalisés par R.N BRAUN ("Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale") : Ces résultats codés selon les fréquences relevées par l'auteur ont ici été regroupées, pour se conformer aux habitudes acquises par les utilisateurs, selon les chapitres de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.9.).

Rappelons en outre qu'il s'agit d'un code bi-axial dont n'apparaît ici que l'axe dénommatif ; l'axe évaluatif établissant la "position diagnostique" selon 4 niveaux, "symptôme", "syndrome", "tableau de maladie", "diagnostic certifié" fait l'objet d'une codification particulière (voir n° 14 du protocole).

En additif à ce Code, ont été ajoutés à partir du 01.08.84 les codes marqués par * : en effet à la suite de 11578 consultations analysées à cette date ont été relevés les résultats de consultation dont la fréquence apparaissait égale ou supérieure à 0,20 pour 1000.

En outre la formulation de ces résultats de consultation a été précisée pendant les 2 premières années de l'enquête par un groupe de Médecins de la S.F.M.G., qui, à Paris, adaptaient les termes traduits de l'Allemand en accord avec R.N BRAUN ; puis par discussion directe avec lui au cours du "Séminaire de la BRESSE" (mai 1984).

Enfin pour ce qui concerne la Médecine préventive, la contraception, les procédures administratives ou les problèmes non médicaux concernant le malade et/ou son environnement, un Code supplémentaire I.C.H.P.P.C. proposé par la WONCA a été utilisé.

NOTE : Le code complet des résultats de consultation peut être obtenue en écrivant au Siège de la S.F.M.G.

Un exemple de notre code des résultats de consultation.

CHAPITRE VII (OMS) : Maladies de l'appareil circulatoire

* Acrosyndrome, syndrome de Raynaud.....	358
- Arythmie complète, fibrillation auriculaire, autre lésion myocardique grave de nature dégénérative.....	163
- Artériosclérose généralisée, sénilité, sclérose cérébrale	101
- Artérite des membres inférieurs.....	308
- Asthme Cardiaque.....	269
- Cardiopathies polymorphes.....	132
- Douleurs précordiales, angor (avec ou sans signe électrique)insuffisance coronarienne.....	027
- Embolies des extrémités.....	261
- Epistaxis.....	069
- Endocardites.....	306
- Evanouissements, pertes de connaissance, coma.....	228
- Hémorragies veineuses.....	156
- Hémorroïdes simples ou compliquées.....	134
- Hypertension artérielle.....	018
- Hypotension artérielle.....	394
- Infarctus du myocarde.....	180
- Insuffisance cardiaque aigüe.....	147
- Insuffisance cardiaque chronique.....	031
- Insuffisance circulatoire.....	247
- Myocardite.....	312
- Oedèmes des membres inférieurs.....	122
- Palpitations sans tachycardie constatable.....	135
* Périphlébite, périvénite, phlébite superficielle.....	359
- Tachycardie.....	107
- Tableau de Thrombophlébite.....	046
- Troubles du rythme cardiaque autres que l'arythmie (exemple extrasystole, bigéminisme, bradycardie).....	413
- Ulcère de jambe.....	066
- Valvulopathies.....	208
- Varices.....	073
- Vertiges.....	026
- Xanthome, athérome cliniquement décelable.....	161
- Tout autre résultat de consultation non codé dans ce Chapitre (à préciser en clair).....	507

Un exemple de notre code des résultats de consultation.

CLASSIFICATION SUPPLEMENTAIRE
(selon ICHPPC proposé par la WONCA)

MEDECINE PREVENTIVE

- Examen médical d'un sujet sain (exemple : examen systématique) sans détection de maladie.....	600
- Cuti-réaction à la tuberculine : lecture du résultat..	601
- Contacts et porteurs (suspectés ou prouvés de maladie infectieuse ou parasitaire.....	604
- Immunisation prophylactique, vaccination, inoculation, techniques de désensibilisation.....	602
- Observations et soins du patient sous traitement à risque.....	616
- Observations et soins du patient à risque.....	617

CONTRACEPTION

- Contraception : conseils généraux.....	644
- Contraceptions : prescription et conseil d'autres moyens que "stérilet" et "pilule".....	643
- Contraception orale.....	641
- Dispositif intra-utérin ("stérilet").....	642
- Stérilisation masculine ou féminine.....	640

PROCEDURES ADMINISTRATIVES

- Lettres, formulaires, certificats et prescriptions rendant inutile un supplément d'examen du patient.....	650
- Transfert du patient sans besoin d'examen ou d'interview.....	651

SOINS DE LA MERE ET DE L'ENFANT

- Diagnostic de grossesse.....	660
- Soin prénatal donné à la future mère (exemple : examen systématique).....	661
- Soin post-natal donné à la mère et au nouveau-né.....	662

.../...

CHAPITRE III

LE PROTOCOLE : PREMIERS COMMENTAIRES
ET DISCUSSIONS

Ce Chapitre est consacré aux commentaires que le groupe de recherche "S.F.M.G. Nantes" présente en complément du protocole ci-dessus exposé pour servir de base aux discussions ultérieures. Ces commentaires ont été explicités par le groupe, ou par tel ou tel de ses membres, au long du déroulement de l'enquête. Ils seront présentés sous les numéros qui renvoient au Chapitre précédent.

**

- 1 - Nous avons choisi de tirer les malades au sort selon le rang de leur contact avec leurs médecins-traitants en utilisant une table de nombres aléatoires. Nous avons pensé éliminer ainsi tout biais dans le recrutement de notre population. Cependant, ce recrutement étant basé sur les contacts avec le médecin-traitant, il est certain qu'avaient d'autant plus de chances d'être représentés les malades qui avaient de nombreux contacts : les "chroniques", ou les "gros consommateurs" pour des raisons diverses, risquaient ainsi d'être sur-représentés.

Lorsqu'un malade déjà inclus se représentait et tombait à nouveau dans la liste des malades à inclure, c'est le suivant de la liste qui était choisi.

A partir du 15 janvier 1983 environ, une épidémie de grippe sévit en France. De cette façon nous pensons qu'a pu être sur-représentée une population qui fait plus volontiers appel au médecin généraliste pour ce problème, c'est-à-dire les "non-vaccinés" ou les "non-immunisés", ceux qui ne peuvent pas soigner eux-mêmes cette affection, par exemple ceux qui ont besoin d'un certificat d'arrêt de travail. Il est donc possible que, par rapport à la population habituellement surveillée par les 13 médecins du groupe, les classes d'âge moyen soient sur-représentés dans l'enquête.

La durée prévue de l'inclusion était de 3 mois, mais, en raison des niveaux d'activité divers des 13 médecins, et à cause de l'importance de la demande de soins au cours du premier trimestre 1983, l'inclusion de la totalité des malades a été achevée entre le 15 février et le 15 mars.

Ces diverses considérations nous ramènent à la nécessité édictée par R.N BRAUN de relevés réalisés de façon continue dans la totalité des clientèles observées sur des périodes

.../..

d'au moins une année, et de préférence de 3 ans, si est souhaitée la connaissance complète des morbidités et de leurs fréquences de prise en charge dans le champ d'une discipline médicale. Avec les moyens limités dont nous disposons, nous avons ainsi bien relevé la totalité des phénomènes morbides et les fréquences de leur prise en charge pendant 4 années de l'observation, mais sur un échantillonnage de patients, sans doute partiellement biaisé pendant la brève période où ont été élus, parmi l'ensemble des clientèles étudiées, les patients de la cohorte observée.

- 2 - Nous avons choisi le Code des professions utilisé par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) : ce code est très exhaustif et c'est volontairement que nous l'avons choisi tel. En effet pour éviter les erreurs de codification que des médecins, peu accoutumés aux notions sociologiques, auraient pu être conduits à faire, il était important de présenter un éventail de professions très large. En outre le code INSEE avait l'avantage d'être utilisé officiellement dans toutes les études sociologiques Françaises et de permettre ainsi des comparaisons cohérentes avec la nôtre.

Néanmoins, en raison du petit nombre de sujets observés, dès lors qu'il s'agira pour nous d'exploiter nos résultats, dans le but d'éviter une trop grande dispersion des 31 catégories socio-professionnelles, nous utiliserons les regroupements habituellement retenus dans ce type d'étude.

- salariés agricoles, marins et pêcheurs : codes 10,66
- exploitants agricoles, patrons pêcheurs : codes 00,23
- ouvriers, apprentis, manoeuvres, O.S etc... : codes 61,63,65,67,68
- personnels de Service : codes 42,70,71,72
- patrons de l'Industrie et du Commerce : codes 21,22,26
27
- employés : codes 51,53
- cadres moyens : codes 41,43,44,60
- professions libérales et intellectuelles, cadres supérieurs, etc. : codes 30,32,33,34
- autres (armée, police, clergé...): codes 80,81,82;90

**

- 3 - Il nous a paru important, pour évaluer l'idée que se fait le médecin du niveau social du malade, de nous baser sur la profession exercée par le "chef de famille", lorsque le malade n'exerçait pas d'activité professionnelle, ou par le malade lui-même lorsqu'il en exerçait une.

../..

Cette méthode d'évaluation destinée à appréhender le comportement social de l'individu par rapport à sa santé, peut sembler insuffisante, et une notation portant sur le ou les diplômes scolaires obtenus aurait peut-être permis une meilleure appréciation du niveau culturel et donc du comportement groupal vis-à-vis de la maladie. Si nous ne l'avons pas fait, c'est sans doute parce que, en règle générale, le médecin connaît plus facilement l'activité professionnelle de son patient que son bagage scolaire ou universitaire. En outre il est possible de se demander, a posteriori, si le diplôme obtenu à l'école ou à l'université caractérise mieux le comportement culturel de l'individu que la profession qu'il exerce. Une difficulté pouvait apparaître lorsqu'un malade exerçait une "profession" très différente de celle du "chef de famille" : par exemple une femme "employée de maison", épouse d'un "artisan", ou un étudiant en droit, fils d'un "exploitant agricole".

Dans le premier exemple, nous noterons "employée de maison-activité" ; dans le second "exploitant agricole-étudiant". Ce choix privilégiait la profession bien sûr, mais, dans les faits, les cas où le niveau culturel différait notablement de la catégorie socio-professionnelle du "chef de famille" nous sont apparus trop rares pour permettre des analyses différentielles significatives sur les comportements face à la maladie.

**

- 4 - Le terme "hors agglomération" a été précisé d'emblée par le groupe comme un habitat caractérisé par son isolement ; par exemple une maison isolée dans la campagne, ou bien une habitation située dans un hameau, défini par le regroupement de quelques foyers sans infrastructure socio-économique.

**

- 5 - Nous avons voulu, dans un item, évaluer l'idée que le médecin se fait de la vétusté de l'habitat. Mais comme il était d'emblée apparu impossible aux membres de l'équipe de connaître avec précision la date de la construction de l'habitat - date qui, aussi bien, pouvait être ignorée du malade lui-même - nous avons pensé pouvoir l'évaluer approximativement en estimant depuis combien d'années le malade y résidait. C'est ainsi que lorsqu'un malade réside, selon nous, au même lieu depuis plus de 20 ans, nous sommes certains que son habitation a été construite depuis plus de 20 ans. Néanmoins lorsqu'il y réside depuis moins de 5 ans, cela ne veut pas dire, a contrario, que son logement est neuf. Cet item ne pourra donc pas nous permettre, comme nous le pensions, d'apprécier la vétusté de l'habitat.

Par contre cet item nous permet d'apprécier nos idées sur l'implantation du malade dans son aire de résidence, ce qui nous était apparu comme important pour étudier nos comportements à son égard.

**

- 6 - Il n'était pas possible, aux médecins de l'enquête, de connaître avec exactitude le nombre de pièces dont disposait le malade dans son logement : il leur aurait fallu procéder à une véritable visite des lieux, inhabituelle chez un médecin. Par contre il est apparu que le "médecin de famille" avait souvent une représentation implicite, précise ou non, de la taille du logement de son patient. C'est celle-là qu'il nous a semblé suffisant de relever dans cet item. Lorsque le médecin n'avait jamais rendu visite à son patient, bien évidemment la réponse ne pouvait être que "inconnu". Mais cette notation caractérisait bien le type de prise en charge que nous voulions analyser.

**

- 7 - De la même façon, l'appréciation du confort de l'habitat ne pouvait qu'être subjective. Nous avons tenté de différencier ici :
- le logement neuf, ou bien entretenu, avec le confort habituellement reconnu comme élémentaire par le consensus social actuel : eau courante, gaz, électricité, sanitaire, W.C., chauffage central, cuisinière, réfrigérateur.
 - le logement qui, tout en comportant les mêmes équipements apparaît assez vétuste : peintures, plâtres, huisseries, plomberie, toiture, etc... nécessitant des travaux d'entretien importants.
 - le logement bien entretenu, malgré peut-être son ancienneté, mais sans les équipements considérés comme nécessaires, tels que nous les avons énumérés plus haut. De tels logements peuvent par exemple se trouver dans quelques centres urbains ou à la campagne.
 - les logements considérés par le médecin comme nettement insalubres.

Il est bien certain qu'une étude épidémiologique centrée sur une morbidité particulière, par exemple les affections des voies respiratoires ou les maladies psychiatriques, n'aurait pas pu se contenter de ces notations subjectives sur l'habitat. Si notre enquête s'en est contentée c'est que son objectif recouvrait la prise en charge du malade, toutes morbidités confondues, et traduisait davantage les

../. ..

comportements relationnels entre le médecin et le malade, et donc les évaluations subjectives portées par l'un sur l'autre, car nous supposons qu'elles interviennent dans les stratégies médicales.

**

- 8 - La famille est également, dans notre enquête, une notion subjective. Nous avons choisi de la définir comme l'ensemble des personnes, liés par la parenté, pourvu que leurs relations soient assez étroites avec le malade suivi. Ainsi n'étaient pas dénombrés les parents, même connus des médecins, qui n'avaient pas, ou n'avaient pas eu, de relations parentales régulières avec le sujet observé. Car il nous importait de mettre en évidence les éventuelles interréactions de l'environnement familial avec la morbidité du sujet, ainsi que son mode de prise en charge par le médecin.

La famille peut ainsi être caractérisée, par le médecin traitant, comme le groupe parental avec lequel son malade est en relation habituelle, et ce sera l'item 7a. Elle peut correspondre au sous-ensemble des membres de ce groupe que le médecin soigne, et ce sera l'item 7c, et même inclure le sous-ensemble des membres du groupe que le médecin a soignés et qui sont morts, et ce sera l'item 7b. Ces deux sous-ensembles caractérisent davantage la relation du médecin avec le groupe familial, et analysent davantage l'influence de la relation médecin-malade sur la morbidité.

**

- 9 - L'inclusion de commentaires libres avait pour premier objectif de permettre au médecin-enquêteur d'échapper à la froideur du questionnaire fermé et codé qui venait de lui être proposé. En outre il permettra d'apprécier, en fin d'enquête, d'une part les antécédents médicaux que le médecin a retenus et jugé bon de noter, d'autre part les éléments relationnels que le médecin aura jugé possible de livrer. Il est certain qu'ici une technique basée sur les interviews conduits par des intervenants extérieurs aurait permis une analyse plus fine. L'histoire de notre enquête a montré que cet objectif n'a pas pu être atteint.

**

- 10 et 11- L'objectif poursuivi dans la codification de cet item était de mettre en évidence l'influence éventuelle des événements médicaux survenus dans la famille du malade sur sa propre santé.

../..

Nous avons choisi de coder essentiellement les événements survenus dans la famille appelée "nucléaire" du malade, mais tout l'éventail de la famille pouvait-être pris en considération.

La liste des événements médicaux a été dressée en fonction de l'influence possible sur la santé du malade surveillé. C'est ainsi qu'a été défini un critère de bénignité ("maladie aigüe bénigne", "affection chronique bénigne"), en opposition à un critère de gravité ("maladie chronique grave dans un avenir lointain", "... dans un avenir proche", etc...); un critère de contagiosité potentielle ("maladie infectieuse") et différentes situations nettement caractérisées par leur impact possible sur le sujet observé.

Tout cela n'est pris en compte que selon l'idée que s'en fait le médecin-observateur, seule information dont il puisse se porter garant.

Néanmoins, il est certain que les items auraient gagné à être précisés dans quelques cas : ainsi "accident" recouvre des critères de gravité divers, de même que "opération chirurgicale" ; leur impact éventuel sera, de ce fait, plus difficile à interpréter de façon univoque.

Après avoir relevé les événements médicaux survenus dans l'entourage familial du malade surveillé, l'item 10 permet de noter les événements non-médicaux survenus au sujet dans sa vie sociale ou familiale. Seuls sont codés ici les événements qui ont touché le sujet surveillé et non plus sa famille. Il est d'ailleurs possible que nombre d'événements semblables n'ont pas été connus du médecin-traitant, soit parce que le sujet aura omis d'en parler, soit parce que le médecin ne les aura pas relevés. Il s'agit donc bien encore ici d'apprécier l'impact des événements qui ont circulé dans une relation médecin-malade donnée sur la morbidité et sa prise en charge.

**

- 12 - Depuis quelques années, l'épidémiologie envahit progressivement le champ jusqu'alors peu exploré de la Médecine Générale. Mais il nous a semblé frappant de constater, à la lecture des différents travaux réalisés tant en France (1) qu'à l'étranger, l'émergence d'une analyse, inexistante dans toute enquête épidémiologique située hors champ de la Médecine Générale, celle des "Motifs de Consultations".

Pour la première fois en effet à notre connaissance, le regard ne va pas en rester au diagnostic de la morbidité, caractérisé par une classification issue de la confrontation anatomo-pathologique ; mais il va se poser sur le motif du recours au médecin (2).

NOTES : On se référera, pour ces références bibliographiques à :

- (1) - J. CHAPERON : "Analyse de l'activité et morbidité rencontrée chez les médecins généralistes" Août 1983 - Document ronéoté.
- B. VINCENT : "Recherche épidémiologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale" - "Rapport Introductif". Documents de Recherche en Médecine Générale n° 17 février/mars 1985
- F. HATTON, P. DUROUX et J. DORMONT : "Le généraliste en première ligne à Paris-Sud" INSERM Unité 164 Université de Paris-Sud.
- M. TRABELSI-VALLADE : " Etude critique de l'utilisation du code O.M.S. pour la morbidité" Thèse - BORDEAUX 1983
- (2) A l'exception de R.N BRAUN qui dans son volumineux travail ("Pratique, critique et enseignement de la Médecine Générale" Payot 1979) n'y fait pas allusion. Et cette exception nous semble d'emblée significative au plus haut degré.

En soulignant cette nouveauté, nous pointons d'abord un renversement dans l'objet de l'épidémiologie : comme le signale J. CHAPERON "les enquêtes réalisées n'ont pas l'ambition d'appréhender la situation sanitaire de la population mais de décrire la clientèle des médecins." Il n'est pas surprenant dès lors que les objectifs de ces enquêtes, s'apparentent davantage aux études de marché qu'aux recherches de morbidité.

Mais surgit alors une difficulté : aucun outil conceptuel n'a jusqu'ici fait la preuve de sa validité pour appréhender, définir et classer le "motif de recours" au médecin (généraliste) ; et la plus grande ambiguïté persiste dans ce domaine.

C'est que l'objet destiné à l'analyse se situe à la frontière entre le "non-médical" et le "médical". Dans le préambule de son manuel "International Classification of Primary Care (ICPC)" (3), H. LAMBERTS situe, ce qu'il appelle "reasons for encounter (RFE)" au milieu d'une chaîne qui va de la perception personnelle d'un problème de santé à la décision médicale, très précisément entre la perception d'un besoin de soin et la demande de soin" (4).

Une autre tentative, destinée à préciser à la fois l'objet de l'analyse (le "motif de recours") et l'outil conceptuel destiné à la saisie (la classification), nous est présentée dans la Thèse de Mme TRABELSI-VALLADE. Pour cet auteur la morbidité réelle ne peut pas être appréhendée, "car les seuls paramètres que l'on puisse explorer sont la morbidité ressentie et la morbidité diagnostique (5)". Cette morbidité infra-médicale appelée "morbidité ressentie", représente tout ce que le sujet ressent comme anormal, mais l'auteur note d'emblée le danger de résumer la morbidité ressentie à la morbidité exprimée (6).

- NOTES : (3) H. LAMBERTS - Amsterdam - juin 1985.
- (4) "R.F.E. = The Statement of the reason(s) why a person enters the health system with the demand for care. The term(s) written down (and later classified) by the provider, represent and clarify the reason for encounter so that (they) can be recognized by the patient as an acceptable description of demande for care". H. LAMBERTS, op. cit.
- (5) M. TRABELSI-VALLADE - op. cit. p.15.
- (6) Rappelons ici que pour P. AIACHE et D. CEBE ("symptomatologie et conduites de maladie" INSERM unités 240 et 164-juin 1982) selon la façon dont les symptômes morbides sont exprimés par le sujet et recueillis par l'enquêteur les fréquences varient considérablement.

../. ..

Car là aussi le choix du code n'est pas neutre. Et l'auteur souligne que dans l'enquête de R. SALAMON, pour le codage des "motifs de recours" le code de la C.I.M. 9 a été choisi (9), mais s'est révélé inadapté puisque de fait seulement 628 codes ont été utilisés ! Bien plus après une étude très approfondie des cohérences du codage, elle précise (10) que "seulement 1 plainte sur 2 se trouve codée de façon satisfaisante". Ce qui à nos yeux disqualifie ce choix et, partant, tout résultat escompté dans cette étude épidémiologique portant sur la morbidité rencontrée par les médecins généralistes. (11)

NOTES :

- (9) Curieusement : car comment utiliser un code de diagnostics très médicalisés pour caractériser une morbidité infra-médicale ?
- (10) M. TRABELSI-VALLADE - op. cit. p. 50
- (11) Par contre les résultats statistiques escomptés par le travail de R. SALAMON sur les "prescriptions en pratique libérale" semblent plus probants, ce qui ne saurait nous surprendre si l'on remarque, comme l'a fait J. CHAPERON, que le financeur du-dit travail est la Direction de la Pharmacie du Ministère de la Santé ! Notons en outre que ce type d'informations est également disponible depuis longtemps en France, sous une forme très détaillée et régulièrement mise à jour, par un organisme, la DOREMA, près duquel l'Industrie Pharmaceutique et les Institutions Publiques puisent les nombreuses données statistiques qui leur sont nécessaires sur les prescriptions et les motifs allégués pour leur justification.

../. ..

Les autres études dès lors qu'elles abordent la question du "motif du recours", révèlent la même ambiguïté. Certaines demandent au généraliste-enquêteur de noter les motifs "invoqués" par le patient (INSERM 75), d'autres la "symptomatologie déclarée" (BORDEAUX '80), d'autres parlent de "plainte (symptôme, syndrome... déclarée" et distinguent le "motif principal" et les "motifs associés" (INSERM/INSEE 80) ; d'autres enfin parlent de "motifs comme "plaintes, symptômes bruts" (BORDEAUX 82). Pour accentuer l'ambiguïté et les distorsions dans le message pris en compte, toutes ces études demandent une rédaction "en clair", laissant à des tiers (la plupart du temps des étudiants) le soin de traduire en code les messages portés.

Un autre travail par contre ambitionne de résoudre cette difficulté, celui réalisé par les Maîtres de Stage de Paris Sud. Un groupe de 11 praticiens a, pour ce qui concerne le recueil des "motifs de recours", choisi de tenir compte des "nouvelles plaintes" et a constitué un thésaurus de "symptômes" au nombre de 298. (12) Il demande ainsi au médecin-enquêteur de coder lui-même cette "nouvelle plainte". Les risques de distorsion du message sont donc notablement diminués, non seulement parce que les observateurs sont codeurs, mais aussi parce qu'il semble que ce groupe homogène soit également celui qui ait élaboré et construit ce thésaurus.

NOTES :

- (12) F. HATTON, P. DUROUX et J. DORMONT : "Le généraliste en première ligne à Paris-Sud "INSERM Unité 164 - Université de PARIS-SUD - op. cit. p. 1 ANNEXE 1.

Malgré ce progrès dans la prise en compte des "Motifs de recours", du point de vue des morbidités, nous nous posons des questions devant ce thésaurus. (13).

- 1 - Comment a-t-il été constitué ? La richesse de la séméiologie nous fait craindre une dispersion importante des possibilités de codage, sans utilité pratique.
- 2 - En choisissant de coder préférentiellement le symptôme, on place le médecin-observateur devant la nécessité de choisir entre plusieurs symptômes capables de conduire au même résultat diagnostique et donc de multiplier les modalités de codage d'une même réalité. Ainsi quel "symptôme" sera codé lorsqu'un malade fébrile, se plaint de tousser, d'être nauséux et d'avoir mal à la gorge, situation particulièrement fréquente au cours d'une épidémie de grippe ?
- 3 - Dès lors se pose le problème général du filtre représenté par la personnalité du médecin-observateur, lequel sélectionne consciemment ou inconsciemment les indices fournis par le patient, élimine certains pour en privilégier d'autres.

NOTES :

- (13) B. VINCENT : "Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généralistes - maîtres de stage à l'Université de Paris-Sud". Documents de Recherche en Médecine Générale n° 15 - 1984.

- 4 - Enfin certains symptômes sont arbitrairement classés et rendent plus aléatoires les résultats statistiques ultérieurs. Ainsi "douleur à la marche" est classé dans les maladies de l'appareil cardio-vasculaire, alors qu'une douleur d'effort peut-être localisé au thorax ou aux membres inférieurs, qu'une douleur des membres inférieurs à la marche peut aussi bien traduire une arthropathie ou un névralgie qu'une artériopathie.

Voilà pourquoi de notre côté nous avons opté pour le concept de "problème médical posé". En effet pour lever l'ambiguïté attachée aux termes de "motifs", "demandes", "plaintes", "symptôme" choisis par la plupart des auteurs pour spécifier la "morbidité ressentie", que nous avons appelée "infra-médicale", nous avons choisi de médicaliser la demande du malade, persuadés, avec J. CHAPERON, que le "véritable motif ne peut jamais être livré par le consultant" et que, pour le recueillir à l'état brut, avant toute médicalisation, il faudrait qu'il soit analysé de façon pertinente par un non-médecin. Ce paradoxe explique bien l'inutilité des efforts développés par la plupart des auteurs pour constituer une grille médicale permettant d'analyser cette morbidité que (14) ; le médecin peut certifier de son propre point de vue est pour nous la seule réalité codable.

Ainsi notre code prend en compte d'abord le mode du recours en diversifiant le problème comme nouveau, connu mais non suivi, connu et suivi, urgent, découvert en dehors de toute demande, etc... Cet éventail de possibilités nous a conduits à saisir la morbidité à des stades divers de son organisation séméiologique, et donc déjà médicalisée par le praticien-observateur, tel qu'il peut se porter garant de l'avoir personnellement interprétée :

- au stade du signe ou symptôme isolé (par exemple "fièvre aiguë", "toux", "douleur abdominale")
- au stade du syndrome, là où plusieurs vont converger (par exemple "cystalgie", "insuffisance cardiaque")
- au stade du tableau de maladie, là où la maladie est connue et suivie, même s'il manque une précision étiologique ou anatomopathologique (par exemple "asthme" ou "dépression nerveuse")
- au stade de diagnostic certifié, par exemple lorsqu'il s'agira de suivre un malade connu pour être atteint de pseudo-polyarthrite rhizomélique.

NOTES :

- (14) Cette inutilité ne réside-t-elle pas d'ailleurs dans la volonté d'affirmer que la morbidité existe en dehors de toute expression vers une instance médicale, explicitement ou implicitement choisie comme référence d'une perception cénesthésique de soi-même. "La maladie", c'est ce qui circule entre le malade et le médecin" (JP VALABREGA, "la Relation Thérapeutique"). Une perception cénesthésique de soi-même ne devient symptôme morbide que lorsqu'elle a été présentée à une instance médicale et que celle-ci l'a déclarée anormale. Toute lecture de ces perceptions cénesthésiques se réfère explicitement ou implicitement au savoir médical... et nous avons délibérément choisi de l'y référer très explicitement !

- un code "autre problème" permettait la prise en compte, par appareil, de problèmes non codables par notre nomenclature.

Pour ce qui est des morbidités, on s'aperçoit que c'est un principe de classification, identique à celui des "résultats de consultation" selon la systématique bi-axiale de R.N BRAUN, qui a été utilisé.

Notre réflexion actuelle nous conduit à penser que la classification bi-axiale de ces résultats de consultation pouvait servir tout aussi bien à relever et à coder les problèmes que le médecin se pose quant à la morbidité qui se présente à lui, rejoignant ainsi les procédures qui ont cours dans les autres disciplines médicales.

C'est là une conséquence, cohérente à notre choix, qui est de ne faire coder par le médecin que ce qu'il peut personnellement garantir. Cependant l'option initiale du groupe, qui était de "ratisser large" et de relever toutes les catégories d'items pris en compte dans les stratégies de la décision du médecin généraliste, cette option nous avait conduit à utiliser deux codes distincts pour le problème morbide posé et le résultat morbide classé en fin de consultation.

Enfin il existe des motifs de recours qui relèvent d'autres catégories. Ainsi des actes techniques (vaccination) ou administratifs (certificats...). Leur codage a été prévu en supplément.

- 12 bis - Il était prévu de coder un maximum de 5 "problèmes posés au médecin". Rappelons qu'il ne s'agissait pas de coder plusieurs symptômes que présentait le malade (comme par exemple "fièvre", "mal de gorge", et "toux") mais en l'occurrence le seul problème que ces différents symptômes posaient au médecin (dans cet exemple : "grippe" ?).

A partir de la fin de l'année 1984, la capacité de l'ordinateur permit de mettre en mémoire un nombre beaucoup plus important de "Problèmes" ; néanmoins la fiche que les médecins devaient remplir ne comportant que 5 lignes de "Problèmes posés", il leur fut demandé d'ajouter une seconde fiche portant les mêmes références de code et la même date que la précédente lorsque l'éventualité se présentait de coder plus de 5 "Problèmes".

.../...

- 13 - Nous considérons comme "Résultat Diagnostique" le Résultat de Consultation" analysé selon les "positions" définies par R.N BRAUN (*). Cette classification se fait selon une systématique bi-axiale. L'un des axes dénomme la morbidité observée, l'autre précise la position atteinte selon quatre possibilités. C'est cette position diagnostique qui se trouve ici codée. Pour plus de précisions, on se reportera à la théorie professionnelle de la pratique généraliste définie par R.N BRAUN (op. cit.).

"Nous avons réservé le concept de diagnostic proprement dit aux résultats de consultations dont la relation avec un concept nosologique scientifique était établie de façon convaincante.

"En conséquence, il s'agit de trouver des désignations adéquates pour les autres résultats de consultation...
 "En médecine praticienne je désigne de tels résultats en principe, par "classifications". (op.cit. p 103).
 "Il se révèle utile de distinguer trois groupes de classifications praticiennes :

" 1. Classifications par symptômes cardinaux :

"Ceci concerne l'enregistrement des résultats de consultations pour lesquels l'examen n'a pas donné de "résultats déterminants". Ce sera le "symptôme saillant qui servira à la dénomination.

2. Classifications par syndrômes ou groupes de symptômes :

"Nous entendons par là, les enregistrements de résultats de consultations du même type que les données enregistrées sous le chiffre 1, sauf que, cette fois, il y aura à l'avant-plan deux ou plusieurs signes pathologiques. Ce qui caractérise ces deux genres de classifications, c'est qu'il n'en résulte pas de relation apparente avec un concept de maladie déterminé...

3. Classifications par dominance :

"... la classification par dominance signifie donc que "le tableau d'une maladie" a été classifiée du point de vue du praticien. Comme en médecine, irrémédiablement, la plupart des résultats de consultation ne peuvent faire l'objet d'un examen approfondi, dans la plupart des cas, comme dans les classifications par symptômes, les mesures diagnostiques doivent être provisoirement suspendues.
 "A la différence des deux autres classifications, la classification par dominance se base sur la constatation très vraisemblablement, de troubles et de symptômes typiques et orientent la recherche."
 "(op. cit. p. 107.108).

NOTE :

(*) R.N. BRAUN : "Pratique Critique et Enseignement de la Médecine générale". Ed Payot. 1979.

Nous avons estimé qu'un recueil épidémiologique concernant le champ de la Médecine Générale ne pouvait pas se passer de ces notations fondamentales concernant la théorie professionnelle. Cependant notre recueil d'informations concernait en outre la prise en charge du malade en Médecine Générale, et donc la surveillance, au cours de laquelle aucun élément nouveau ne pouvait venir modifier la position diagnostique du médecin traitant : c'est pourquoi nous avons ajouté aux positions diagnostiques de R.N BRAUN, la position 0 qui signifie la stabilité du résultat diagnostique, ou l'absence de constatation pathologique actuelle, pour une morbidité connue, dénommée et prise en charge (traitée ou seulement surveillée).

**

- 14 - La notion de guérison ne nous était pas apparue indispensable à coder lorsque nous avons élaboré le protocole. Nous ne l'avons introduit qu'à partir de 1984 lorsque nous nous sommes aperçus que dans certains cas, peu fréquents sans doute, le malade, revu pour une morbidité surveillée par son médecin, était considéré à ses yeux comme guéri. Ce constat de guérison sera important à prendre en considération lors de l'analyse des résultats de l'enquête.

**

- 15 - Ce code signifiant l'utilisation de moyens techniquement très performants pour l'hospitalisation du malade, n'a été introduit qu'en 1984. Il avait pour but de saisir l'importance de l'utilisation de ces moyens par les malades et par le médecin généraliste dans les situations pathologiques qui nécessitaient le recours de l'hospitalisation, et donc de vérifier leur "intérêt" pour le médecin-traitant.

A l'usage cet ajout ne nous semble pas avoir été très utile, ni très utilisé. En effet si les moyens techniquement très médicalisés sont rarement utilisés par le généraliste pour hospitaliser un de ses malades cela peut certes signifier que les besoins du médecin-traitant sont dans ce domaine modestes, mais cela peut aussi signifier que d'autres circuits de soins (comme la gendarmerie, les pompiers, les services d'urgence...) interviennent dans la pathologie d'urgence qui débouche sur une hospitalisation.

../..

En outre le faible pourcentage des hospitalisations (*) dans la pratique du médecin généraliste, et a fortiori le pourcentage encore plus faible des hospitalisations utilisant des moyens très médicalisés, rendront vraisemblablement ininterprétable toute étude statistique centrée sur ce problème.

**

- 16-17 - Pour la dénomination des morbidités, nous avons choisi comme "Code des Résultats de Consultation", le Code établi par R.N BRAUN. (**). Ce code a été volontairement limité par l'auteur aux 300 résultats de consultations les plus fréquemment rencontrés en Médecine Générale. Lorsque le médecin-observateur aboutissait à un résultat de consultation non répertorié dans le Code de BRAUN, il notait comme "résultat de consultation" 500, et ajoutait en clair sa précision sur la fiche. Le médecin chargé de la centralisation des fiches relevait ce nouveau "résultat" vérifiait pour le code utilisé, ou s'il ne pouvait pas, par assimilation, correspondre à un "résultat" déjà codifié ; dans le cas contraire ce "nouveau résultat" était noté sur un répertoire.

Au cours de l'été 1984, le médecin-centralisateur proposa à partir des "nouveaux résultats" relevés, un additif, tel qu'il est présenté à la page suivante.

En fait on constate que les fréquences pour ces résultats sont faibles. De plus et surtout dans notre relevé il s'agissait surtout de coder des recours, ce qui multiplie les nombres de cas relevés dans l'année, en particulier pour les affections chroniques.

NOTES :

- (*) On lira dans "A propos de l'Etude sur le recours de l'hospitalisation dans l'AIN. Analyse méthodologique" (B. VINCENT. Panorama du Médecin. Juin 1984) quelques réflexions que nous pouvions développer au sujet de la fréquence des hospitalisations relevée dans une étude, comme la nôtre, centrée sur l'observation d'une population toutes morbidités confondues, (0,86 % par mois) en comparaison de la fréquence bien plus grande des hospitalisations relevée dans une étude dont l'objet était précisément le recours à l'hospitalisation. -5,7 % par mois).

- (**) R.N BRAUN. op. cit. pages 345 à 352.

..//..

Les fréquences relevées par R.N BRAUN concernent des morbidités relevées annuellement, une fois par an pour les états permanents et une fois par épisode pour les autres. On voit, à l'examen de notre relevé, combien se justifie la limite de fréquences adoptée par R.N BRAUN dans sa classification et le choix d'utiliser la C.I.M.9. pour les morbidités qui n'y figurent pas du fait de leur relative rareté en Médecine Générale.

Néanmoins pour quelques termes dont le nombre nous paraissait parmi les plus importants, nous les avons temporairement ajoutés à notre Code des résultats de Consultation, quitte à réviser le choix ultérieurement au vu de leurs fréquences réelles constatées en fin d'étude.

Nous publions donc ci-dessous la liste des morbidités retrouvées entre le 01.01.83 et le 30.04.84 et qui n'ont pas été codées selon les termes de la nomenclature de BRAUN par les 17 médecins de l'enquête surveillant alors 1437 malades. A l'occasion de 9213 recours, pendant cette période, furent codés 14722 résultats de consultation ; les termes dont la fréquence atteignait 2 pour 10000 recours au moins pouvait faire discuter leur codage additionnel.

AFFECTIONS non classées dans la NOMENCLATURE
de R.N BRAUN : ADDITIF utilisé à titre
expérimental à partir du 01.10.84.

Il s'agit des morbidités retrouvés entre le 01.01.83 et le
30.04.84. et qui n'ont pas été codées selon les termes de la
Nomenclature de BRAUN, par les 17 médecins de l'enquête sur-
veillant alors 1437 malades. A l'occasion de 9213 recours,
furent codés 14722 résultats de consultation; un codage addi-
tionnel pour les termes dont la fréquence atteignait 2 pour
10 000 recours au moins, fut alors proposé.

RESULTATS DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Chapitre VII Maladies de l'appareil circulatoire		
Acrosyndrôme, syndrome de Raynaud	3	0,20
Phlébite superficielle, périvénite	3	0,20
Capillaire, vascularite	2	0,14
Insuffisance aortique	1	0,07
Hémorragie capillaire	1	0,07
"Pace-Maker"	1	0,07
Chapitre VIII Maladies de l'appareil respiratoire		
Cancer du poumon	8	0,54
Embolie pulmonaire	2	0,14
Insuffisance respiratoire chronique	2	0,14
Pleurésie	2	0,14
Sinusite ethmoïdale	1	0,07
Sinusite maxillaire	1	0,07
Rhinite allergique	1	0,07
Polypose nasale	1	0,07
Expectoration	1	0,07
Hémoptysie	1	0,07
Corps étranger du larynx	1	0,07
Polysérite	1	0,07
Tuméfaction sous-costale	1	0,07
Chapitre XIII Maladies du système ostéo-articulaire		
Pseudo-polyarthrite rhizomélique, Maladie de Horton	12	0,82
Décalcification, ostéoporose	9	0,62
Maladie de Paget	6	0,41
Cervicarthrose, cervicalgie	4	0,27

RESULTATS DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Néuralgie sciatique	4	0,27
Péri-arthrite scapulo-humérale, Tendinite à l'épaule	3	0,20
Tumeur osseuse	2	0,14
Trouble de la croissance osseuse	1	0,07
Condensation osseuse radiologique	1	0,07
Lombago aigu	1	0,07
Torticolis aigu	1	0,07
Cervico-dorsalgie	1	0,07
Rachialgie	1	0,07
Hernie discale	1	0,07
Tendinite achilléenne	1	0,07
Syndrôme du canal carpien	1	0,07
Chapitre IX Maladies de l'appareil digestif		
Eventration	12	0,82
Diarrhée	6	0,41
Hernie hiatale	4	0,27
Arthrite temporo-maxillaire, douleurs mandibulaires	4	0,27
Occlusion intestinale	3	0,20
Entérocolite aiguë, entérite	3	0,20
Candidose digestive	3	0,20
Polype rectal, intestinal	3	0,20
Gastrite, antrite, duodénite	2	0,14
Sécheresse buccale	2	0,14
Ictère	2	0,14
Cancer colique	2	0,14
Thrombose hémorroïdaire	2	0,14
Syndrôme de Gougerot	2	0,14
Ténesme rectal	2	0,14
Hématémèse	2	0,14
Tumeur bénigne de la lèvre	1	0,07
Volvulus du grêle	1	0,07
Douleur inguinale	1	0,07
Cancer de la langue	1	0,07
Hoquet	1	0,07
Oesophagite	1	0,07
Fétidité de l'haleine	1	0,07
Sialorrhée	1	0,07
Maladie coeliaque	1	0,07
Chapitre V Troubles Mentaux		
Toxicomanie, (dont tabagisme)	27(3)	1,83
Cancérophobie	3	0,20
Névrose phobique	1	0,07
Retard psycho-moteur	1	0,07

RESULTAT DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Chapitre III Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme		
Hyperlipidémie, hypercholestérolémie	24	1,63
Insuffisance thyroïdienne, myxoedème	14	0,95
Hyperthyroïdie, dysthyroïdie	6	0,41
Hypokaliémie	2	0,14
Acromégalie	1	0,07
Hypercorticisme	1	0,07
Hypogonadisme	1	0,07
Hypoglycémie	1	0,07
Chapitre XVI Symptômes et Etats Morbides mal définis		
Tremblements, fibrillations	1	0,07
Chapitre XVIII Accidents, empoisonnements et traumatismes		
Pathologie iatrogène	12	0,82
Brûlures	2	0,14
Coup de chaleur	1	0,07
Paraplégie traumatique	1	0,07
Traumatisme cranien	1	0,07
Entorse de la cheville	1	0,07
Fracture du col du fémur	1	0,07
Esquille osseuse	1	0,07
Pendaison	1	0,07
Chapitre VI b Maladies de l'oeil		
Glaucome	6	0,41
Rétinopathie	2	0,14
Douleur oculaire	1	0,07
Chapitre X Maladies des Organes génito-urinaires		
Mastose (tumeur bénigne du sein)	15	1,02

RESULTAT DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Hématurie	7	0,48
Cancer du sein	5	0,34
Candidose vaginale	4	0,27
Balanite	2	0,14
Leucocyturie	2	0,14
Cancer du col utérin	2	0,14
Insuffisance rénale chronique	1	0,07
Maladie de Reclus	1	0,07
Manifestations pré-ménopausiques	1	0,07
Cancer de la vulve	1	0,07
Anurie	1	0,07
Dysurie	1	0,07
Protéinurie, albuminurie	1	0,07
Bartholinite	1	0,07
Polype du méat urétral	1	0,07
Chapitre 1 Maladies infectieuses et parasitaires		
Syndrôme grippal	6	0,41
Taenia	1	0,07
Scarlatine	1	0,07
Toxoplasmose	1	0,07
Chapitre VI a Maladie du système nerveux		
Angiosclérose cérébrale, cérébrosclérose, Insuffisance circulatoire cérébrale, artériosclérose	5	0,34
Affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire	3	0,20
Maladie de Guillain-Barré	2	0,14
Néuralgie cervico-brachiale	1	0,07
Rupture d'anévrysme cérébral	1	0,07
Myasthénie	1	0,07
Paralysie tronculaire	1	0,07
Chapitre XII Maladies de la peau et du tissu sous-cutané		
Escarre	5	0,34
Molluscum pendulum	2	0,14
Erythème solaire, photosensibilisation	1	0,07

RESULTAT DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Erythrocyanose des membres inférieurs	1	0,07
Trichophytie	1	0,07
Hypodermite variqueuse	1	0,07
Fausse teigne amiantacée	1	0,07
Dermite des près	1	0,07
Lipome, kyste sébacé	2	0,14
Purpura	1	0,07
Verrue séborrhéique	1	0,07
Rash allergique	1	0,07
Couperose	1	0,07
Onyxis, péri-onyxis	1	0,07
Cellulite	1	0,07
Piqûres de puces	1	0,07
Chapitre II Tumeurs		
Cancer généralisé	3	0,20
Métastases ganglionnaire	2	0,14
Kyste cervical	1	0,07
Chapitre VI c Maladies de l'oreille		
Baisse de l'audition, surdité	2	0,14
Vertiges de Ménière	1	0,07
Chapitre XI complications de la grossesse d� l'accouchement, et des suites de couches		
Surveillance de la grossesse	2	0,14
Accouchement	2	0,14
Césarienne	1	0,07
Chapitre XVII Anomalies congénitales		
Myopathie	1	0,07
Trisomie 21	1	0,07
Chapitre IV Maladies du sang et des organes hématopoiétiques		
Leucémie	6	0,41

RESULTATS DE CONSULTATION	Nombre	Fréquence pour 1000 recours
Adénopathie Eosinophilie Thrombocytose, trombopénie Trouble de la coagulation Lupus E.D.	2 2 2 1 1	0,14 0,14 0,14 0,07 0,07
Classification supplémentaire WONCA		
Problèmes liés à la solitude Examen pré-nuptial Examen médical sportif Résultats d'examen complémentaire Réaction tuberculinique négative	8 1 1 1 1	0,54 0,07 0,07 0,07 0,07

18 - Il est bien difficile de préciser ce que chaque médecin considère comme "psychothérapie". Néanmoins l'ensemble du groupe a admis que le médecin avait exercé une "action psychothérapique de soutien" lorsque par ses attitudes, ses paroles, il estimait avoir entraîné une évolution positive, même minime, de la morbidité ressentie par son malade ou de la façon dont il la supportait. *.

"... Dans le cas particulier, le thérapeute cherche à "comprendre les difficultés du patient, à orienter ce "dernier sur leur nature, mais sans chercher à mettre "en évidence une éventuelle origine intrapsychique. "Même si le thérapeute peut se faire une idée des raisons de telle ou telle difficulté, il ne la communique "pas au patient, mais il incite ce dernier à surmonter "ses problèmes en les affrontant. Par exemple, chez "un patient accumulant les échecs, le thérapeute, tout "en supputant certaines causes inconscientes à ces "échecs, se contentera de mettre en évidence les comportements autopunitifs du patient et de l'aider, par "une attitude souvent suggestive, à échapper à ces comportements. Si le patient adopte envers le thérapeute "un comportement semblable à celui qu'il a dans la vie "de tous les jours, le thérapeute n'en parlera pas où, "s'il le fait, il en parlera sans donner d'interprétation dite de transfert".

Nous notons par ailleurs que sur les 15 médecins-observateurs, quatre avaient suivi pendant plusieurs années une formation au sein de groupes DALINT, ce qui permet d'apporter quelque crédit à leur appréciation sur leur "prise en charge psychothérapique". C'est aussi bien à la fin de l'année 1983 et après discussion au sein du groupe que la notation "psychothérapie d'inspiration analytique" fut ajoutée. Certains médecins estimaient, à la suite de leur formation, de leur expérience et de leur pratique, certaines de leur prise en charge comme étant d'inspiration psychanalytique, en particulier lorsque les affects verbalisés étaient reliés à des événements de l'histoire du sujet et analysés au sein du transfert.

**

NOTE :

- * E. GILLIERON : "Classification des psychothérapies et psychothérapies brèves" in "PSYCHOTHERAPIES" Vol III - 1983 - N° 3 p. 145 et sq.

.../...

- 19 - Nous avons pensé intéressant de terminer l'observation du malade par une notation subjective, sur la manière dont la consultation avaient été vécue par le médecin. Pour quantifier cette évaluation subjective, il aurait peut-être été plus efficace d'utiliser une échelle comme on peut en user en psycho-sociologie ; mais si nous nous sommes contentés d'une évaluation sommaire c'est parce que nous n'avons pas voulu alourdir l'observation par un effort d'introspection qui venait brusquement inverser le pôle d'observation du médecin : pendant la quasi totalité du contact, c'était le malade qui était l'objet de l'observation, alors que, pour cet item, c'était le même regard observateur qui était porté spécialement sur le médecin ! Enfin il apparaissait difficile d'utiliser une échelle d'évaluation lorsque le sentiment ressenti restait ambigu ou ambivalent, notation que le groupe a estimé indispensable d'ajouter fin 1983.

**

- 20 - Un dernier mot sur la notion d'urgence, sous-jacente dans les Codes 7 et 8. A été définie comme situation d'urgence tout Problème Posé au Médecin qui nécessite une modification de son Programme de travail : c'est bien le Problème qui conduit de façon nécessaire la modification du programme et non d'autres impératifs.

**

- 21 - Les précisions concernant la rédaction de la fiche de "FIN D'ENQUETE" ont été élaborées par le groupe des médecins à l'occasion du Séminaire de novembre 1986. Voici les décisions qui ont été diffusées près des médecins-observateurs ;

1. A quelle date finir l'enquête ?

Après discussions le groupe a décidé d'arrêter le suivi des malades au 31.12.86.

Ainsi, il n'est pas possible de dire que l'enquête porte sur un suivi de chacun des 1300 malades, certains d'entre eux n'ayant été inclus qu'au 01.03.83. , il s'agit de 4 années de surveillance de 15 clientèles de Médecine Générale.

../..

2. Comment rédiger la fiche rose de "fin d'observation 23" ?

- Cette fiche est à dater du 31.12.86.
- Même s'il ne s'agit pas d'un nouveau contact sa numérotation correspondra au dernier contact + 1.
- Au 31.12.86, coder 23c ce dont on est certain.
C'est-à-dire :
 - * Si le malade est toujours sous la surveillance du médecin, coder 7 = "fin d'enquête".
 - * Si le malade est décédé les codes 4,5 et 6 ont été utilisés à la date de son décès.
 - * Si le malade a certainement changé de domicile (code 1), été hospitalisé (code 3), la fiche rose a dû être remplie à la date de ces changements.
 - * Si le malade a vraisemblablement été pris en charge par un autre médecin, coder 2 au 31.12.86. (ou plus tôt si l'on a des raisons valables de le penser).
 - * Si le malade a peut-être été pris en charge par un autre médecin, code 8 ("inconnu").
 - * En cas de retrait du Médecin coder 9 à la fin d'observation.
- Pour l'état de la relation du médecin avec le malade (23d1), et avec la famille (23d2), ajouter si besoin CODE 5 = AMBIVALENT.

**

Tels sont les commentaires, précisions et discussions qui nous sont apparues comme indispensable à présenter pour la compréhension du Protocole de l'Enquête et ses résultats ultérieurs.

CHAPITRE 4

CARACTERES DE LA POPULATION DE L'ENQUETELES PATIENTS - LES MEDECINS

Lorsqu'il s'agit d'une enquête épidémiologique en Médecine Générale, il faut que les critères de représentativité soient analysés à trois niveaux :

1. Comment se situent les malades suivis dans l'ensemble de la clientèle des médecins observateurs ?
2. Comment se situent les malades suivis dans l'ensemble de la population et particulièrement celle qui accède aux soins médicaux de toute catégorie ?
3. Les médecins-observateurs sont-ils représentatifs de l'ensemble des médecins-généralistes Français ?

Selon les réponses que nous pourrons fournir à ces questions les résultats tirés de notre enquête permettront, ou ne permettront pas, de généralisation à l'ensemble des problèmes médicaux rencontrés en Médecine Générale.

1. La représentativité de la population des malades dans l'ensemble de la clientèle des médecins observateurs nous semble acceptable. En effet, comme nous l'avons déjà expliqué (cf. supra. Chapitre 2), pour chacun des médecins, les malades ont été tirés au sort à partir du rang dans lequel ils présentaient leur demande de soin au Médecin-Observateur, à partir du début de janvier 1983 et selon des numéros d'ordre tirés d'une table des nombres aléatoires. Cependant une sélection est venue biaiser la détermination de la cohorte des malades de l'enquête.

En effet le tirage au sort, étalé comme il l'a été sur 2 à 3 mois, privilégie les malades "gros-consommateurs" de soins au détriment des autres ; mais surtout ce tirage au sort peut éventuellement favoriser une catégorie de "gros-consommateurs" occasionnels, s'il a eu lieu à une époque qui pouvait impliquer une sur-consommation de soins pour une certaines catégories de malades.

..//..

Or au cours du premier trimestre 1983, les Médecins Généralistes furent sollicités par une importante demande de soins, à la suite d'une épidémie de grippe. Pendant cette période, il semble que les soins ont été plus fréquents que d'habitude pour les scolaires et les malades en activité professionnelle, en raison des conséquences de la maladie sur l'absentéisme scolaire ou professionnel ; inversement ils ont été moins fréquents chez les personnes âgées, pour la plupart vaccinées au trimestre précédent contre la grippe.

Pour rectifier ce biais, nous avons proposé une correction (*) : nous comparons dans le tableau ci-après notre population de malades, répartie en classes d'âge, à l'ensemble des populations d'autres enquêtes épidémiologiques réalisées en FRANCE dans le champ de la Médecine Générale (NORFORMED 82 - GIRONDE 80 - INSERM 75 - AQUITAINE 83) et colligées par J. CHAPERON (**), populations ventilées selon les mêmes classes d'âge.

Pour chacune de ces classes d'âge, nous établissons le pourcentage de représentants de cette classe par rapport à l'ensemble de la population de l'enquête (lorsque les calculs ont été faits pour la population de l'enquête de NANTES, 1252 malades seulement sur 1296 pouvaient être classés selon leur âge). Nous remarquons ainsi que notre population est sur-représentée (48,96 % contre 37,85 %) par rapport à l'ensemble des populations recensées par J. CHAPERON chez les moins de 35 ans ; inversement elle est sous-représentée pour les classes d'âge élevées (plus de 65 ans).

Si nous voulons donc dans chaque classe d'âge connaître l'importance d'un phénomène, il appartiendra de multiplier le résultat chiffré obtenu dans notre enquête, par un coefficient K dit "de pondération". Ce coefficient est obtenu en calculant le quotient des taux de représentation de classe d'âge.

$$K = \frac{\text{Tx 2}}{\text{Tx 1}}$$

NOTES :

- * B. VINCENT, O. ROSOWSKY, D. THOMAS et coll. "Les Malades hypertendus dans 13 cabinets de Médecine Générale Française". Documents de Recherche en Médecine Générale. n° 19. janv/février 1986, p 17.
- ** J. CHAPERON "Analyse de l'activité et morbidité rencontrée chez les médecins généralistes". Août 1983. Texte ronéoté, Tableau IV.

../. .

T_A_B_L_E_A_U__N°_1

COMPARAISON DES POPULATIONS DE L'ENQUETE DE NANTES
AVEC LES POPULATIONS DES AUTRES ENQUETES EN MEDECINE GENERALE
SELON LES STRUCTURES D'AGE

CLASSES D'AGE	NANTES		AUTRES		K = $\frac{T_2}{T_1}$
	Nbre	Tx 1	Nbre	Tx 2	
Moins de 35 ans	613	48,96	12935	37,85	0,77
De 35 à 44 ans	114	9,10	4050	11,85	1,30
De 45 à 54 ans	154	12,30	3787	11,08	0,90
De 55 à 64 ans	137	10,94	4343	12,75	1,16
65 ans et plus	234	18,69	9057	26,50	1,42
âge non précisé	44				
TOTAL	1296	100 %	34172	100 %	1

2. La représentativité de la population surveillée par rapport à la population générale, et par rapport à la population qui accède aux soins peut être étudiée de plusieurs manières.

- 2.1. Une première comparaison peut-être faite à partir des structures d'âge et de sexe. Nous avons utilisé pour cela 1381 dossiers complets de notre enquête, c'est à dire les dossiers comportant les indications d'âge et de sexe incluant les dossiers adressés par les médecins observateurs n° 07 et 09 qui ont quitté l'enquête.
- 2.1.1. Nous avons établi la pyramide des âges de notre population en la comparant, sur le tableau n° 2, 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, sont trop minimes pour être significatives d'une distorsion dans notre échantillon. Dans ces deux enquêtes le sex-ratio diffère de celui de la population française ; ce qui souligne 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. Cette différence nous semble correspondre à la population qui actuellement en France recourt directement au spécialiste : en particulier pédiatres et gynécologues.
- 2.1.2. 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 par rapport à cette population de référence, étudier notre population.

T A B L E A U N° 2

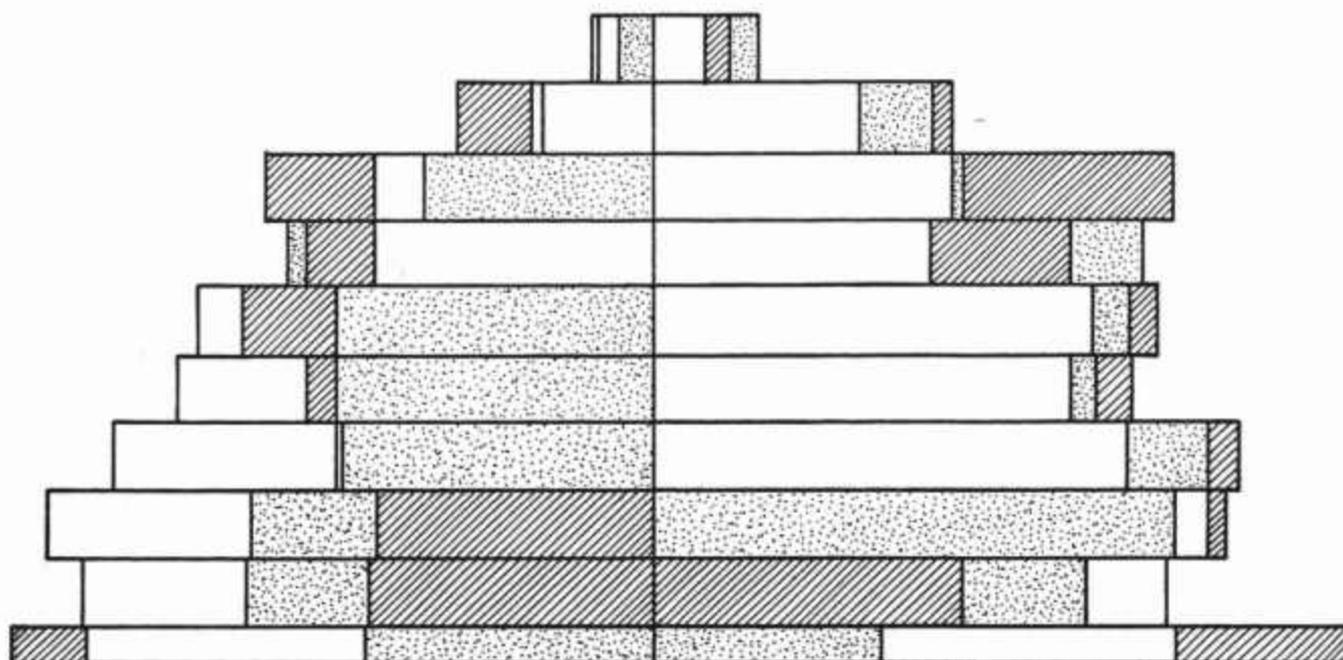
PYRAMIDE DES AGES

HOMMES

Enquête de Nantes = 41 %
 Enquête INSERM 75 = 43 %
 Enquête FRANCE 75 = 49 %

FEMMES

Enquête de Nantes = 59 %
 Enquête INSERM 75 = 57 %
 Enquête FRANCE 75 = 51 %



= Population de l'Enquête NANTES



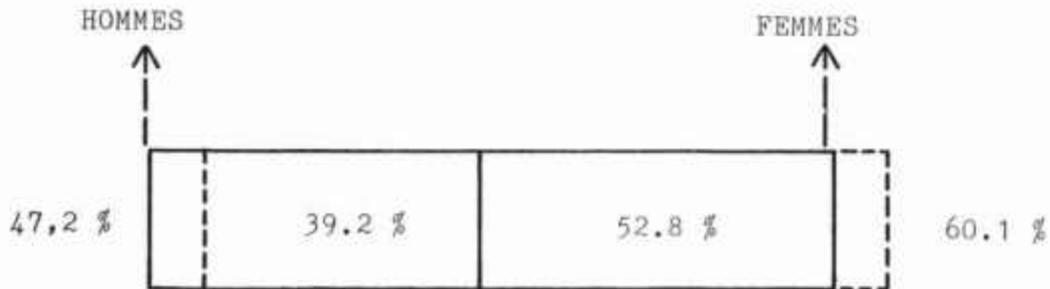
= Population de l'Enquête INSERM 75



= Population de l'Enquête FRANCE 75

T A B L E A U n° 3

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



- = population INSEE
 - - - = population "NANTES"

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

Total "Enquête" 521 total "Enquête" 807

Total : 1.328

Total Population Générale : 587.741 Habitants

../..

2.1.2.1. Sur le tableau n° 3 les deux populations sont ventilées, en haut globalement, en dessous selon les différentes agglomérations de l'enquête. Ce tableau nous permet de noter :

- 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).
- 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.

2.1.2.2. Sur le tableau n° 4 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 :

- a - une sous-représentation de notre population chez les enfants de moins de 15 ans.
- b - à l'inverse une sur-représentation de notre population dans les tranches d'âges 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.

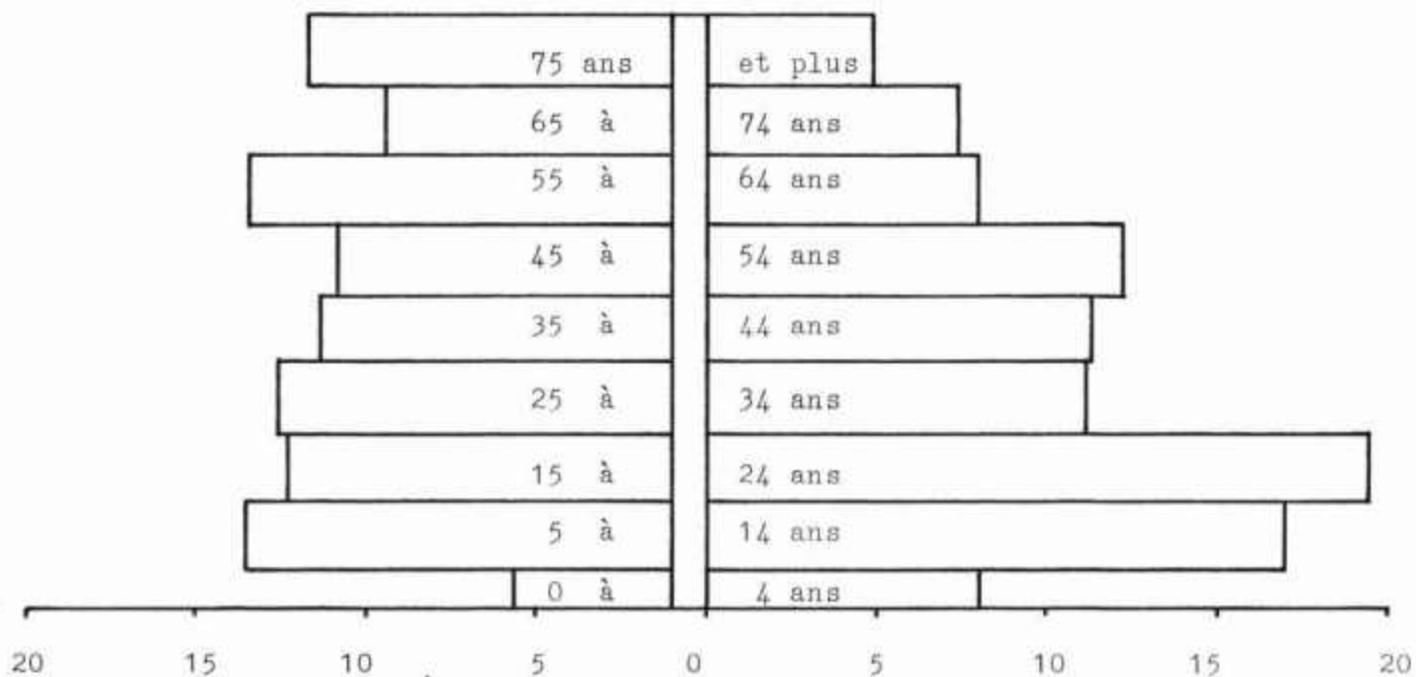
2.1.3. Il nous a semblé intéressant de comparer la pyramide des âges de notre population avec celle établie par LETOURMY à l'occasion de son enquête conduite en 1975 (Tableau n° 5). Même si les regroupements en catégories d'âge diffèrent légèrement des nôtres, il nous paraît possible de noter :

1. Que les deux populations se rapprochent davantage que celles 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.

../..

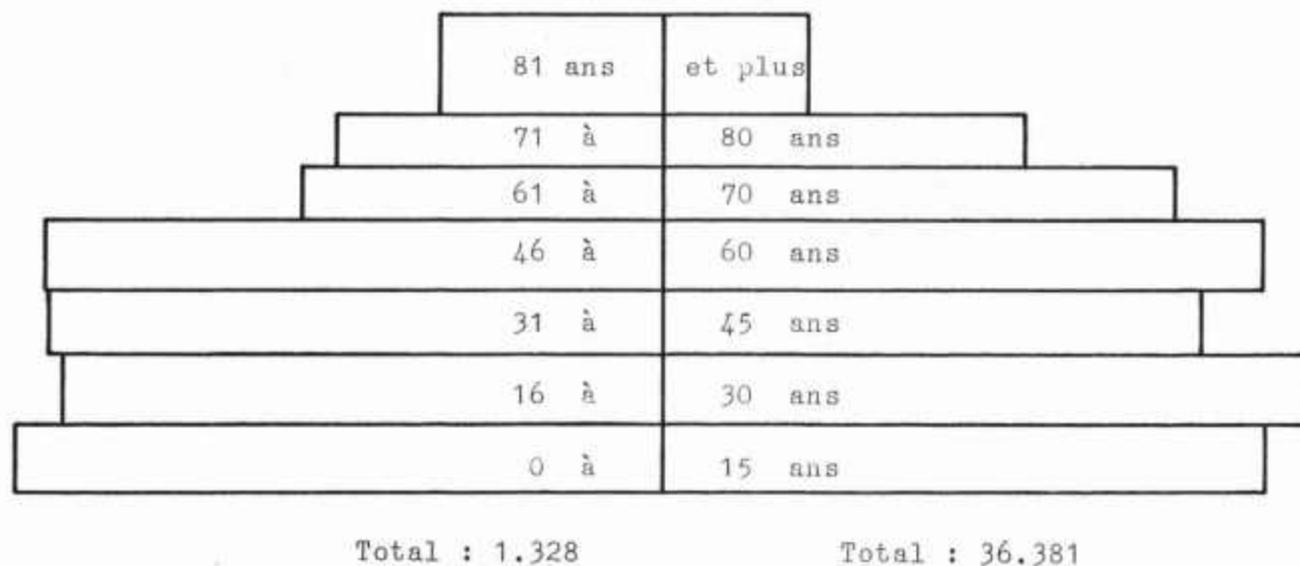
T A B L E A U n° 4
 =====

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)



T A B L E A U n° 5
=====

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)



2. Qu'il existe néanmoins des différences significatives :
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.
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 dûes, 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.

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

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

2.3. le lieu de résidence de la population enquêtée se situait :

- pour 43 % dans une ville de plus de 100 000 habitants
- pour 34 % " " " " 10 000 à 100 000 habitants
- pour 17 % " " " " commune de moins de 10 000 Habitants
- pour 4 % en dehors de toute agglomération.

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

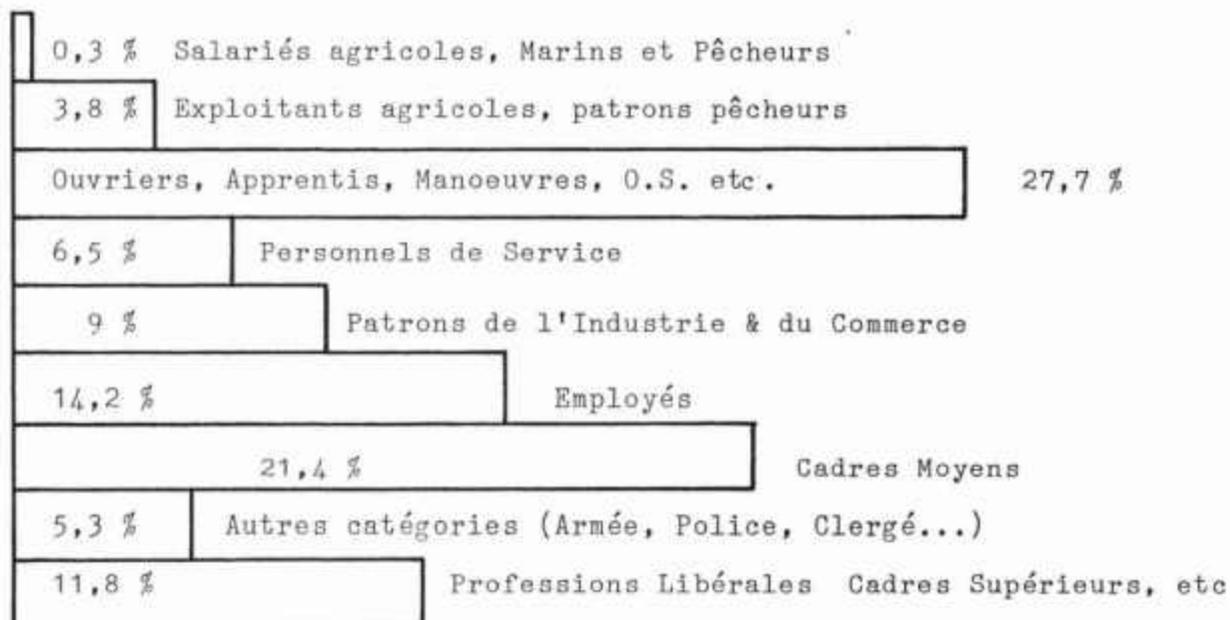
2.4. Le regroupement selon les catégories socio-professionnelles est schématisé sur le tableau n° 6. Nous estimons que les catégories socio-professionnelles dites "supérieures" sont ici sur-représentées, sans doute parce qu'elles sont sur-représentées en milieu urbain, mais sans doute aussi parce qu'elles ont plus facilement accès aux soins.

Rappelons que chaque patient était caractérisé dans l'enquête, s'il était devenu inactif, par sa profession antérieure, ou par celle du chef de famille s'il n'en avait jamais exercé.

.../..

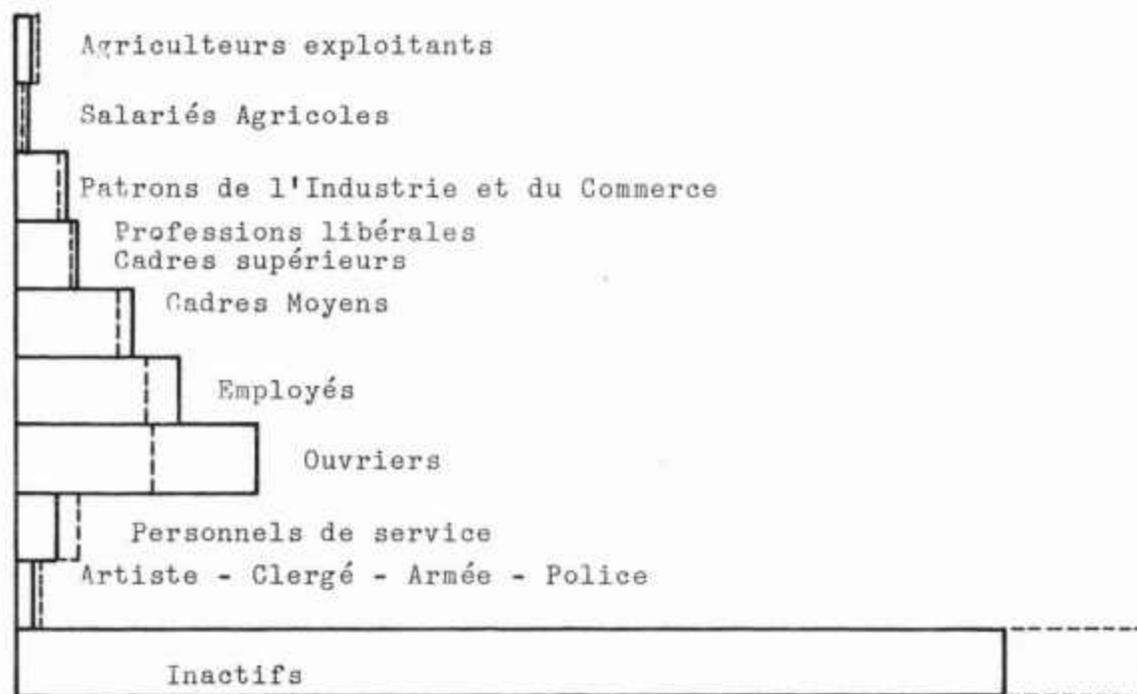
T A B L E A U n° 6

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



T A B L E A U n° 7
 =====

Comparaison des populations de référence INSEE dans les agglomérations où se déroule notre enquête et l'enquête épidémiologique S.F.M.G. NANTES.
 selon les 10 catégories socio-professionnelles de l'INSEE



— = population INSEE de référence
 --- = population de l'enquête épidémiologique

Nous avons sur le Tableau n° 7 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 :

- 2.4. a. que les "ouvriers" les "employés", et dans une moindre mesure, les "cadres moyens" en activité sont sous-représentés dans notre enquête.
- 2.4. 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.

Quoiqu'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.

3. Le groupe des médecins observateurs ne prétend pas à la représentativité de l'ensemble des médecins généralistes français.

- 3.1. - 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 la 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 aurait été intéressant de l'étendre sur le plan national.

NOTE :

(*) dont 2 ont quitté l'enquête avant la fin de 1983.

.../...

../.

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

T_A_B_L_E_A_U_N° 8

ETUDE DE REPRESENTATIVITE DES MEDECINS
DE L'ENQUETE

N° d'Ordre	Sexe	Année Thèse	Année Insta.	Age 1983	Isolé Assoc Groupe	Libéral Mixte	Balint
02	M	77	77	32	G	L	O
03	M	75	76	37	G	M	O
04	M	79	81	29	I	L	O
05	F	77	81	32	A	L	O
07	M	77	77	36	A	L	O
08	M	80	81	29	I	L	O
09	M	67	67	37	G	L	O
10	M	60	61	54	A	L	O
11	M	49	49	61	I	L	O
12	M	70	71	40	A	L	B
13	M	61	62	53	I	L	O
14	M	57	57	54	A	L	B
15	F	59	60	50	A	M	B
16	M	57	57	54	I	L	B
17	F	75	75	38	A	L	O

3.2 Si l'on compare le groupe des médecins-observateurs à l'ensemble des médecins français, on constate :

3.2.1. La répartition par sexe montre, sur le tableau n° 9, une sous-représentation des médecins-femmes dans notre groupe, par rapport à l'ensemble des médecins français, toutes activités confondues (source Conseil National de l'Ordre des Médecins - janvier 1982), mais une représentativité parfaite par rapport à la population des Médecins Généralistes recensés en janvier 1985.

../.

../.

T A B L E A U N° 9

REPARTITION DES MEDECINS PAR SEXE

POPULATION	HOMMES %	FEMMES %
Enquête NANTES	82,4 %	17,6 %
Tous Médecins C.N.O.M. janv.82	75,7 %	24,3 %
Médecins Généralistes C.N.O.M. janv.85	83,3 %	16,7 %

3.2.2. Nous n'avons pas pu comparer la structure du groupe des Médecins-observateurs ventilé par tranches d'âges avec celle de la population des Médecins Généralistes en janvier 1985 ; nous nous contenterons dans le Tableau n° 10 de la comparer avec la population de l'ensemble des Médecins Français, toutes activités confondues (C.N.O.M. janvier 82).

T A B L E A U N° 10

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 Tout Médecin	3,5	23,7	62,3	6,4	2	2

../.

Quoiqu'il en soit le petit nombre de l'effectif du groupe des médecins-observateurs ne permet pas d'établir des comparaisons fiables et les taux ne sont donnés ici qu'à titre indicatif.

Il est donc impossible de prétendre que le groupe des médecins-observateurs est représentatif de l'ensemble des généralistes français. Les résultats que nous pourrions obtenir ne concernent donc que leur propre clientèle ou l'ensemble des clientèles ayant, pour ce qui concerne le médecin et son implantation sociologique, les mêmes caractéristiques relevées ici.

Aussi bien il aurait été hasardeux de prétendre à la représentativité lorsque l'on sait comment a été conduit le recrutement des médecins (voir infra chapitre 5). Nous avons dit également que ce recrutement par cooptation avait été rendu indispensable par la lourdeur du protocole de l'enquête. Il était donc impossible de sélectionner au hasard des médecins qui n'étaient pas suffisamment motivés par ce travail considérable. Pour éviter le biais de résultats non fiables recueillis par des médecins-observateurs insuffisamment motivés, nous avons délibérément choisi, comme dans tout travail de recherche, le biais d'un recrutement sélectionné par la motivation.

3.3. Il est enfin intéressant, de regarder le groupe des médecins observateurs selon l'activité professionnelle de ses membres. Une mise à plat réalisée par le Dr JP LEMORT en octobre 1984 a permis d'étudier 11300 fiches de contact médecin-malade.

3.3.1. Sur le tableau n° 11, nous avons répartis les 13 médecins observateurs selon les modalités du contact prévues dans le protocole de notre recherche.

Notons que les médecins 07 et 09 s'étant retirés du groupe ne sont cités ici que pour mémoire.

Il est possible dans ce tableau de distinguer :

3.3.1.a. Un groupe de médecins ayant une forte activité en visite à domicile (plus de 40 %) : les médecins 03,17,07,16,11 et surtout 09.

Et un groupe de médecins ayant une forte activité en consultation (plus de 60 %) : les médecins 04,02,08,15,12, et surtout 05.

3.3.1.b. Un groupe de médecins voyant fréquemment leurs malades hospitalisés : les médecins 11,12,15,14,04, et 07.

Et un groupe de médecins qui ne s'y rend pas : les médecins 05,09,17.

T A B L E A U N° 11
 =====

REPARTITION DES MODALITES DE CONTACT SELON LES 15 MEDECINS
OBSERVATEURS

Médecins	A	B	C	D	E	F
n° 02	563(64%)	269(30,6%)	8(0,9%)	35(4%)	3(0,4%)	1(0,1%)
n° 03	416(54,1%)	316(41,2%)	4(0,5%)	23(3%)	5(0,7%)	4(0,5%)
n° 04	433(62,9%)	181(26,3%)	8(1,2%)	48(7%)	10(1,4%)	8(1,2%)
n° 05	506(77,5%)	116(17,8%)	0(0%)	25(3,8%)	1(0,1%)	6(0,8%)
n° 07	59(52,2%)	53(46,9%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
n° 08	590(67,3%)	186(21,2%)	2(0,2%)	99(11,2%)	0(0%)	1(0,1%)
n° 09	25(49%)	25(49%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(2%)
n° 10	545(56,8%)	335(34,9%)	10(1,1%)	65(6,8%)	3(0,3%)	2(0,1%)
n° 11	590(38,5%)	724(47,2%)	41(2,7%)	129(8,4%)	4(0,2%)	46(3%)
n° 12	572(69,4%)	194(23,6%)	15(1,8%)	22(2,7%)	15(1,8%)	6(0,7%)
n° 13	638(77,6%)	171(20,8%)	1(0,1%)	1(0,1%)	3(0,4%)	8(1)
n° 14	614(58,4%)	336(32%)	13(1,2%)	74(7,1%)	2(0,2%)	13(1,1%)
n° 15	439(67,9%)	121(18,7%)	10(1,5%)	59(9,1%)	2(0,3%)	17(2,5%)
n° 16	457(52,3%)	410(46,9%)	5(0,6%)	0(0%)	0(0%)	3(0,2%)
n° 17	264(47,7%)	246(44,4%)	0(0%)	31(5,6%)	4(0,7%)	9(1,6%)

- A : Consultation
 B : Visite
 C : Malade hospitalisé
 D : Prise en charge par téléphone
 E : Prise en charge par lettre
 F : Autre forme de prise en charge

../.

- 3.3.1.c. Un groupe de médecins facilement contactés par téléphone : les médecins 04,14,11,15 et 08.
Et un groupe de médecins difficilement touchable au téléphone : les médecins 13 et 16.

Cette brève typologie de la pratique des Médecins-observateurs, typologie qui pourra être affinée ultérieurement et analysée de façon approfondie, permet déjà de mesurer la diversité des critères qu'il faudrait retenir pour constituer une cohorte de médecins-observateurs représentative de l'ensemble des généralistes français.

- 3.3.2. De la même façon le Tableau n° 12 répartit les contacts médecin/malade en fonction du nombre de problèmes posés à chacun des médecins du groupe.

Si l'on extrait de ce tableau les médecins 07 et 09 dont le nombre de dossiers est trop faible pour permettre une exploitation, on constate que :

- pour certains médecins, le contact se limitera à un problème pour plus de 70 % des cas : les médecins 12,05 et 08.
- pour certains autres, à l'inverse, dans près de 20 % de leur contact avec le malade, ils auront à traiter jusqu'à 4 problèmes : les médecins 14,17 et 16.

Il semble qu'ici la disparité tient autant au médecin qu'à sa clientèle.

Ces deux derniers tableaux, tirés, comme exemple, d'une mise à plat des résultats obtenus après 22 mois de recueil de données, permettent de dessiner des typologies non seulement de conduites médicales, mais aussi de clientèles. Même s'il ne s'agit ici que d'une esquisse, laquelle aussi bien sera ultérieurement approfondie et confrontée aux analyses de LETOURMY, elle permet de mettre en évidence la multiplicité des items qui doivent être pris en compte si l'on veut construire un échantillonnage de médecins-observateurs représentatif de l'ensemble des Omnipraticiens pour un recueil d'information épidémiologique fiable en Médecine Générale.

T_A_H_L_E_A_U_ - N° 12

REPARTITION DU NOMBRE DE PROBLEMES POSES SELON LES CONTACTS MEDECIN/MALADE

MEDECINS	NOMBRES de PROBLEMES TRAITES			
	1 PROBLEME	2 PROBLEMES	3 PROBLEMES	4 PROBLEMES
02	546(62,2%)	222(25,3%)	81(9,2%)	29(3,3%)
03	533(69,4%)	208(27,1%)	24(3,1%)	3(0,4%)
04	586(85,4%)	82(12%)	17(2,5%)	1(0,1%)
05	482(73,7%)	132(20,2%)	35(5,4%)	5(0,7%)
07	97(85,9%)	15(13,2%)	1(0,9%)	0
08	700(79,7%)	145(16,5%)	24(2,8%)	9(1%)
09	51(100%)	0	0	0
10	525(54,8%)	228(23,8%)	123(12,8%)	82(8,6%)
11	895(58,3%)	451(29,4%)	161(10,5%)	27(2,8%)
12	604(73,3%)	197(23,9%)	23(2,8%)	0
13	497(60,5%)	213(26,0%)	79(9,6%)	32(3,9%)
14	460(43,7%)	202(19,2%)	208(19,8%)	182(17,3%)
15	343(53,8%)	225(34,8%)	71(11,4%)	8(1,2%)
16	409(46,7%)	152(17,4%)	118(13,5%)	196(22,4%)
17	198(35,7%)	132(23,8%)	114(20,6%)	110(19,9%)

CHAPITRE 5

HISTOIRE DE L'ENQUETE

Afin que l'on perçoive ce que l'organisation et la maîtrise d'une recherche implique, nous avons voulu relater en détail l'histoire du travail réalisé depuis sa conception jusqu'à maintenant. Nous nous appuyerons sur les archives que nous avons réunies depuis plus de 5 ans, en particulier les "Rapports d'Activité" déposés, selon les termes du contrat signé avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire, chaque année comme justificatif du travail réalisé.

1. PREPARATION DE L'ENQUETE

1.A. PREMIERS CONTACTS

- 1.A.1. En septembre 1981, le Docteur Bernard VINCENT, Délégué Régional de la S.F.M.G. adressait une lettre dans laquelle il proposait aux omnipraticiens de Loire-Atlantique intéressés par une réflexion sur les problèmes spécifiques de la recherche scientifique en médecine générale, de lui donner leur avis sur la question.

A la suite de quelques réponses écrites ou orales, il décidait d'organiser le 10 décembre 1981 une réunion à la "domus médica" dans "le but de confronter nos points de vue sur la recherche scientifique en médecine générale", confrontation centrée sur les points suivants :

- 1° "Existe-t'il une recherche scientifique en médecine générale ?"
- 2° "Quels peuvent en être les impératifs ?"
- 3° "Comment la promouvoir ?"
- 4° "Est-il possible de mettre en route un programme de recherche locale ? Sur quel thème ? De quelles manières ?"

- 1.A.2. A cette réunion du 10 décembre 1981 participaient, outre le Docteur Bernard VINCENT, les Docteurs Alain DELELIS-FANIEN (Chateaubriant), Albert GERNIGON (Nantes) et Gérard MERY (Nantes). Les discussions conduisaient les participants à constater que l'omnipraticien ne correspond pas toujours aux normes de l'exercice définies par les

../..

instances hospitalo-universitaires, et qu'il importait de préciser les différents éléments qui entrent en jeu dans la prise en charge du malade en médecine générale. Fut donc décidé un premier recueil de données portant sur une séquence de trois semaines d'exercice médical courant.

Pour chacun des malades était relevé :

- sa demande brute,
 - les différents niveaux du diagnostic atteint en fin de consultation,
 - l'évaluation pronostique,
 - le mode de prise en charge thérapeutique,
 - les décisions prises pour la surveillance du malade.
- Un compte-rendu succinct de cette réunion fut adressé à tous les généralistes qui avaient été invités, mais n'avaient pas pu y participer.

1.A.3.

Une seconde rencontre eu lieu le 28 janvier 1982 et regroupait les 4 médecins précédents auxquels vint se joindre un bref instant le Docteur Pierre DESBOUIT (Nantes). Au cours de cette réunion furent étudiés les premiers résultats obtenus par les séries de recueils de données établies. Deux constatations furent faites :

- 1° La similitude des différentes évaluations portées par les 4 généralistes participants sur leur pratique observée,
- 2° L'importance de la "prévention" dans leurs actes.

Il fut donc décidé qu'un nouveau recueil de données serait effectué pendant une nouvelle séquence de trois semaines, au cours de laquelle serait relevé, pour chaque malade :

- son âge,
- son sexe,
- les demandes brutes formulées,
- la prise en charge préventive en distinguant
 - a - la prévention sur un "client" présumé sain,
 - b - la prévention des rechutes de la maladie,
 - c - la prévention des complications,
 - d - la prophylaxie de l'environnement.

De plus, le Docteur VINCENT se chargeait d'établir un projet de fiche d'observation destinée à être transcrite en langage informatique. Etait également envisagée la prise de contact avec des "commanditaires" pour le financement des travaux à venir.

Un compte-rendu de cette séance fut encore adressé aux généralistes intéressés, avec une convocation pour la réunion suivante.

../..

../..

- 1.A.4. Cette troisième rencontre se déroula le 18 mars 1982 avec l'équipe des 4 généralistes initiateurs. Les résultats des différents recueils furent analysés et confrontés.

De cette réunion naquit un projet plus élaboré d'observations codées destinées à suivre les malades pris en charge dans notre pratique de médecins généralistes. Il a semblé en effet important de poursuivre l'observation sur un laps de temps suffisamment long et pour un nombre de malades suffisamment vaste, pour pouvoir tirer des conclusions statistiquement significatives.

Le Docteur VINCENT devait préparer un projet de fiche d'observation tenant compte des différents items qui entrent en compte dans la prise en charge du malade en médecine générale, items qui avaient été relevés par le groupe.

1.B. TRAVAIL D'ELABORATION

- 1.B.1. Une première fiche fut adressée à chacun des membres du groupe, premier projet dont la validité devait être testée près de 10 malades pour chacun. Il était demandé également d'apprécier le temps passé à la rédaction de ces observations.

Cette première fiche comprenait :

- a - un dossier semblable au dossier utilisé en pratique courante, comprenant les notations indispensables à la définition du malade, mais aussi des items en rapport avec son habitat, son environnement familial, la relation établie avec le médecin, les événements sanitaires, sociaux ou professionnels capables d'influencer la pathologie relevée.
- b - une fiche d'observation destinée à être remplie à l'issue de chacune des consultations du-dit malade. Cette fiche d'observation comprenait les éléments diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques et relationnels tels qu'ils avaient été définis à la suite des séquences d'observation.

- 1.B.2. Un codage fut également ébauché et, à la suite de contacts pris par le Docteur VINCENT avec Monsieur le Docteur Jean-Pierre LEMORT, chargé de cours d'informatique à l'UER de médecine de NANTES, ce codage fut validé

../..

.../...

- 1.B.3. Un document intitulé "Projet de recherche épistémologique sur la prise en charge du malade en médecine générale" fut rédigé et adressé pour avis avec les projets de fiche et le codage aux différents membres du groupe.

Ce projet destiné à faire le point

- a - définissait le champ de notre recherche, la prise en charge du malade en médecine générale,
- b - posait nos hypothèses : le champ spécifique de la médecine générale suppose une prise en charge de malade dont la logique est adaptée dans la plupart des cas à la demande du malade,
- c - recherchait les moyens pour parvenir aux résultats escomptés : soit multiplier le nombre de médecins observateurs, soit étendre l'observation dans un laps de temps assez long.
- d - précisait que chacun des médecins-observateurs s'engageait à suivre pendant 4 ans 100 malades tirés au hasard à l'aide d'une fiche informatisable.
- e - soulevait le problème des moyens financiers indispensables à la rédaction d'un tel travail :
 - non seulement moyens en matériels, en particulier informatique,
 - mais aussi moyens en personnels :
 - = le secrétariat,
 - = mais aussi les médecins qui consacraient une part non négligeable de leur activité à cette fiche de recherche.

- 1.B.4. Des contacts furent établis, à la suite de la réunion constitutive de la Fédération Régionale des Associations de Formation Médicale Continue à ANGERS, le 15 juin 1982, entre le Docteur VINCENT et Madame le Docteur HAROUSSEAU, Médecin-Inspecteur Régional de la Santé qui prêta intérêt au travail projeté. Le Docteur VINCENT rencontra alors Madame le Docteur DELGA, Médecin-Inspecteur Régional-Adjoint avec laquelle fut établi un nouveau projet d'étude à visée plus spécialement épidémiologique qui intégrait, dans le suivi du malade, les éléments sociaux déjà évoqués plus haut, ainsi qu'un projet de budget pour le financement de la recherche. Ce projet nouveau rédigé avec le projet de budget fut déposé début juillet 1982 à la D.R.A.S.S. pour examen et avis.

- 1.B.5. Entre temps, se tenait à BRAVONE (Corse), les 19-20-21-22 et 23 mai un séminaire de formation à l'enseignement et à la recherche en médecine générale, organisé par la S.F.M.G. Le projet nantais fut présenté par le Docteur VINCENT au groupe de recherche de la Société et analysé

.../...

../.

en détails. Des avis critiques furent émis sur la méthodologie élaborée. Parmi les généralistes de l'équipe présente, les Docteurs A.M. CHESNEAU (71), P. MICHAUT (91), G. GALIMBERTI (78), et B. DEGORNET (91) acceptèrent de se joindre à l'équipe nantaise de base. Par ailleurs les Docteurs J. de COULIBOEUF, Président d'Honneur de la S.F.M.G., et O. ROSOWSKY, Président délégué à la Recherche acceptèrent de donner leur avis sur le travail élaboré.

Aussi bien les médecins nouvellement inclus dans l'enquête adressèrent par écrit au Docteur VINCENT leurs remarques sur la méthodologie et les objectifs poursuivis.

- 1.B.6. En septembre 1982, la D.R.A.S.S. donna un avis favorable de principe à cette recherche et il importait donc d'y mettre la dernière main.

1.C. DERNIERS PREPARATIFS

- 1.C.1. Un séminaire de formation à l'enseignement et à la recherche en médecine générale fut organisée à NANTES par le Docteur VINCENT sous l'égide de la S.F.M.G. les 30 et 31 octobre 1982. Il importait en premier lieu de recruter des observateurs supplémentaires. L'équipe nantaise avait estimé d'abord qu'il était souhaitable que le nombre de médecins-observateurs se situe aux alentours de 20, que par ailleurs son homogénéité soit aussi grande que possible. Aussi furent contactés d'abord les généralistes membres de l'Amicale des Médecins-Généralistes de NANTES-Nord, association loi 1901 chargée statutairement de la formation médicale continue et de la "recherche en médecine générale" dans le secteur nord de la ville. Ainsi acceptèrent d'adhérer à ce travail les Docteurs Brigitte et Dominique ALBERT (Nantes), Dominique PAUL (La Chapelle sur Erdre) et Annik VINCENT (Nantes).

Par ailleurs, à l'occasion des contacts nécessités par l'organisation du séminaire, les Docteurs FOEX (1) et TESSON (Blain) furent réunis à l'équipe.

- 1.C.2. Ainsi eut lieu les 30 et 31 octobre à NANTES un séminaire regroupant les 14 généralistes adhérents à l'enquête avec les Docteurs de COULIBOEUF et ROSOWSKY, ainsi que le Docteur LEMORT. Le projet de recherche fut à nouveau discuté, critiqué ; la fiche informatique et son codage furent étudiés en détails et révisés ; le projet de convention et le chiffrage du budget revus et corrigés.

La convention définitive fut signée par le Docteur VINCENT et Monsieur le Préfet de la Région des Pays de la Loire en temps opportun pour être prise en compte pour les années 1982-1983-1984-1985-1986 et 1987. Cette convention

../.

../. .

stipulait entre autre que la recherche était effectuée par 17 médecins généralistes. Les 3 médecins généralistes qui n'avaient pas pu participer au travail des 30 et 31 octobre à savoir les Docteurs R. SENAND (Couëron), D. THOMAS (Les Sables d'Olonne) et P. LOURY (Angers), furent conviés à une journée de travail. Parallèlement, une équipe de gestion composée des Docteurs GERNIGON et MERY et de Madame MERY étudiait les différents problèmes juridiques, sociaux, comptables et fiscaux posés par la rédaction de ce travail. Cette journée de travail à laquelle participaient également les Docteurs A. et B. VINCENT et D. PAUL, bénéficia de la présence de Madame le Docteur A. DELGA.

La rédaction définitive du mode d'utilisation des fiches, des codages, etc... fut dactylographiée, photocopiée et adressée aux différents membres du groupe. Enfin plusieurs devis réalisés par des imprimeurs de NANTES permirent l'impression de fiches confiée et réalisée par l'une d'elles. Les fiches ont été expédiées aux 17 médecins enquêteurs pour que l'observation débute effectivement en janvier 1983.

2. L'ENQUETE COMMENCE (1983)

2.A. ACTIVITE DE RECHERCHE DU GROUPE EN 1983

- 2.A.1. Les 17 médecins généralistes ont commencé à inclure, à partir du lundi 3 janvier 1983, 100 de leurs malades tirés au hasard selon des tables de nombres aléatoires proposées par le Docteur LEMORT. En raison de l'importante activité médicale des premiers mois de l'année, l'inclusion des 100 malades, initialement prévue en 3 mois, s'est achevée en moyenne dès le début de mars.
- 2.A.2. De la même façon, chaque contact avec ces malades, a fait l'objet d'une fiche d'observation. Rappelons qu'initialement il était prévu au total chaque année 6800 fiches. Or au 31 octobre nous avons recueilli déjà 6200 fiches (un mois environ de vacances étant défalqué), d'ici la fin de l'année 1983 8000 fiches seront remplies.
- 2.A.3. Un premier séminaire de regroupement s'est tenu à NANTES les 16 et 17 avril 1983. Le second s'est tenu à PARIS les 1er et 2 octobre 1983 à l'occasion d'un séminaire de recherche organisé par la S.F.M.G. Ces séminaires de regroupement se sont avérés indispensables.

../. .

..//..

- a- pour analyser les difficultés rencontrées par les membres du groupe dans la réalisation de son travail.
- b- pour coordonner notre méthodologie et particulièrement notre technique de codage.
- c- pour envisager des améliorations, voire des modifications dans l'utilisation des divers codes.
- d- pour élaborer une stratégie d'analyse des données recueillies.
- e- pour soutenir les motivations de chacun des membres du groupe.

2.A.4. Une sous-commission a été instituée, sous la responsabilité du Docteur R. SENAND, pour recueillir les différents problèmes rencontrés dans le codage des "demandes" présentées par le malade et pour en élargir ou en modifier le code. Ce nouveau code des demandes sera rédigé, photocopié et adressé à chacun des membres du groupe pour être utilisé à partir du 1er janvier 1984.

2.A.5. Les difficultés rencontrées par les membres du groupe dans l'utilisation du code des résultats de consultation sont relevées par le Docteur B. VINCENT et adressées aux experts parisiens de la S.F.M.G. les Docteurs J. de COULIBOEUF et O. ROSOWSKY. Eux-mêmes étudient ces difficultés de codage au sein d'un groupe de travail S.F.M.G. et en collaboration avec le Docteur BRAUN, inventeur du code. Les définitions nouvelles et les aménagements qui en résultent sont retournés au Docteur B. VINCENT qui rédigera et adressera pour le 1er janvier 1984 une mise à jour de ce code des résultats de consultation.

2.B. ACTIVITES DE GESTION EN 1983

- 2.B.1. Rappelons que chacune des fiches est revue par le Docteur B. VINCENT qui vérifie sa pertinence avec les codes utilisés avant de les adresser au Docteur LEMORT pour mise en mémoire.
- 2.B.2. Le travail de secrétariat a consisté essentiellement :
 - a- à la rédaction de lettres individuelles à chacun des membres de l'équipe, en particulier pour retourner des fiches incomplètes.
 - b- rédaction, tirage et expédition de 5 lettres circulaires destinées à tenir informés les membres du groupe des problèmes de l'enquête.
 - c- rédaction, tirage et expédition de 3 rapports ; deux rapports concernant chacun des séminaires, un autre concernant les problèmes administratifs et budgétaires.

..//..

../. .

- d - rédaction, tirage et expédition d'un rapport de 15 pages réalisé par le Docteur B. VINCENT sur les problèmes scientifiques et financiers de la recherche épidémiologique entreprise ; ce rapport est diffusé près des interlocuteurs de groupe à l'appui de demandes de crédits.
- e - rédaction, tirage et expédition de lettres pour demander des crédits, en particulier :
 - . à Monsieur le Président du Conseil Régional des Pays de la Loire,
 - . à Monsieur le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie,
 - . à Monsieur le Directeur de la D.R.A.S.S. d'Ile de France,
 - . à Monsieur le Directeur de la D.R.A.S.S. de Bourgogne,
 - . à Monsieur le Directeur de la D.R.A.S.S. de la Région Rhône-Alpes
 - . à Monsieur le Président du SNIP
 - . à Monsieur le Chargé de mission au MIDIST,
 - . etc...
- f - rédaction, tirage et expédition d'un résumé de 8 pages du rapport "SYMPTOMES MORBIDES et CONDUITES de MALADIE" (AIACH-INSERM).
- g - tirage et expédition de 8 articles et du rapport CEREB-LETOURMY sur "PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX."
- h - rédaction, tirage et expédition des codes aménagés,
- i - rédaction, tirage et expédition du présent rapport.

2.B.3.

Le travail des gestionnaires (Docteurs GERNIGON-MERY-VINCENT) a consisté en :

- 5 rencontres avec les représentants de la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire pour la discussion et la signature de la Convention,
- 2 rencontres avec les représentants de l'Industrie Pharmaceutique,
- établissement du bilan comptable,
- établissement des rémunérations diverses et paiement des factures,
- contacts avec l'équipe de sociologues (CO.SO.REF) pour l'établissement d'un programme de travail commun,
- etc...

../. .

../. .

3. L'ENQUETE SE DEVELOPPE (1984)

3.A. ACTIVITES DE RECHERCHE DU GROUPE EN 1984

- 3.A.1. Le groupe de 17 médecins initialement prévu s'est allégé de 2 membres ; ceux-ci en effet ont éprouvé des difficultés à remplir et à renvoyer en temps voulu régulièrement leurs fiches d'observation (les Docteurs G. GALIMBERTI et F. MICHAUT) ; aussi bien ces deux médecins, résidant en Ile-de-France, n'étaient pas compris dans le budget conventionnellement alloué ; ils ont quitté le groupe et leur travail préalable a été exclu du fichier.
- 3.A.2. Quoiqu'il en soit, au 1er octobre 1984 l'ordinateur a déjà enregistré 11 305 fiches d'observations. Rappelons qu'il en était initialement prévu 6800 par an ; ce qui, compte tenu du 4e trimestre qui reste à inclure, et du départ des deux médecins indiqués ci-dessus, nous permet donc d'affirmer que cette année nous dépasserons cette estimation.
- 3.A.3. Rappelons que toutes ces fiches sont revues et vérifiées par le médecin responsable du programme, le Docteur B. VINCENT, avant d'être adressées au Docteur LEMORT pour être mises en mémoire. Cette vérification permet de contrôler la pertinence des codages, les oublis et/ou les erreurs ; toutes les fiches ainsi vérifiées comme non pertinentes sont adressées pour correction à leur auteur. De plus tout codage non prévu initialement est relevé pour permettre les aménagements éventuels des codes utilisés. Ce travail de vérification permet d'évaluer le taux de fiabilité.
- 3.A.4. Quatre réunions de regroupement furent organisées au cours de cette année 1984.
- a- La première s'est tenue le 25.02.84 et réunissait tous les médecins des Pays de la Loire et deux sociologues (M.M CRINE & LEPAGE) ; elle avait pour but d'étudier une entité qui ressortait des fiches : l'importance de la "visite" dans l'activité du généraliste. Le groupe fonctionna pour tenter de mettre au point une méthodologie d'analyse du problème.

En effet selon les objectifs que la recherche s'était fixés, le Docteur B. VINCENT avait pris contact avec une équipe de sociologues. Il s'était avéré intéressant, aux yeux des médecins, d'élargir la recherche dans une vision pluridisciplinaire. L'équipe des sociologues (CO-SOREF) par cette réunion, prenait contact

../. .

..//..

avec le groupe des médecins tandis que de son côté elle devait construire son protocole de recherche dans le but d'élaborer avec les outils propres à la discipline sociologique une vision sociologique des stratégies de décision médicale dans la prise en charge du patient par le généraliste ; elle se chargeait par contrat de lui trouver un appui financier. Aucune convention ne fut alors passée entre la S.F.M.G. et la CO-SOREF ; aucun protocole de recherche sociologique ne fut soumis à la S.F.M.G.

- b - Le 25.04.84 le groupe nantais s'est réuni en présence des sociologues pour exploiter les premiers résultats statistiques fournis par le Docteur LEMORT ; à la suite des commentaires de la journée de travail, le groupe élaborera un projet de fiche d'observation portant sur l'activité du généraliste en visite chez son malade. Cette fiche était destinée à servir de support pour le Séminaire organisé sur le plan national par la S.F.M.G. comme il sera précisé ci-dessous.
- c - Le 21.06.84 le groupe des médecins résidant dans les Pays de la Loire s'est réuni pour envisager la constitution de 3 groupes de travail destinés à commencer une exploitation possible des premiers résultats. Il apparaissait en effet que les méthodes destinées à exploiter ultérieurement les données statistiques mises en mémoire méritaient d'être étudiées et d'être testées selon trois axes : un axe sociologique de l'activité du généraliste (par exemple la "Visite" à domicile), un axe de morbidité de première ligne (par exemple la prise en charge de l'hypertension en Médecine Générale) et un axe diachronique (par exemple l'évolution du symptôme "douleur abdominale" chez le généraliste).
- d - Un séminaire de regroupement se tint enfin à NANTES le 1er et le 2 décembre 1984, il regroupait la totalité des médecins-observateurs, les deux experts parisiens de la S.F.M.G. (Drs J. de COULIBOEUF et O. ROSOWSKY), le Docteur LEMORT, M. CRINE sociologue et le Dr PH. JACOT correspondant de la S.F.M.G. près de la WONCA. Ce séminaire permit au groupe d'étudier et de discuter les différentes méthodologies utilisées par les équipes de travail ; des tests de cohérence furent passés entre membres du groupe ; les différentes questions relevant de l'informatique, de la statistique et de la gestion du groupe furent débattues.

A cette occasion le Dr B. VINCENT qui venait d'être nommé Président National de la S.F.M.G. a sollicité l'aide de ses confrères, le Dr A. GERNIGON de son côté pour des problèmes personnels a demandé à être déchargé de ses responsabilités de trésorier du groupe de recherche, responsabilités dont il s'était toujours acquitté avec soin. L'équipe de recherche a donc chargé le Dr B. ALBERT de suppléer le Dr B. VINCENT et le Dr G. MERY a bien voulu prendre désormais les responsabilités de trésorerie.

..//..

..//..

Enfin ce séminaire de regroupement a permis d'organiser une séance publique de présentation de travaux à laquelle étaient invités M. le Secrétaire d'Etat à la Santé, M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Nantes, M. l'Inspecteur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, les responsables administratifs et médicaux des différents organismes médico-sociaux, M. le Président de l'O.R.S. des Pays de la Loire, M. le Président du C.C.R.P.S. et de nombreux universitaires.

- e - Soulignons enfin que pour pouvoir produire les travaux présentés, chacune des équipes spécialisées a dû se réunir entre 3 et 4 fois entre juillet et novembre 1984.
- 3.A.5. En dehors de ces réunions de travail, un séminaire national de formation à l'épidémiologie en Médecine Générale fut organisé, à la demande de la S.F.M.G., par l'équipe "nantaise". Ce séminaire eut lieu les 31 mai, 1, 2 et 3 juin 1984 à la BRESSE (Vosges) et regroupa environ 50 médecins. Ce séminaire avait un triple objectif :
- faire étudier et tester par les participants au Séminaire notre fiche "Visite", puis en faire la critique ;
 - expliquer en détail aux médecins participants notre méthodologie et notre système de codage, et les inciter à promouvoir de semblables travaux dans leurs régions ;
 - rencontrer et discuter avec le Dr R.N BRAUN (Autriche), instigateur de la recherche en Médecine Générale ; confronter notre méthodologie à la sienne.
- 3.A.6. La Commission Internationale de la Nomenclature des Actes Professionnels en "Soins Primaires", de la WONCA, missionnée par l'O.M.S. pour élaborer un code propre à la Médecine Générale a invité la Société Française de Médecine Générale à participer à une semaine de travail à Hanovre des 10 au 15 septembre 1984. Le Dr O. ROSOWSKY participa, en compagnie du Dr P. JACOT, à cette importante session ; le Dr B. VINCENT empêché, fut tenu étroitement informé des développements de cette rencontre de travail.
- 3.A.7. Un certain nombre de "résultats de consultation" ne figurait pas dans le code initialement utilisé : tous ces "résultats" étaient codés "500" ; ils ont alors

..//..

..//..

été tous répertoriés, classés par chapitres, et si leur fréquence sur un an dépassait 1/3.000 ce nouveau "résultat de consultation" était inclus avec un codage dans le code utilisé. Pendant toute l'année 1984, une commission parisienne de la S.F.M.C. a travaillé en collaboration avec l'équipe nantaise et le Dr BRAUN pour clarifier la terminologie des termes utilisés dans les codes. A compter du 1er octobre 1984 un code mis à jour est désormais utilisé par l'équipe de recherche.

3.B. ACTIVITE DE GESTION "EN 1984"

- 3.B.1. 1. La convention 1984 entre la S.F.M.G. Section de Nantes et la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire a fait l'objet de 4 réunions de négociation. (Drs A. GERNIGON & B. VINCENT.
2. Des lettres personnelles ont été rédigées par le Dr B. VINCENT à l'intention des membres du groupe : la frappe, la photocopie et l'expédition des lettres était assurées par la secrétaire du groupe.
3. Les D.R.A.S.S. de L'ILE-de-FRANCE, de RHONE-ALPES et de BOURGOGNE ont été sollicitées pour budgétiser les médecins-observateurs de l'équipe dépendant de ces régions, en vain : les structures administratives semblent trop rigides pour pouvoir prendre en charge une action d'épidémiologie dont elles ne seraient promotrices.
4. Chaque réunion a fait l'objet d'un compte-rendu pris par la secrétaire au cours de la réunion : rédaction, frappe et photocopie.
5. L'Organisation du Séminaire de la BRESSE a demandé de multiples démarches, un courrier abondant, la constitution de dossier de travail préparatoire, l'expédition de ces dossiers à tous les inscrits, etc.
6. La tenue des comptes a été régulièrement faite par le trésorier de l'équipe (Dr A. GERNIGON), avec l'aide de Mme MERY.
7. Les contacts internationaux ont eu lieu par lettre en juin juillet et août ; un contact avec le ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS réunit à PARIS La Société Française de Médecine Générale, dont le Dr B. VINCENT et les responsables australiens le 10.10.84.
8. La préparation du Séminaire de regroupement, en particulier la préparation de la séance de publication des travaux fit l'objet de l'envoi d'une cinquantaine de lettres d'invitation avec carte-réponse timbrée.

..//..

../. .

4. LES PREMIERES TENTATIVES D'ANALYSE (1985)

4.A. Activités du groupe de recherche épidémiologique

4.A.1. Les 10 médecins généralistes pris en compte par la convention passée avec la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire associés aux 3 autres généralistes hors région, ont poursuivi en 1985 la rédaction des fiches d'observation. L'état actuel des fiches remplies, vérifiées et mises en mémoire sur ordinateur, au 30.11.85 s'élève à 17 500, soit depuis l'année dernière 6 195 fiches supplémentaires.

4.A.2. Par rapport aux prévisions établies initialement (6800 fiches par an) cette légère diminution s'explique selon nous par les raisons suivantes :

- A - 2.a. En raison du temps de participation trop bref de 2 des médecins qui participaient initialement à l'enquête, et pour permettre une exploitation statistique cohérente, il fut décidé cette année d'éliminer leurs fiches mises en mémoire. Si donc on les soustrait du total enregistré en 1984 (11 305 - (113 + 51) = 11 141), le nombre de fiches remplies par les 13 médecins restant en 1985 se monte à (17 500 - 11 141) 6 359 fiches.
- A - 2.b. L'effectif des malades surveillés qui initialement, pour 13 médecins, s'élevait à 1 298, a diminué en 1983, 1984, et 1985 (-51 en 1983 et -29 en 1984) : la cohorte observée se monte donc à 1 218 malades.
- A - 2.c. En dehors des périodes normales d'absence ou de vacances, trois des médecins de l'enquête ont dû suspendre ou retarder temporairement leurs observations : un d'entre eux pour maternité, un autre pour accident, un troisième pour maladie.

Si l'on tient compte de ces trois éléments on peut affirmer que les objectifs fixés par l'enquête pour le recueil des observations a été scrupuleusement respecté.

4.A.3. La vérification des fiches remplies a été réalisée, comme les années précédentes par le Dr B. VINCENT. Les incohérences ou les insuffisances du codage ont conduit à des demandes d'explications supplémentaires. Par ailleurs était noté à la main tout nouveau "résultat de consultation" non répertorié dans le code utilisé.

../. .

../. .

4.A.4. Comme il était conventionnellement prévu, deux séminaires se sont tenus au cours de l'année.

4.A. - 4.a. Les 15 et 16 juin 1985, s'est tenu à Nantes un premier séminaire regroupant, en plus des 13 médecins de l'enquête, deux sociologues (MM. CRINE et LEPAGE) et le Dr JP LEMORT.

4.A. - 4.a.1. La première partie du séminaire fut consacrée à l'étude de la cohérence des langages utilisés par chacun des 13 médecins. Deux questions et deux décisions ont été discutées à ce sujet :

1°) Les divergences constatées entre les médecins concernant l'utilisation du code des résultats de consultation doivent-elles être considérées comme des faits socio-culturels, objets d'analyse sur le fonctionnement du Médecin Généraliste ?

2°) Ou bien doivent-elles être considérées comme les biais à toute étude épidémiologique qui n'aurait pas été précédée d'une définition lexicale ?

3°) Il fut d'abord décidé de calculer, pour chacun des 13 médecins, la fréquence et l'incidence de chacun des résultats diagnostiques de consultation pour vérifier la cohérence ou l'incohérence des langages utilisés et/ou des pratiques de chacun des médecins.

4°) La nécessité d'élaborer, en annexe du code des résultats de consultation, un lexique permettant d'en définir les termes avec précision, est apparue comme une nécessité urgente. La comparaison entre les fréquences observées chez chacun des 13 médecins permettra de pointer les principaux termes qui prêtent à confusion et qui, de ce fait, méritent une définition commune.

4.A. - 4.a.2. La seconde partie du séminaire fut consacrée à l'étude des caractéristiques de la visite en Médecine Générale. L'équipe qui avait, en 1984, commencé à explorer ce thème n'a pas pu, pour des raisons qui seront exposées plus loin, exploiter davantage ses hypothèses. A l'occasion de ce Séminaire, elles ont seulement été précisées et approfondies.

4.A. - 4.b. Le second séminaire s'est tenu les 9-10 et 11 novembre 1985. En raison des objectifs que l'équipe s'était fixés en juin - et particulièrement l'élaboration d'un lexique annexé au code des résultats de consultation - ce Séminaire a été élargi à une vingtaine d'autres membres de la S.F.M.G.

../. .

../. .

- 1°) Au cours de la 1ère journée les résultats des "nantais" furent présentés aux 70 participants dans le but de servir de base aux discussions suivantes. Les membres du Séminaire se séparèrent ensuite en ateliers autonomes.
- 2°) Les 4 membres de l'équipe (Drs DELELIS-FANIEN, LOURY, SENAND, et TESSON) et les 2 sociologues CRINE et LEPAGE, ont consacré leurs temps à élaborer trois axes de questions à poser à l'ordinateur sur le problème de la visite. Ils ont pris acte des difficultés considérables qui apparaissaient pour que l'A.N.D.S.I.M. puisse donner réponse à ces questions. Ces difficultés tenaient à l'insuffisance de la budgétisation des frais nécessités par cette étude particulière.
- 3°) Le rapport sur "la prise en charge du malade hypertendu" a été entièrement repris par les Drs A. et B. VINCENT, B. ALBERT, G. MERY, D. THOMAS, G. ROSOWSKY et JP LEMORT. Il y sera fait allusion plus loin.
- 4°) Deux ateliers ont fonctionné de façon autonome pour la rédaction des premières définitions du lexique annexé au Code des Résultats de Consultation. Une méthodologie fut élaborée dans ces ateliers, laquelle sera mise en route selon un programme et une stratégie précise.

Ainsi se sont déroulés les 2 séminaires prévus dans la Convention.

- 4.A. - 5. Les activités de recherche se sont poursuivies tout au long de l'année 1985 et bien qu'elles n'aient pas été prévues dans la convention il semble important d'y faire allusion ici.
- 4.A. - 5.a. Le groupe de recherche sur "la visite", groupe qui a été précisé ci-dessus s'est réuni à plusieurs reprises. A noter les difficultés rencontrées par ce groupe pour multiplier les réunions en raison de la dispersion géographique de ses membres. Mal il faut surtout souligner l'impossibilité devant laquelle ce groupe s'est trouvée pour l'exploitation et la vérification de ses hypothèses : il semble en effet que dans l'état actuel de la situation l'A.N.D.S.I.M. se trouve dans l'incapacité de fournir les résultats demandés (insuffisance de matériel et de personnel).
- 4.A. - 5.b. Un premier travail sur "les malades hypertendus pris en charge dans les clientèles de médecine générale" avait été rédigé en 1984 par les Drs B. ALBERT, G. MERY et D. THOMAS.

../. .

.../...

1°) Il est apparu au début de 1985 que ce rapport pouvait être approfondi. En effet une étude épidémiologique analytique pouvait être conduite si, à la population des malades hypertendus de l'enquête, était comparée une population non-hypertendue appariée, c'est à dire ayant les mêmes structures d'âge et tirée au hasard. De cette façon pouvaient apparaître dans cette étude des facteurs sociologiques ou des éléments morbides discriminants capables de générer des hypothèses pouvant déboucher sur une prévention adaptée. Le Dr JP LEMORT construisit donc de nouveaux résultats comparatifs entre les 2 populations et le Dr B. VINCENT rédigea des regroupements statistiques qui furent analysés, critiqués et approfondis avec le Dr G. ROSOWSKY. Il était apparu en effet que certains tests de CHI2 devaient être repris et que certains résultats informatiques devaient être repris avec des questions mieux posées.

2°) Une seconde série de résultats furent alors analysés par les Drs B. VINCENT, D. THOMAS, B. ALBERT, G. MERY et A. VINCENT au cours de l'été 1985. Un rapport préliminaire fut rédigé et, malgré ses insuffisances dont nous allons parler et qui ont fait l'objet des discussions à l'occasion du Séminaire des 9-10 et 11 novembre 1985, il est remis à la D.R.A.S.S. des Pays de la Loire comme illustration du travail effectué mais avec toutes les réserves quant à la diffusion.

3°) Une troisième fois donc, à la suite de ce séminaire, le travail fut remis en chantier, et en particulier 3 nouvelles bases furent définies :

- * le recueil des informations porterait sur 2 ans et non plus sur 18 mois.
- * il comporterait la population hypertendue des seuls 13 médecins qui avaient pu poursuivre l'observation pendant 2 ans.
- * La population (P2) non-hypertendue qui servait de référence serait tirée au hasard et non plus prise dans l'ordre du fichier.

Il était donc nécessaire de revoir tous les résultats chiffrés, de réécrire tous les tableaux comparatifs, de recalculer tous les CHI 2.

4°) Malheureusement une fois ce travail terminé, fut constatées de telles différences entre la population (P1) hypertendue et la population (P2) non-hypertendue qu'elles ne pouvaient plus être appariées et donc statistiquement comparées. En effet après 60 ans, comme l'avait d'ailleurs clairement établi le premier rapport, la prévalence de l'hypertension artérielle dans la population de l'enquête dépassant 50 %, il était impossible de trouver, dans les classes d'âges supérieures,

.../...

../.

autant de non-hypertendus que d'hypertendus. Pour éviter ce biais considérable et malheureusement prévisible pour tout ce qui concernait l'étude comparative de cette étude sur les malades hypertendus, les Drs O. ROSOWSKY et B. VINCENT ont proposé au Dr JP LEMORT d'apparier la population P1 (hypertendue) plus nombreuse à la population P2 (non-hypertendue) - et non plus l'inverse - au delà de 55 ans. De nouveaux résultats, nous ont permis de rédiger un rapport définitif.

4.A. - 5.c.

A la suite du Séminaire des 15-16 juin 1985, il avait été décidé de publier une première mise à plat des résultats épidémiologiques de notre travail. Il fut donc demandé à L'A.N.D.S.I.M. de sortir de la mémoire informatique, pour 1983, 1984 et 1985 (en partie), et pour chacun des 13 médecins du groupe, chacun des 409 "résultats de consultation" codés dans l'enquête. Il était précisé que pour chaque malade chaque résultat diagnostique n'était compté qu'une fois, sauf si, dans la demande, il apparaissait comme un problème nouveau. Ces dénombrements ont permis au Dr B. VINCENT d'établir un rapport sur "les résultats épidémiologiques". Comme il est indiqué, ce rapport était destiné à être présenté (et il le fut effectivement) aux participants au Séminaire des 9-10 et 11 novembre 1985, pour permettre, entre autres, l'étude des différences entre les 13 médecins de l'enquête et ceux de R.N BRAUN. L'analyse de ces différences devait également servir de point de départ à une réflexion lexicale indispensable pour obtenir une plus grande cohérence dans les résultats codés. Cette première mise à plat a permis de mettre en évidence et de rediscuter avec RN BRAUN un certain nombre de problèmes d'ordre théorique et, partant, de formuler de manière plus précises les questions à l'informaticien.

4.B.

Activité de gestion en 1985

En dehors des activités de recherche analysées plus haut et qui ne permettent pas de préciser le temps, passé, la gestion de ce travail peut être estimée de la façon suivante :

../.

..//..

- 4.B. 1°) Le groupe de gestion (Drs B. VINCENT, G. MERY, B. ALBERT, et A. GERNIGON, remplacé rapidement par R. SENAND) s'est réuni à 4 reprises pour prendre les décisions nécessaires : élaboration et discussion de la Convention avec la D.R.A.S.S., organisation des séminaires, vérification des comptes...)
- 4.B. 2°) La discussion conventionnelle donna lieu à 4 rencontres (31.01.85, 07.03.85, 13.06.85, 26.07.85) avec les responsables de la D.R.A.S.S. Une rencontre eut lieu entre les Drs G. MERY et B. VINCENT d'une part et M. MAZURELLE (U.M.L.A.) d'autre part dans le but d'explorer les possibilités de travaux communs.
- 4.B. 3°) La comptabilité fut rigoureusement tenue à jour par le DR G. MERY et sa femme. Une consultation fut demandée à M. BLAQUIERE responsable de la D.A.C.S. en vue d'améliorer la gestion comptable du travail.
- 4.B. 4°) En dehors des lettres individuelles circulant entre les membres du groupe et le responsable, 4 rapports furent rédigés et diffusés aux membres du groupe.
- 4.B. 5°) De nouvelles demandes de budgétisation par les DRASS d'Ile-de-France, de Bourgogne et de Rhône-Alpes furent adressées avec dossiers complets par le Dr B. VINCENT. En vain !
- 4.B. 6°) La rédaction des rapports -en particulier du présent rapport- fut assurée par le Dr B. VINCENT.
- 4.B. 7°) La dactylographie, la photocopie, l'expédition des documents furent assurées également par le Dr B. VINCENT et la secrétaire du groupe.
- 4.B. 8°) Le bilan financier arrêté au 10.12.85 fut établi par le Dr G. MERY en collaboration avec sa femme.

4.C. CONCLUSIONS ... TEMPORAIRES (1985)

Au terme de cette 3ème année de recueil d'informations épidémiologiques, nous proposons quelques conclusions.

- 4.C. 1°) L'intérêt de ce travail et son originalité tant en France qu'à l'étranger ne se dément pas. Son extension à d'autres régions sanitaires et sociales en France, extension que la Société Française de Médecine Générale a pour sa part toujours souhaitée, ne se réalise pas en raison de la pesanteur des structures administratives. Elle se réalisera plus rapidement à l'étranger (contacts en Hollande avec le Dr LAMBERTS et en Australie avec le Dr FRAILLON) qu'en France !

..//..

..//..

- 4.C. 2°) Avant même l'achèvement du recueil des informations l'équipe de la S.F.M.G. a voulu tester à la fois la fiabilité de son instrument épidémiologique et à la fois les possibilités d'extraction des données. Les imperfections de l'instrument ont été mesurées et font l'objet d'un continuel aménagement (rédaction d'un lexique trilingue annexé au Code des Résultats de Consultation en Médecine Générale - Convention 1985 avec la M.I.D.I.S.T.). Les possibilités d'extraction des résultats et leur croisement sont importantes mais nécessitent de façon impérative :
- a) un soutien statistique et épidémiologique moins réservé.
 - b) des possibilités informatiques à la mesure des renseignements que l'on peut exiger de cette banque de données.

Or l'expérience de 1985 nous a fait sentir les difficultés considérables qui risquent de se faire jour en 1986 et davantage encore en 1987, pour parvenir à ce double objectif.

- 4.C. 3°) C'est pourquoi il nous paraît indispensable que soit préalablement discutés, et le programme de travaux demandés à l'ANDSIM *, et le devis précis pour la réalisation de ces travaux. Il nous semble en effet inutile de poursuivre davantage le recueil d'informations si la S.F.M.G. et la DRASS ne sont pas assurées des possibilités d'extraction des données.

- 4.C. 4°) En conséquence nous demandons d'urgence une réunion regroupant :

- les responsables de la DRASS concernés
- les responsables de l'ANDSIM
- les responsables de la S.F.M.G., Section de Nantes
- les sociologues de la CO. SOREF concernés par ce travail.

de façon à régler cette question avant toute convention ultérieure.

... En février 1986, le Dr JP LEMORT nous annonça la dissolution de l'ANDSIM : en effet son statut personnel hospitalo-universitaire lui interdisait de se consacrer à un travail aussi important en dehors de ses activités statutaires. Ce qui résolvait le problème... ou le compliquait. Aussi bien cette réunion que nous demandions en décembre 1985, n'eut lieu qu'en mai 1986 !

* A.N.D.S.I.M. = Association Nantaise pour le Développement des Sciences de l'Informatique en Médecine, Association "Loi 1901".

..//..

../. .

5. LE TOURNANT DE 1986 : "L'ANNEE DES CONFLITS"

5.A. En s'appuyant sur les acquis de la recherche généraliste dans le monde et sur l'expérience scientifique de la S.F.M.G., les médecins généralistes "du groupe de NANTES" davaient acquérir la compétence voulue en matière d'épidémiologie dans le champ de leur discipline, au cours de la période préparatoire (1981-1982) et au cours des trois premières années (1983-1984-1985) de recueil des données.

A l'occasion des premières analyses (Paragraphe .4.A.5.C. p 103) le groupe avait pour sa part découvert les pré-occupations les plus actuelles des taxinomistes en Médecine Générale : définir et choisir des items pertinents.

Restait au groupe à vivre, à comprendre et à surmonter les conflits très sévères qui surgissaient autour des problèmes de moyens matériels et autour des acquis scientifiques ; ces conflits sont, hélas ! monnaie courante entre disciplines scientifiques comme entre équipes de recherche. Il n'était pas surprenant que ces conflits se produisissent lors de l'achèvement du recueil des données sur lesquelles des visées d'équipes concurrentes n'étaient pas inimaginables.

5.A.1. On sait déjà que le budget alloué au groupe était extrêmement serré et soumis à négociation et à renouvellement annuels. On sait aussi que le groupe progressait dans un domaine (la recherche scientifique) où fonctionnent d'autres institutions en utilisant toutefois (voir supra Chapitre 1) des outils conceptuels et une méthodologie de recueil insuffisamment spécifiques au champ de l'observation (la Médecine Générale). C'est par exemple le cas des Observatoires Régionaux de Santé, mais aussi d'équipes de sociologues intéressés par la Sociologie médicale.

C'est pourquoi, une première difficulté surgit pour le groupe en février 1986 lorsque le Dr JP LEMORT fut contraint d'abandonner tout travail extérieur à ses fonctions hospitalo-universitaires : l'Association Nantaise pour le Développement des Sciences de l'Informatique en Médecine (A.N.D.S.I.M.) se trouva dès lors privé du concours qu'il était seul à lui apporter et cessa ses activités.

Le recueil des données pour 1986, quatrième année programmée, et surtout d'exploitation de ces données ne pouvait plus être assurés dans le cadre budgétaire restreint attribué par la D.R.A.S.S. au groupe de recherche. Il importait donc à la fois de chercher une Société de Service Informatique extérieure, et surtout les fonds nécessaires pour la

../. .

../. .

mise en mémoire de la dernière année et pour l'exploitation ultérieure des données.

- 5.A.2. Dans le même temps se dessinait avec l'équipe des sociologues un sérieux conflit. Le collectif SOREF avait en effet signé avec la D.R.A.S.S. une convention séparée dont les termes n'avaient pas été négociés avec l'équipe de la S.F.M.G. Celle-ci s'était fiée à un projet que les sociologues avaient antérieurement proposé à la M.I.R.E. ; C'est pourquoi les généralistes du "groupe de NANTES" pensaient entendu que les sociologues de la CO-SOREF envisageaient d'étudier, par des données recueillies séparément, et avec des instruments propres à leur discipline, les mêmes objets que la S.F.M.G., c'est à dire les stratégies de la décision médicale en Médecine Générale. Ce projet impliquait bien entendu une budgétisation indépendante par la DRASS en faveur de la CO-SOREF pour le recueil et l'exploitation des données par les sociologues. A l'interface entre la S.F.M.G. et la CO-SOREF était escomptée par les différents partenaires une information mutuelle sur les procédures des deux équipes.

C'est dans ces conditions qu'une commission (A. DELELIS-FANIEN, P. LOURY, R. SENAND, et D. TESSON) fut mandatée par l'équipe S.F.M.G. pour soumettre aux sociologues de la CO-SOREF un projet d'études sur les stratégies de la décision généraliste lors de la visite du médecin au domicile du malade. A l'occasion du séminaire de novembre 1985 lorsqu'il fallut choisir l'ordre des urgences dans l'exploitation informatique des sujets d'étude - et alors même que la collaboration du Dr JP LEMORT restait acquise - un conflit se dessina déjà : apparaissait, alors, que le CO-SOREF n'avait pas prévu, ni obtenu, de budget informatique propre pour son travail, et se trouvait dès lors dans l'obligation d'utiliser celui alloué au projet de la S.F.M.G.

Néanmoins, la CO-SOREF remettait peu de temps après à la DRASS un rapport d'activité relatif à sa propre convention contractuelle. Ultérieurement le Dr VINCENT reçut la copie de ce rapport et c'est à ce moment qu'apparut une seconde anomalie : les sociologues n'avaient réalisé aucun travail de recueil personnel de données, - par exemple par questionnaires ou interviews - sur l'objet supposé de leur étude : les stratégies de la décision généraliste au domicile du patient ; mais ils s'étaient contentés de produire des croisements à caractère sociologique construits à partir de la mise à plat des items mémorisés par les praticiens et fournis par l'A.N.D.S.I.M. (sur le budget de la S.F.M.G.).

Une faute méthodologique originelle apparaissait à l'évidence car le matériel recueilli par les médecins ne visait pas la réalité sociologique des patients qu'il appartenait à la CO-SOREF de saisir, mais uniquement l'idée que s'en

../. .

../. .

font les praticiens lorsqu'ils prennent leurs décisions. Il aurait été possible de concevoir, à la limite, une étude ultérieure intéressante sur l'écart entre la réalité sociologique et l'idée que s'en font les praticiens ; cela aurait nécessité un retour des sociologues eux-mêmes sur le terrain, par exemple par une enquête près des 1300 patients de la cohorte suivie par les médecins de la S.F.M.G. Et il est regrettable que cette méthodologie spécifiquement sociologique, pourtant projetée par la SOREF, et même prévue par elle pour être appliquée au cours même du Séminaire de novembre 1985, n'ait pas été ébauchée dans le rapport fourni à la DRASS à la fin de la première année de la convention CO-SOREF/DRASS.

Dans la situation créée de facto, dès le premier trimestre 1986, par la dissolution de l'ANDSIM, il apparut aux responsables de la S.F.M.G. que la SOREF manœuvrait pour obtenir le contrôle et particulièrement le contrôle de la budgétisation informatique future - comme celui des études nécessaires à la réalisation du projet de la recherche. A cet effet la SOREF avait, dans son rapport d'activité, souligné de prétendues imperfections du système de recueil des données des médecins de la S.F.M.G. "imperfections" qui ne sont en fait que les limites habituelles relevées, comme dans toute recherche scientifique sérieuse, par les médecins de la S.F.M.G. eux-mêmes et précisées ici même. C'était ne pas avoir compris - ou feindre de ne pas comprendre - l'objectif épistémologique de l'étude construit selon la méthodologie habituelle de la S.F.M.G. et basé sur les informations réellement utilisées par les praticiens.

Nous pointons ici une position encore rencontrée en FRANCE dans le champ de la Sociologie médicale, lorsqu'elle signe, à notre avis, l'adhésion implicite de trop de sociologues français à la hiérarchie instituée il y a trente ans chez nous entre les différentes disciplines médicales. Cette position se distingue d'ailleurs nettement de celles qui ont cours en Grande-Bretagne, au Canada, aux U.S.A., en Suisse, aux Pays-Bas ou dans les Pays Scandinaves : là ce sont les caractères spécifiques de la pratique généraliste, et en particulier son intérêt pour la population, par rapport aux autres disciplines médicales, qui sont l'objet des travaux de nombreux sociologues médicaux.

../. .

../. .

Quoiqu'il en soit, pour permettre la poursuite des travaux scientifiques pluridisciplinaires coordonnés, la S.F.M.G. accepta de prolonger sa collaboration avec la SOREF, à la condition que tout rapport basé sur le travail commun soit co-signé par les deux équipes de chercheurs, de façon à garantir aux uns comme aux autres l'expression de leurs positions respectives. Le 11 juillet 1986 la SOREF refusa de signer cet engagement: dès lors la collaboration entre les deux équipes devenait impossible.

- 5.A.3. Pendant que ce débat se déroulait, prenait corps un autre conflit. Malgré les demandes réitérées du groupe S.F.M.G. inquiet de ne plus pouvoir disposer d'un support informatique, depuis la dissolution de l'A.N.D.S.I.M., pour la poursuite de sa recherche programmée, la DRASS gardait le silence. Fin mai 1986, elle proposa au groupe la mise sur pied d'un Comité de coordination destiné à élaborer avec l'équipe de recherche médicale les modalités d'exploitation informatique du matériel recueilli.

Le 6 septembre 1986, c'est encore la S.F.M.G. qui prenait l'initiative de proposer à la DRASS les aménagements conventionnels pour 1986 et 1987, en particulier la nomination par la DRASS d'un expert de son choix pour collaborer au travail d'analyse... Et c'est sans la moindre concertation, en particulier sans qu'ait pu être mis sur pied le -dit comité de coordination, que le 8 octobre 1986, la commission ad hoc du Comité Consultatif Régional pour la Promotion de la Santé, en proposant à l'équipe de recherche S.F.M.G. le règlement du travail accompli en 1986 pour le recueil des données, demandait expressément - et comme condition préalable au règlement de ce travail - la remise entre les mains de l'Observatoire Régional de la Santé des données recueillies depuis 4 ans par les médecins de la S.F.M.G. écartés de toute possibilité d'exploitation ultérieure. Dès lors il ne s'agissait plus d'une collaboration, préalable envisagée par la DRASS et réclamée par la S.F.M.G., mais d'un véritable détournement de propriété scientifique, représenté par plus de 4 années de travail, au profit d'un organisme appartenant à un réseau dont précisément les analyses de la S.F.M.G. contestent formellement la compétence, et singulièrement les performances en matière d'épidémiologie généraliste (cf. supra. Chapitre 1) *

NOTE

* Le budget des ORS avait semble-t-il menacé d'être amputé de subventions ministérielles antérieures : on peut donc se demander si la main-mise de cet organisme sur les données de la S.F.M.G. ne permettait pas également de résoudre quelques difficultés budgétaires de l'O.R.S.

../. .

..../..

Le 26.11.86. la DRASS confirmait sa position et, devant le refus unanime du groupe de se désaisir du fruit de son travail, elle prenait acte, par lettre en date du 24.12.86, de l'absence de tout lien contractuel entre les parties. Pour sa part le groupe S.F.M.G. tire de ces pénibles mésaventures des enseignements d'une inestimable portée sur les procédures institutionnelles en usage dans la collectivité scientifique. Ce sont maintenant les instances dirigeantes de la Société, et singulièrement le Comité Scientifique, qui est en charge de ce travail : sa première tâche consiste à trouver de nouveaux financements nécessités par l'achèvement du programme de recherche.

- 5.A.4. Les différents devis, que l'équipe de recherche S.F.M.G. a sollicité près de Sociétés de Service Informatique qu'elle a pris l'initiative de contacter dès le début de l'année 1986, prennent en compte d'une part la saisie des fiches d'observations de la dernière année, les fiches de fin d'enquête et les dossiers des événements (cf. Chapitre 2.), d'autre part l'élaboration du programme d'analyse.

Parmi les divers devis recueillis, le plus intéressant propose :

- pour la saisie	:	50 000 F
- pour l'élaboration du programme	:	29 300 F
		<hr/>
	TOTAL	79 300 F

N.B. : Ces prix s'entendent H.T. au 15.09.86.

Quant à la "mise à plat" du fichier elle est tarifiée au prix d'un franc par feuille restituée. Par contre pour toute question croisée balayant la totalité du fichier il faudra compter environ 500 F H.T. et 1 F par feuille restituée.

Pour exploiter les données épidémiologiques et épistémologiques recueillies pendant 4 années, il faut donc compter, comme budget informatique, :

- pour une simple "mise à plat" : 94 300 F T.T.C.
- pour toute analyse fine, semblable à celle publiée dans les "Documents de Recherche en Médecine Générale", n° 19, sur les "Malades Hypertendus", comportant environ 36 croisements, environ : 115 000 F T.T.C.

- 5.B. Les activités du groupe de recherche au cours de l'année se sont maintenues, en dehors des problèmes évoqués ci-dessus, autour de deux axes essentiels.

..../..

../..

5.B.1. La rédaction et la collecte des fiches d'observation s'est poursuivie tout au long de l'année selon le programme prévu, et ce, malgré les difficultés rencontrées, et malgré l'absence de budgétisation (donc bénévolement). En plus des fiches d'observation, ont été collectées en fin d'enquête.

- les fiches de "fin d'observation"
- les dossiers des 1300 malades portant les événements sanitaires, familiaux ou sociaux survenus pendant les 4 années.

Le bilan de ce recueil sera donné ci-après.

5.B.2. Un seul séminaire de regroupement se tint cette année-là les 9-10 novembre 1986 à la MENITRE. L'ensemble du groupe y participa à l'exception des Drs G. MERY et B. ALBERT (excusée). Deux ordres de questions y furent débattues.

5.B.2.1. Dans un souci de cohérence le groupe étudia les modalités de la fin d'enquête. Il fut en particulier décidé que la période d'observation s'arrêtait le 31.12.86. même si, de fait, les malades n'avaient pas été suivis pendant 4 ans en raison d'une inclusion échelonnée sur les 2 ou 3 premiers mois de 1983. Les modalités de rédaction de la fiche de "fin d'observation" sont expliqués dans le Chapitre 2.

5.B.2.2. Furent étudiées aussi diverses possibilités d'analyse ultérieures des données mises en mémoire. A partir d'un listing dressé après un tour de table, deux groupes étudièrent la méthodologie des protocoles d'analyse possible, selon les 3 axes déjà choisis en 1984 comme axes de recherche ;

- analyse de la pratique du généraliste selon la morbidité rencontrée.
- analyse de l'évolution en quatre ans des principales pathologies rencontrées en M.G.
- analyse diachronique des principaux problèmes morbides posés au médecin.

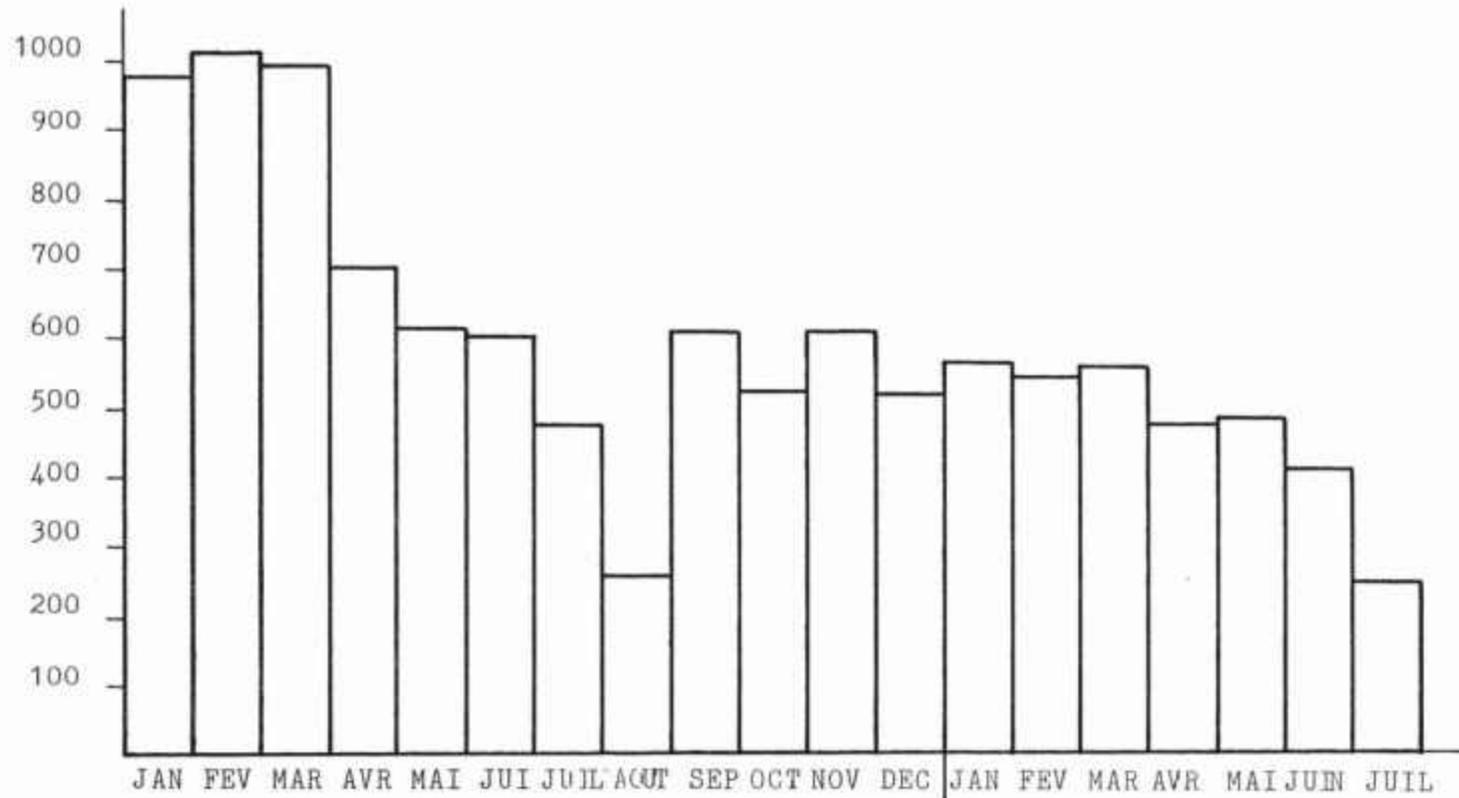
Ces protocoles d'analyse seront approfondis et utilisés dès lors que les possibilités de traitement informatique seront acquises.

5.C. Le bilan général de l'activité du groupe à l'issue de ces 5 années de travail commun, ne pourra être valablement établi que lorsqu'auront pu être réalisées l'analyse des données recueillies. Néanmoins, à titre de bilan d'activité du groupe, nous allons présenter ici l'évolution du nombre de fiches de contact médecin/malade remplies et enregistrées au cours des 4 années de l'enquête.

5.C.1. Le Tableau n° 13 dénombre mois par mois les contacts effectivement mis en mémoire par l'informaticien. On voit sur ce tableau très nettement :

../..

T A B L E A U N° 13

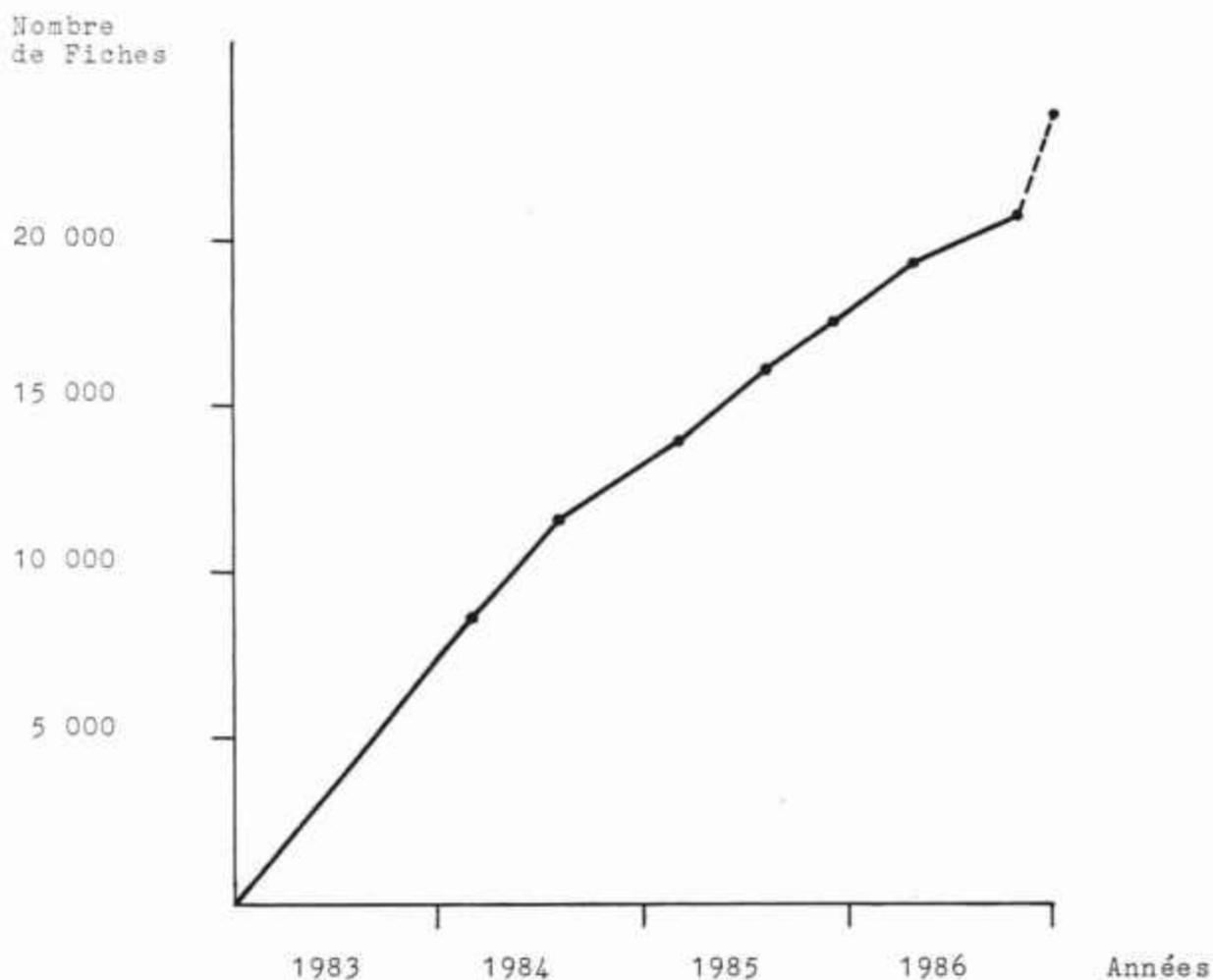


1983

REPARTITION DU NOMBRE DE CONTACTS MEDECIN/MALADE PAR MOIS ENTRE JANVIER 1983 ET JUILLET 1984

T A B L E A U N° 14

=====



EVOLUTION DU NOMBRE DE FICHES DE CONTACT MEDECIN/MALADE CENTRALISEES ET VERIFIEES pendant les 4 ANNEES de L'ENQUETE (en EFFECTIFS CUMULES), pour L'ENSEMBLE DES MEDECINS

../.

- un nombre important d'actes médicaux au cours du premier semestre 1983, ce qui correspond à l'épidémie de grippe de l'époque;
- une stabilisation autour de 500 fiches par mois ensuite ;
- sauf pendant les périodes de vacances (août et septembre).

Le dénombrement total sur les 4 ans de l'enquête ne pourra être établi que lorsque les problèmes informatiques seront résolus. C'est pourquoi nous utiliserons dans les tableaux suivants une autre méthode de dénombrement.

- 5.C.2. Nous avons dénombré les fiches adressées au médecin-coordonnateur (B. VINCENT) qui les comptabilisait après les avoir vérifiées et avant de les adresser à l'informaticien. Cette méthode de dénombrement tient donc compte autant du nombre des contacts médecin/malade, que de la régularité des envois au coordinateur... et que de la régularité de ses vérifications.

Le Tableau n° 14 montre néanmoins en effectifs cumulés la régularité de la vérification des fiches remplies et donc la constance de l'observation, et ce, même si la courbe obtenue s'applatit en raison d'une réduction de la cohorte observée.

Nous avons terminé cette courbe par un pointillé indiquant le total des fiches recueillies (mais non vérifiées à ce jour) tenant compte des fiches de "fin d'observation". L'estimation finale du nombre de contacts médecin/malade s'élève à plus de 22 000.

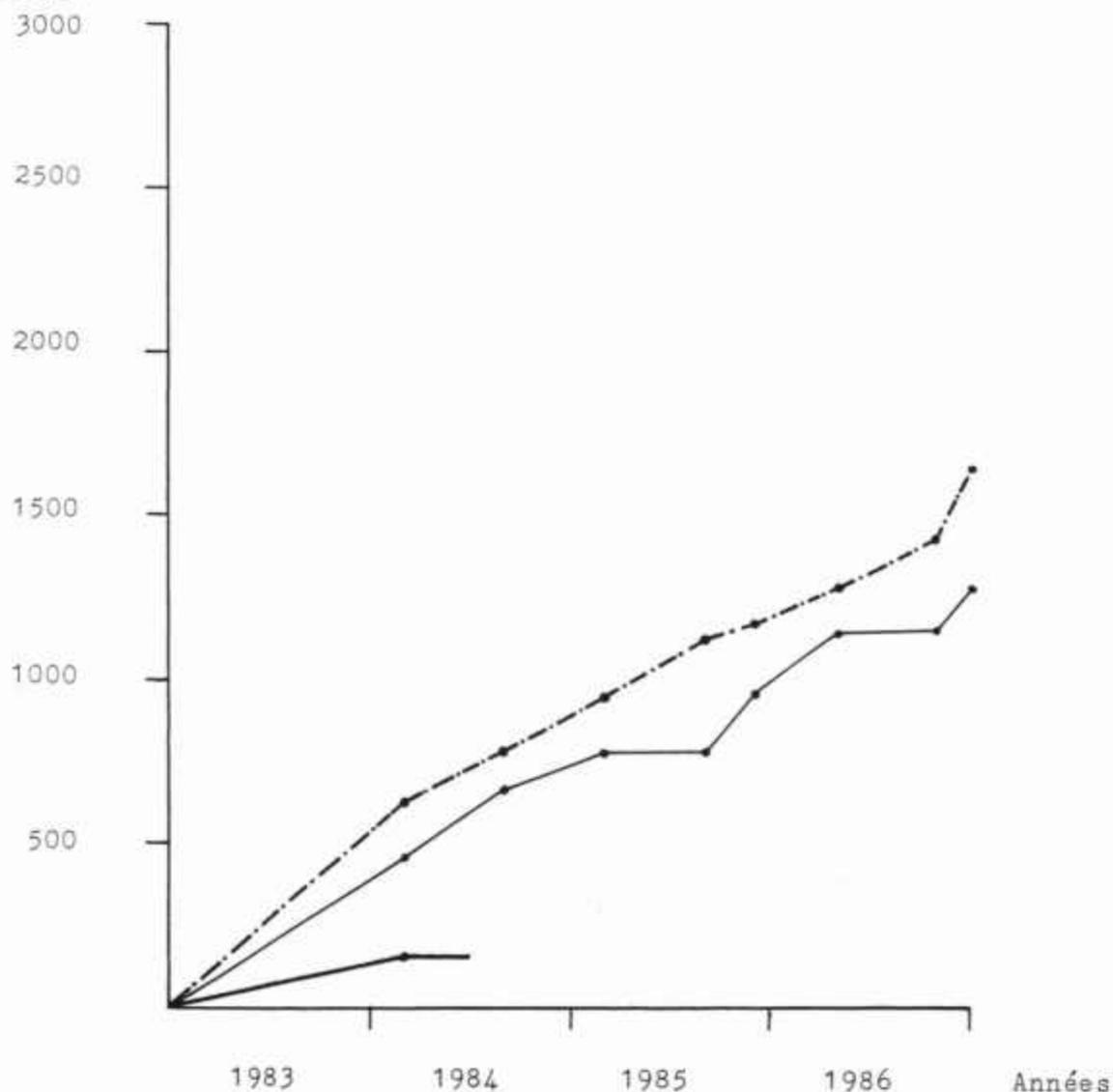
- 5.C.3. Nous avons enfin dénombré de la même façon des fiches centralisées et vérifiées pour chacun des médecins du groupe de recherche, en les regroupant néanmoins selon le lieu de leur exercice et selon qu'ils ont plus ou moins de 50 ans.

- 5.C.3.1. Pour les 3 médecins de moins de 50 ans résidant dans une grande ville, le Tableau n° 15 montre :

- une régularité du travail accompli par le médecin N° 03
- une chute du nombre de fiches adressées au coordinateur, pour le médecin N° 05, au cours de l'année 1985, correspondant à une maternité.
- un arrêt du nombre de fiches pour le médecin N° 07 dont la collaboration a cessé rapidement.

../.

T A B L E A U N° 15

Nombre de
Fiches

Evolution du Nombre de Fiches de Contact Médecin/Malade centralisées et vérifiées pendant les 4 années de l'enquête (en effectifs cumulés) pour les Médecins exerçant dans les grandes Villes et de moins de 50 ans.

- - - - - M.G. n° 03
 ————— M.G. n° 05
 ————— M.G. n° 07

../. ..

5.C.3.2. Pour les 4 médecins de plus de 50 ans résidant dans une grande ville, le Tableau n° 16 montre :

- une progression régulière du nombre de fiches pour le médecin n° 14
- la même régularité, mais pour un nombre moindre, chez le médecin n° 15, ce qui pourrait se comprendre chez un médecin exerçant à temps partiel la Médecine Générale.
- un aplatissement de la courbe des fiches adressées par le médecin n° 10 qui a réduit sa collaboration au travail collectif au début de 1986.
- une évolution très irrégulière de la courbe du médecin n° 16, dont l'état de santé s'est trouvé en cause pendant un an.

5.C.3.3. Pour les 4 médecins résidant dans une petite ville, le Tableau n° 17 montre :

- une grande régularité dans l'enregistrement et l'envoi des fiches remplies, pour les médecins n° 02 et n° 13.
- une irrégularité dans l'enregistrement des fiches du médecin n° 12, particulièrement dans le 1er semestre de 1985 et le premier trimestre de 1986.
- un arrêt du nombre de fiches remplies par le médecin n° 09 dont la collaboration a rapidement cessé.

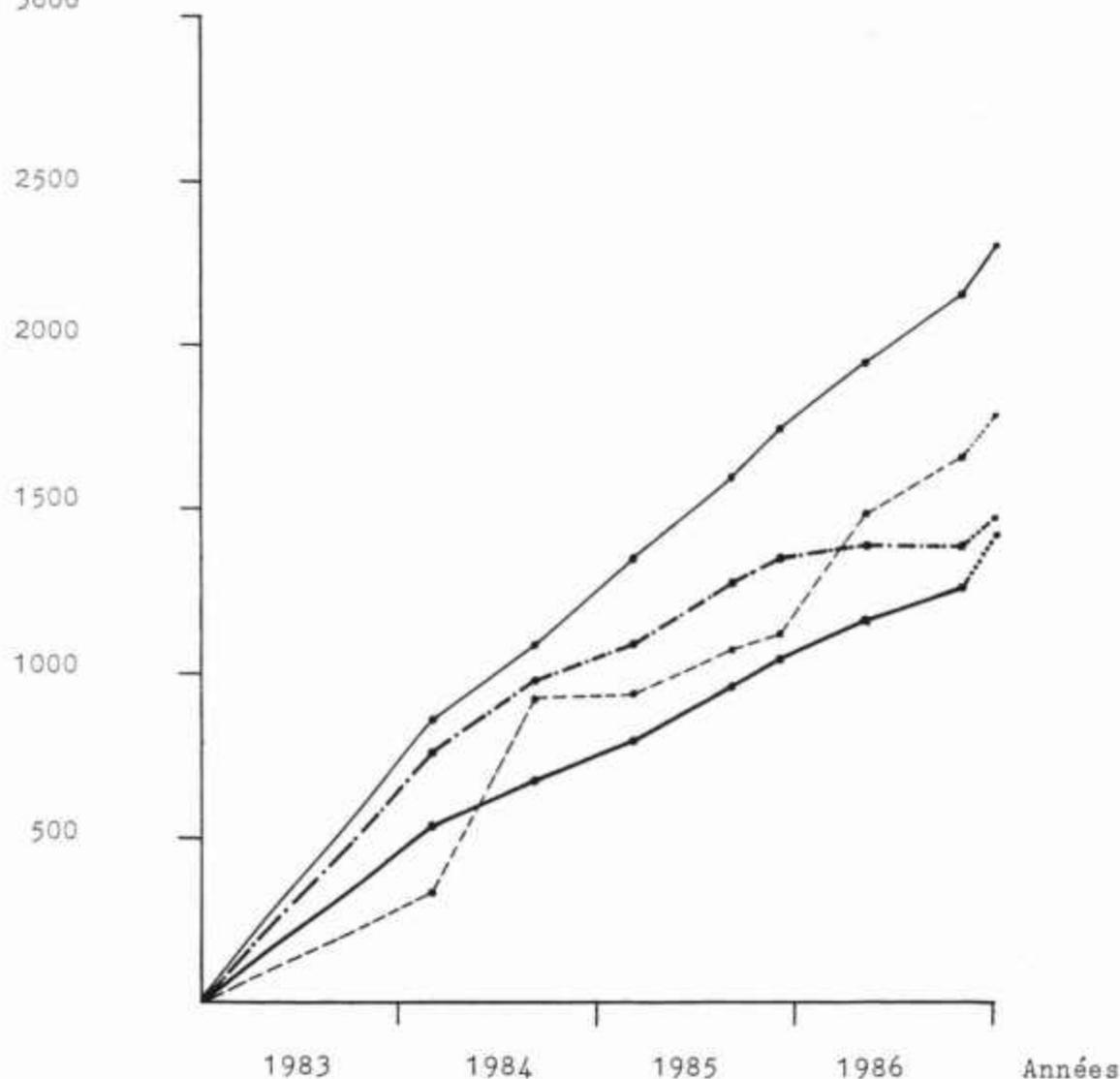
5.C.3.4. Enfin pour les médecins exerçant en milieu rural, le Tableau n° 18 montre :

- l'importance du nombre de fiches remplies et adressées par le médecin n° 13, importance qui, traduit bien évidemment une grande régularité du travail de recherche, mais aussi, de la part des 100 malades qu'il suit, une forte consommation médicale, surtout si elle est comparée avec celle des autres médecins.
- une progression régulière pour le médecin n° 08, même si un plafonnement au premier semestre 1986 rattrapé en fin d'année, témoigne d'une rétention des fiches remplies ; en outre la courbe générale s'aplatit.
- l'évolution irrégulière de la courbe du médecin n° 17 rend compte, malgré un niveau relativement élevé de documents remplis, d'une irrégularité qu'il s'agira d'analyser.

../. ..

T A B L E A U N°16

Nombre de
Fiches
3000

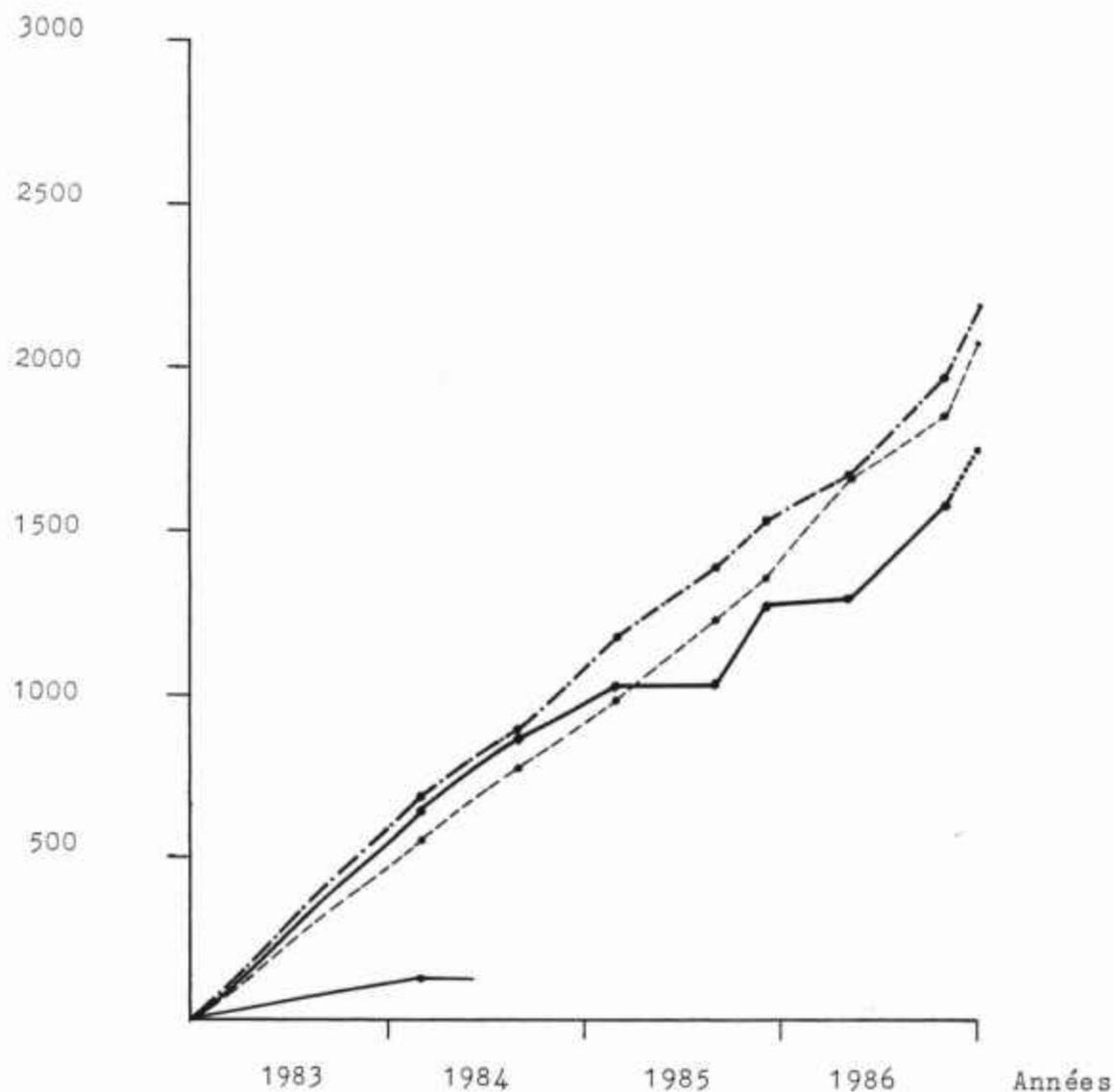


Evolution du Nombre de Fiches de Contact Médecin/Malade centralisées et vérifiées pendant les 4 années de l'Enquête (en effectifs cumulés) pour les Médecins exerçant dans les grandes Villes et de plus de 50 ans.

-----	M.G. n° 10
————	M.G. n° 14
————	M.G. n° 15
- . - . - .	M.G. n° 16

T A B L E A U N° 17

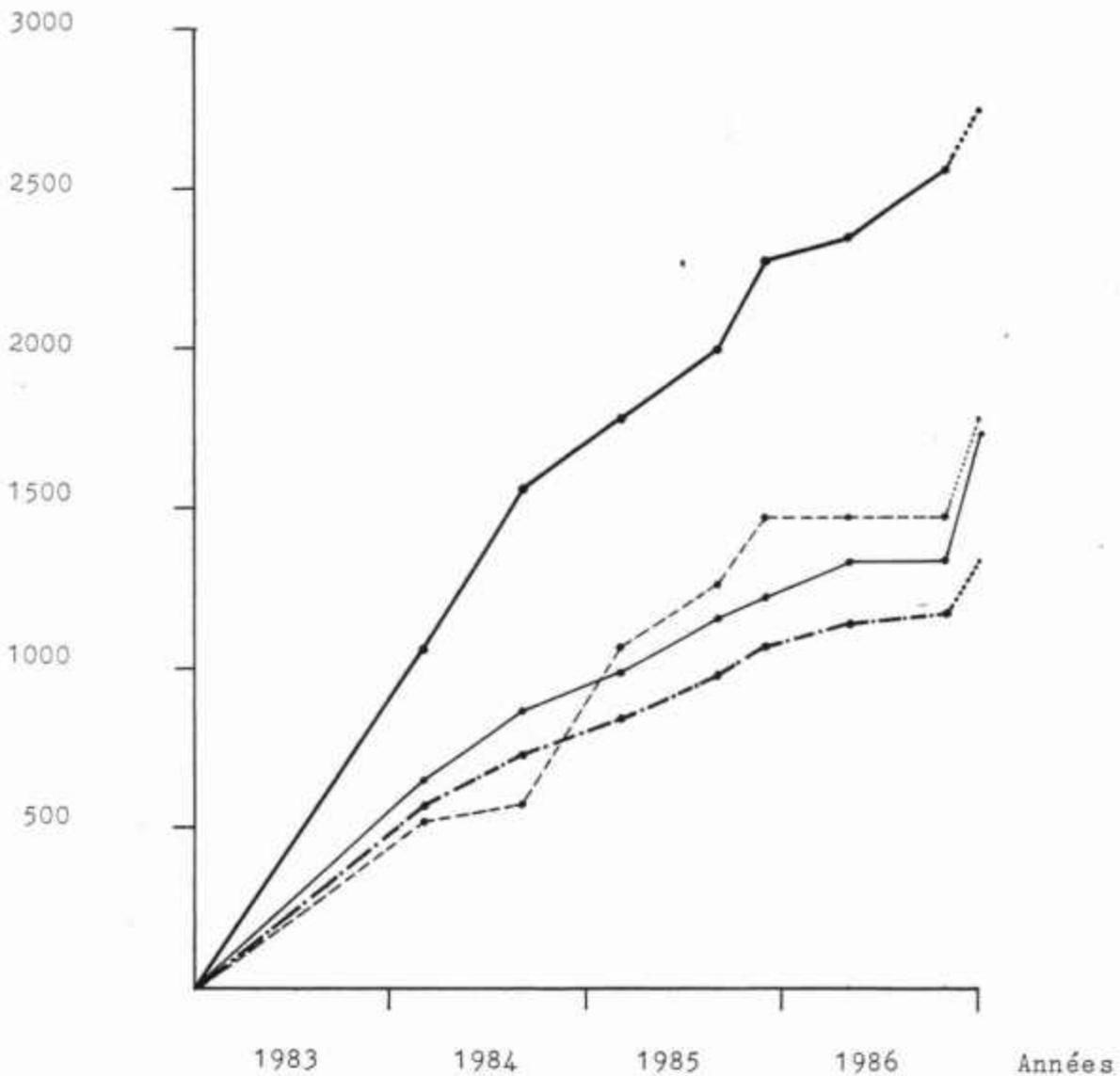
=====

Nombre de
Fiches

Evolution du Nombre de Fiches de Contact Médecin/Malade centralisées et vérifiées pendant les 4 années de l'Enquête (en effectifs cumulés) pour les Médecins exerçant dans des Petites Villes.

-----	M.G. n° 02
—————	M.G. n° 09
—————	M.G. n° 12
-·-·-·-·-	M.G. n° 13

=====



Evolution du Nombre de Fiches de Contact Médecin/Malade centralisées et vérifiées pendant les 4 années de l'Enquête (en effectifs cumulés) pour les Médecins de Pratique rurale.

- M.G. n° 04
- _____ M.G. n° 08
- _____ M.G. n° 11
- M.G. n° 17

../. .

- la courbe du médecin n° 04 dessine une pente douce bien que régulière, en raison d'une réduction temporaire de son activité à la suite d'une fracture ; ou pour d'autres raisons à étudier.

Ce sont ces observations qu'il faudra maintenant analyser. Mais nous voulions ici donner un premier aperçu du travail réalisé depuis cinq ans par le groupe de recherche de la S.F.M.G.

CHAPITRE 6

NOS PREMIERS RESULTATS

Au 1er mars 1987, alors même que notre travail n'avait encore porté que ses tout premiers fruits, nous avons donc souhaité préciser, dans ce rapport introductif, ses orientations, sa méthodologie, sa fiabilité, comme ses limites, mais aussi les conditions dans lesquelles il fut réalisé.

Pour cela, nous avons tenté d'être exhaustifs aussi bien pour servir de référence aux études analytiques futures, que pour contribuer à faire connaître comment se déroule une formation de praticiens par la recherche dite "de terrain".

Cela étant dit, il n'en reste pas moins que certaines analyses tirées de notre travail peuvent déjà être présentées à titre d'exemple. Bien plus, cette recherche a permis d'acquérir, par l'utilisation des informations stockées, des connaissances dont nous voudrions ici faire état.

A vrai dire certains résultats partiels ont déjà été présentés ; ainsi "Les Malades hypertendus dans 13 clientèles de Médecine Générale" (in "Documents de Recherche en Médecine Générale" n° 19, janv/fév 1986). D'autres ont été abordés mais méritent un approfondissement et une confirmation : ainsi "Les résultats épidémiologiques 1983-1984 et moitié 1985, comparés avec les résultats de R.N BRAUN", et "L'étude diachronique de la douleur abdominale". D'autres enfin ont fait l'objet d'un protocole de recherche déjà élaboré : ainsi "L'étude sur la spécificité de la visite à domicile en Médecine Générale Française".

Mais si nous parlons de recherche, c'est qu'à nos yeux il s'agissait ici, non pas d'études construites à l'aide d'outils et de méthodes déjà validés, mais d'un travail expérimental, construit selon une méthode nouvelle de recueil de données et par un système de codage adapté à l'étude des soins produits aujourd'hui par la médecine générale Française.

Il nous fallait donc examiner préalablement les performances réalisées par notre système de codification avant de présenter comme crédibles des résultats chiffrés. Nous devons donc dans un premier temps évaluer l'apport du système bi-axial des morbidités, à la fois dans notre code des problèmes posés

.../...
au médecin et dans celui des morbidités dénommées en fin de consultation.

1. EVALUATION DE NOTRE CODE DES PROBLEMES POSES

On trouvera ci-après trois Tableaux dans lesquels nous avons distribué, selon les 4 positions diagnostiques possibles (symptômes, syndrômes, tableaux de maladie, diagnostics) :

- a. les problèmes posés avant l'examen médical tels qu'ils sont présentés dans le "Code des symptômes-Nouvelles plaintes" du Thésaurus de l'Enquête PARIS-SUD (voir Chapitre III p.51), et tels qu'ils sont retenus par les médecins, parmi les dires de leurs patients (Tableau n° 19 p.126).
- b. les problèmes tels que le médecin généraliste se les pose avant l'examen médical proprement dit, selon le code utilisé par nous dans l'enquête S.F.M.G. NANTES (Tableau n°20 p. 127).
- c. les principaux problèmes tels que nous les avons relevés "de facto" après les 22 premiers mois d'observation par les 15 médecins généralistes de notre groupe. (Tableau n°21 p. 128).

Enfin nous avons confronté, dans le Tableau n°22 (p. 129) en pourcentage, les termes de codes de PARIS-SUD à celui de S.F.M.G. NANTES, et les deux aux termes désignant les "problèmes posés" recueillis après 22 mois de collecte d'informations.

.../...

TABLEAU N° 19

Ventilation des Symptômes ("nouvelles plaintes")
du Thésaurus de PARIS-SUD selon nos regroupements
des "Problèmes posés" dans l'enquête de NANTES -
Pour comparaison des deux codes.

CLASSIFICATION de la MORBIDITE	SYMPTOMES	SYNDROMES	TABLEAU de MALADIE	DIAGNOSTI.	DIVERS. TECHNIQUE	AUTRES	TOTAL
Pathol. infectieuse	2	0	0	0	0	0	2
Maladies cardio-vas- culaires	17	2	2	0	0	0	21
Etat général - En- docrino-Métabolisme DIVERS	10	4	0	0	0	9	23
Gynécologie-Urolog.	40	5	4	0	0	5	54
Neuro-psychiatrie	24	10	2	0	0	0	36
ORL-Ophtalmo-Stomato	27	7	6	0	0	1	41
Gastro-entérologie	25	4	2	0	0	0	31
Dermatologie	15	10	6	0	0	0	31
Appareil loco-mot.	27	12	1	0	0	2	42
Pneumologie	17	0	0	0	0	0	17
TOTAL	204	54	23	0	0	17	298
	68,5%	18,2%	7,7%			5,7%	100%

TABLEAU N°20

Ventilation des "PROBLEMES POSES" selon
l'Enquête de NANTES, après leur répartition et
selon l'axe positionnel de R.N BRAUN

CLASSIFICATION de la MORBIDITE	SYMPTOMES	SYNDROMES	TABLEAU de MALADIE	DIAGNOST.	DIVERS. TECHNIQUE	AUTRES	TOTAL
Pathologie infect.	2	9	2	4	3	1	21
Maladies Cardio-Vas- culaires	5	1	4	0	0	4	14
Etat Général-Endocri- no-Métabolisme - DIVERS	9	2	3	0	7	17	38
Gynécologie-Urologie	18	7	6	1	5	10	47
Neuro-Psychiatrie	8	8	3	0	2	4	25
ORL-Ophtalmo-Stomato-	15	2	2	1	0	5	25
Gastro-Entérologie	11	4	2	1	0	7	25
Dermatologie	5	1	4	1	0	2	13
Appareil Loco-mot.	4	19	2	3	3	4	35
Pneumologie	3	1	4	1	0	1	10
TOTAL	80	54	32	12	20	55	253
	31,6 %	21,3 %	12,6 %	4,7 %	7,9 %	21,7 %	100

TABLEAU N°21

Ventilation des "Problèmes Posés" collectés par nous selon le Code de l'Enquête après 22 mois de Recueil de données et distribution selon leur position dans le système bi-axial.

CLASSIFICATION de la MORBIDITE	SYMPTOMES	SYNDROMES	TABLEAU de MALADIE	DIAGNOST.	DIVERS. TECHNIQUE	AUTRES	TOTAL
Pathologie infect.	818	0	263	0	129	0	1210 9,9 %
Maladies cardio-vasculaires	1 940	275	804	0	0	143	3162 25,9 %
Etat Général-Endocrino-Métabolisme DIVERS	531	0	203	0	174	1 919	2827 23,1 %
Gynécologie-Urologie	0	110	0	117	192	0	419 3,4 %
Neuro-Psychiatrie	595	324	359	0	0	128	1406 11,5 %
ORL-Ophtalmo-Stomato	255	174	0	0	0	0	429 3,5 %
Gastro-Entérologie	903	0	0	0	0	0	903 7,4 %
Dermatologie	120	0	0	0	0	142	262 2,2 %
Appareil loco-mot.	488	284	0	0	0	0	772 6,3 %
Pneumologie	455	0	381	0	0	0	836 6,8 %
TOTAL	6105 50 %	1167 9,5 %	2010 16,4 %	117 1 %	495 4 %	2332 19,9 %	12226 100 %

Il s'agit d'une analyse des 12 226 plus fréquents "problèmes posés" (soit 67,5 %) sur un total de 18 117 problèmes relevés au 31-10-84. Les pourcentages portés sur ce tableau se rapportent donc aux 12226 problèmes ici analysés.

TABLEAU N° 22

Confrontation des termes des Codes "Paris-Sud" et S.F.M.G. Nantes" avec leur utilisation après 22 mois d'enquête.

129

CLASSIFICATION de la MORBIDITE	les TERMES PROPOSES en nombre (N) et en % dans chaque CODE				les TERMES RELEVES après 22 mois de collecté selon le CODE	
	PARIS-SUD		SFMG NANTES		SFMG NANTES	
	N	%	N	%	N	%
Pathologie Infectieuse	2	0,7	21	8,3	1210	9,9
Maladies cardio vasculaires	21	7	14	5,5	3162	25,9
Etat général Endocrino-Métabolisme--Divers	23	7,7	38	15	2827	23,1
Gynécologie- Urologie	54	18,1	47	18,6	419	3,4
Neuro-Psychia- trie	36	12,1	25	9,9	1406	11,5
O.R.L. Ophtalmo Stomato	41	13,8	25	9,9	429	3,5
Gastro-Entérolo- gie	31	10,8	25	9,9	903	7,4
Dermatologie	42	14,1	13	5,1	262	2,2
App. loco-moteur	17	5,7	35	13,8	772	6,3
Pneumologie	/	/	10	3,9	836	6,8
TOTAL	298	100 %	253	100 %	12226	100 %

..//..

- 1.A. Si on examine ces différents tableaux comparatifs en fonction de la richesse des codes proposés il est possible de faire les constatations suivantes :
- 1.A.a. Dans les deux thésaurus les nomenclatures n'atteignent pas le chiffre de 300 (253 "problèmes" pour NANTES, et 298 "plaintes nouvelles" pour PARIS-SUD), ce qui de toute façon est largement inférieur aux 698 codes utilisés, avec l'aide de la C.I.M. 9. dans l'enquête BORDEAUX-AQUITAINE.
- 1.A.b. Du point de vue de leur richesse, les 2 codes diffèrent peu lorsqu'on les classe selon la morbidité regroupée.
- a) ainsi la codification est très diversifiée, dans l'enquête PARIS-SUD, pour la "gynécologie-urologie", les "maladies de l'appareil loco-moteur", et "ORL ophtalmo-stomato" ; tandis qu'elle est très peu diversifiée pour la "pathologie infectieuse" la "pneumologie" et "les maladies cardio-vasculaires".
- b) Dans l'enquête de NANTES, la codification est très diversifiée pour la "gynécologie-urologie" les "maladies de l'état général, de la nutrition et divers", et les "maladies de l'appareil loco-moteur" ; alors qu'elle est très peu diversifiée pour la "pneumologie", la "dermatologie" et les maladies cardio-vasculaires".
- Dans les deux codes, il y a donc, richesse de termes, pour la "gynécologie-urologie", pour "les maladies de l'appareil loco-moteur" et relative pauvreté pour les "maladies cardio-vasculaires" et la "pneumologie".
- 1.A.c. Il n'y a pas de parallélisme entre la richesse d'un code et la fréquence des problèmes morbides posés ; en réalité la séméiologie la plus riche n'est pas la plus représentée et vice-versa. En examinant les termes collectés pendant 22 mois, on voit que, dans la réalité, les problèmes les plus fréquemment posés ont concerné les "maladies cardio-vasculaires" et les "maladies de l'état général, du métabolisme, et divers", alors que dans le code la première catégorie correspondait à un choix très peu diversifié et la seconde à un choix très diversifié. A l'inverse, dans la réalité, les problèmes les moins fréquemment posés ont concerné "la gynécologie-urologie", "l'ORL -ophtalmo-stomato et la "dermatologie", alors que dans le code la première catégorie correspondait à un choix très diversifié, la seconde à un choix moyennement diversifié et la dernière à un choix peu diversifié.

..//..

TABLEAU N°23

LES CODES des "PROBLEMES POSES" du point de vue des positions diagnostiques.

Comparaison entre le thésaurus "PARIS-SUD", le Code "Nantes" et les résultats d'un premier recueil des principaux problèmes en 22 mois par notre équipe, après regroupement des termes proposés par le Codage par morbidités et redistribution selon les 4 positions de R.N BRAUN.

TERMES en NOMBRE et POURCENTAGE	SYMPTOMES		SYNDROMES		TABLEAUX de MALADIE		DIAGNOSTICS		DIVERS		AUTRES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
CODE PARIS-SUD	204	68,5	54	18,2	23	7,7	0	0	0	0	17	5,7	298
CODE NANTES	80	31,6	54	21,3	32	12,6	12	4,7	20	7,9	55	21,7	253
TERMES Trouvé en 22 mois	6105	50	1167	9,5	2010	16,4	117	1	495	4	2332	19,1	12226

..//..

- 1.B. Si maintenant on examine ces tableaux selon l'usage possible d'une position diagnostique, il est possible de faire les constatations suivantes :
- 1.B.a. L'enquête de PARIS-SUD réservant le codage aux "nouvelles plaintes" il n'est pas étonnant que la majorité des termes de son thésaurus concerne les "symptômes" ; mais nous constatons qu'on y retrouve également 18 % de "syndrômes" et près de 8 % de "tableau de maladie", ce qui pourrait signifier que les auteurs de ce travail n'ont pas atteint leur objectif de ne prendre en compte que les "plaintes" dans leur symptomatologie infra-médicale, mais qu'ils ont bel et bien médicalisée le choix entre les termes possibles.
- 1.B.b. Par contre le code des "Problèmes posés" de NANTES recouvre bien, dans la ventilation des "problèmes posés" en première intention ou en "suivi", la diversité des situations du médecin généraliste recueillant le problème à lui posé par son malade, en termes déjà médicalisés selon le symptôme, le syndrome, de tableau de maladie ou la maladie certifiées. Par ailleurs l'addition d'une importante (21,7 %) liste de termes correspondant à d'autres problèmes traduit le désir des promoteurs de cette enquête de couvrir toutes les situations possibles.

Les résultats d'une première collecte des résultats montrent bien que les "problèmes" que le médecin se pose se répartissent réellement selon ces catégories. Néanmoins il conviendra d'étudier de plus près, la catégorie des "autres problèmes" dont la fréquence semble importante à première vue.

2. LE RECUEIL DES MORBIDITES CONSTATEES EN FIN DE CONSULTATION

Il convient de bien préciser ce qui est dénombré ici.

- 2.a. Nous savons que R.N BRAUN relève ce qu'il appelle "résultat de consultation" par un codage bi-axial et classe ses résultats selon un relevé épidémiologique des morbidités. Il dénombre les "résultats de consultation" (Beratungsergebnisse) qu'un généraliste rencontre avec une fréquence supérieure à 1 pour 3000. (Finalement ne sont classées ainsi que moins de 400 situations morbides différentes). Ensuite il établit la fréquence respective de ces divers "résultats de consultation". Pour cela il dénombre une seule fois dans l'année les états chroniques, et les épisodes morbides à chaque fois qu'ils se présentent dans une année, pour l'ensemble des patients de l'année.

..//..

../. .

- 2.b. Pour notre part, notre recueil des résultats de consultation, même s'il était construit sur le même système de codage bi-axial, relevait les morbidités sur le plan épidémiologique dans une visée épistémologique. Nous voulons spécifier ici que les morbidités étaient relevées pour tous les recours (inanspruchnahmen) émanant d'un échantillon fixe de patients.

Les deux types de relevés ne sont pas comparables ; encore que nous ayons pris des précautions de codage telles qu'elles puissent nous permettre, par un programme informatique ad hoc, d'extraire des données aptes à être confrontées aux données fournies par R.N BRAUN et ses élèves. On pourra par exemple vérifier ses hypothèses sur la répartition régulière des cas observés par les médecins généralistes lorsqu'ils exercent dans des conditions géographiques et socio-économiques comparables.

- 2.c. A la suite de l'analyse des dénombrements que nous avons effectués en 1983 et 1984 de tous les résultats de consultation codifiés, nous avons cru utile de publier les principaux résultats épidémiologiques portant exclusivement sur les termes du Code qui ne pouvaient pas prêter à confusion. Ces résultats ont été regroupés selon les Chapitres habituels de la Classification Internationale des Maladies.

Nous publierons ultérieurement les taux de prévalence pour 100 sujets observés : il importe en effet, pour dénombrer les cas chroniques décomptés une seule fois dans l'année, en plus des cas nouveaux, d'avoir achevé et exploité la totalité de notre observation épidémiologique.

Nous nous bornerons donc à publier maintenant le taux d'incidence pour 100 sujets exposés : ce taux ne tiendra compte que des cas nouveaux relevés dans l'année ; il se rapportera à la population exposée (I %).

La population surveillée, en 1983 et en 1984 correspond à la moyenne de la population observée entre le 1er janvier et le 31 décembre de chacune de ces deux années ; seront défalquées les sujets ayant quitté l'enquête (décès, hospitalisation définitive, déménagement...) en cours d'année. Ainsi le 01.01.83, l'enquête incluait 1299 sujets, le 01.01.84., l'enquête incluait 1248 sujets et le 01.01.85, l'enquête en conservait 1219 sous surveillance.

../. .

../..

Ainsi donc la population surveillée, s'élève :

$$\text{pour 1983 à } \frac{1299 + 1248}{2} = 1273,5$$

$$\text{pour 1984 à } \frac{1248 + 1219}{2} = 1233,5$$

La population exposée correspond à la population surveillée lorsque la morbidité étudiée est aiguë et qu'elle peut atteindre l'ensemble de la population. Lorsqu'elle est chronique (par exemple "hypertension artérielle", "insuffisance cardiaque chronique"...), le taux d'incidence ne peut être calculé que par rapport aux sujets qui en étaient jusqu'ici indemnes.

Ainsi la population exposée, au 01.01.83, à une pathologie chronique, correspondra à 1299 sujets, déduction faite de ceux qui en étaient atteints ; au 01.01.84 cette population exposée correspondra à 1248 sujets, déduction faite de ceux qui en ont été atteints en 1983 ; et au 01.01.85, à 1219, déduction faite de ceux qui en ont été atteints en 1984. Cette population exposée variera donc pour chacune des morbidités étudiées. Elles seront signalées par *.

En outre certaines d'entre elles ne pourront atteindre, avec certitude, qu'une fraction de la population totale. Pour cela nous restreindrons notre population selon la pyramide des âges ci-dessous.

HOMMES	AGE	FEMMES
36	0-4	36
80	5-14	94
236	15-54	370
160	55 et +	287
512	TOTAL 1299	787

../.

Nous isolerons ainsi les populations exposées définies de la façon suivante :

- les populations définies par l'âge et dont la morbidité sera signalée par ** (ainsi la "dyspepsie du nourrisson").
- les populations définies par le sexe et dont la morbidité sera signalée par *** (ainsi "leucorrhées" ou "phimosis").
- les populations définies à la fois par le sexe et l'âge et dont la morbidité sera signalée par **** (ainsi "troubles ménopausiques" ou "hypertrophie de la prostate").

Notons cependant que ces populations exposées ont, comme la population générale, diminué en 1984 par rapport à 1983 ; dans l'état actuel des possibilités d'analyse de nos données il ne nous a pas été possible de préciser à quelles strates de la pyramide des âges correspond les malades qui en 1984 ont quitté la surveillance épidémiologique. Nous sommes donc contraints de considérer ces "populations exposées" comme invariables, ce qui introduit un biais dans le calcul de nos taux d'incidence 1984. Ce biais reste néanmoins minime surtout si nous le corrigeons par le calcul de la "densité de l'incidence".

La densité de l'incidence * sera calculé de la façon suivante. Ce taux correspondra au quotient de la somme des cas nouveaux 1983 (m83) avec les cas nouveaux 84 (m84) par la somme des populations exposées 1983 (p83) et 1984 (p84), soit :

$$D.I. \% = \frac{m83 + m84}{p83 + p84} \times 100$$

NOTE :

* voir "EPIDEMIOLOGIE" par JENICEK et CLEROUX, p. 47.

../.

CHAPITRE VII (OMS) MALADIES DE L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
 soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité
 soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
 soit à la population exposée en raison de son âge **
 soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
 soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I.%
Acrosyndrôme (358)	0,08	0,16	0,12
Arythmie complète (163) *	0,24	0,33	0,28
Artérite des membres inférieurs (308) *	0,81	0,75	0,78
Angor (027) *	2,10	1,75	1,93
Hémorroïdes (134)	1,02	2,03	1,51
Hypertension artérielle (018) *	2,10	0,78	1,45
Infarctus du myocarde (180)	0,16	0,24	0,20
Insuffisance cardiaque aigüe (147)	0,55	0,40	0,48
Insuffisance cardiaque chronique (031)*	0,64	0,33	0,49
Tableau de Thrombophlébite (046)*	0,71	0,16	0,44
Troubles du rythme autres (413) *	1,87	0,49	1,18
Ulcère de jambe (066)	0,08	0,49	0,28
Varices (073) *	2,67	2,02	2,35
Vertiges (026)	2,98	2,84	2,91

CHAPITRE VIII (OMS) MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

137 INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe ***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I.%
Angines, amygdalites (009)	6,67	6,57	6,62
Asthme bronchique (044) *	2,77	2,21	2,55
Bronchite aiguë (056)	10,68	6,32	8,53
Bronchopneumopathie chronique (099) *	2,27	0,50	1,40
Cancer du poumon (367) (a)	/	/	/
Laryngite (085)	2,04	1,46	1,75
Pharyngite (020)	9,19	5,43	7,34
Pleuro-pneumopathie aiguë (038)	1,41	0,32	0,88
Rhino-pharyngite (181)	0,16	2,19	1,16
Rhinite (047)	8,40	7,30	7,85
Sinusite frontale (Tableau de) (059)	3,53	1,86	2,71
Sinusite maxillaire (270) (a)	/	0,39	0,39
Toux (003)	4,71	3,08	3,91

CHAPITRE XIII (OMS) MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Anomalies posturales (231) *	0,63	0,33	0,48
Arthrose déformante (071) *	4,25	3,60	3,93
Arthropathie, périarthropathie (012)	4,71	7,05	5,86
Cervicalgies (380) (a)	/	1,56	1,56
Epicondylite de l'humérus (123)	0,63	0,49	0,56
Hallux valgus (307)	0,47	/	0,24
Hernie discale (372)	0,39	0,49	0,44
Kyste synovial (130)	0,31	0,24	0,28
Lombalgies (013)	6,05	4,94	5,50
*Malformation de l'artic. coxo-fémorale(289)	0,24	/	0,12
Méniscopathie (363)	0,24	0,16	0,20
Mono-arthrite avec épanchement (088)	0,39	0,32	0,36
Myalgies (002)	2,75	3,97	3,37
Néuralgies (015)	1,65	1,30	1,48
Néuralgies sciatiques (382) (a)	/	1,75	1,75
Polyarthrite rhumatoïde (055) *	0,08	0,24	0,16
Tarsalgie (249)	0,31	0,32	0,32
Ténosynovite (155)	0,63	0,40	0,52
Tr. par affaissement transversal du pied (295) *	0,71	0,08	0,40
Tr. consécutifs aux pieds plats (111)	0,24	/	0,12
Tr. statiques autres (172) *	0,95	0,57	0,76

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité.

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %	INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
Aérophagie (431) *	1,03	0,32	0,68	soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité.
Aptose (049)	0,94	0,32	0,64	
Appendicite (Tableau d') (032) *	0,54	0,24	0,40	
Cholécystite (sans lithiase) (051) *	1,67	0,74	1,27	soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
Cirrhose du foie (234)	0,56	0,16	* 0,36	
Colite (361)	5,18	4,22	4,70	
Constipation (021) *	4,79	3,67	* 4,24	
Diarrhée isolée (384) (1)	/	1,38	* 0,76	
Dyspepsie de l'adulte (262) **	0,85	1,99	1,42	soit à la population exposée en raison de son âge **
Dyspepsie du nourrisson (036) **	6,94	1,39	4,17	
Fissure anale (277)	0,24	0,24	0,24	
Gingivite (164)	/	/	/	
Glossite (254)	0,24	0,40	0,32	soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
Hépatite épidémique (106)	0,24	/	0,12	
Hernie inguinale (045)	0,63	0,49	0,56	
Lithiase biliaire (077) *	0,39	0,41	0,40	soit enfin à la popu- lation exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****
Météorisme (219)	0,71	0,65	0,68	
Oxyurose (114)	0,16	0,08	0,12	
Prurit anal et génital (173)	0,47	0,57	0,52	
Sang dans les selles, meelena (345)	0,31	0,57	0,44	
Ulcères gastro duodénaux (037) *	0,24	0,25	0,24	
Vomissements et diarrhée (005)	4,63	3,16	3,91	

CHAPITRE III (OMS) MALADIES ENDOCRINIENNES, DE LA NUTRITION ET DU METABOLISME

140

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
 soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité
 soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
 soit à la population exposée en raison de son âge **
 soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
 soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Amaigrissement (116)	1,16	0,24	0,72
Augmentation pondérale, obésité (133)	1,65	1,46	1,55
Diabète sucré (144) *	6,03	0,43	3,29
Hypercuricémie, goutte (411) *	0,48	0,41	0,44
Hyperlipémie (310) (a) *	/	1,21	1,21
Hyperthyroïdie (322) (a)	/	0,19	0,19
Insuffisance thyroïdienne, myxoedeme (258) (a) *	/	/	/

CHAPITRE XVI (OMS) SYMPTOMES ET ETAT MORBIDES MAL DEFINIS

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Bouffées congestives (bouffées de chaleur) (212)	0,47	0,32	0,40
Crampes des membres inférieurs (198)	0,55	0,65	0,60
Faiblesse généralisée, asthénie, abattement (128)	7,85	6,65	7,25
Paresthésies nocturnes des extrémités (043)	0,39	0,57	0,48
Autres spasmes et convulsions (174)	0,70	0,32	0,28
Tr. polymorphes d'origine non organique (017)	7,30	4,13	5,74

CHAPITRE V (OMS) TROUBLES MENTAUX

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe ***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Alcoolisme (146) *	1,69	0,75	1,23
Dépression nerveuse endogène (mélancolie) (342) *	5,82	2,27	4,08
Dépression nerveuse réactionnelle, névrotique (257)	6,44	7,05	6,73
Localisation somatique paroxystique de l'angoisse (210)	0,71	1,13	0,92
Hypochondrie (395)	1,26	0,89	1,08
Impuissance sexuelle (265) ****	/	0,76	0,38
Insomnie (142) *	2,62	3,12	2,86
Névrose d'angoisse (273) *	5,15	2,89	4,04
Nervosisme, instabilité (145)	6,60	5,35	5,98
Psychoses aiguës (177)	0,24	0,16	0,20
Psychoses chroniques (216) *	0,80	0,74	0,77
Toxicomanies (309) (a)	/	0,58	0,58

CHAPITRE XVII (OMS) ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS ET TRAUMATISMES

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe ***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. ‰
Blessures légères diverses (191)	1,02	0,73	0,88
Brûlures (083)	/	0,08	0,04
Commotion générale isolée (150)	0,39	0,65	0,52
Contusions (006)	1,49	1,05	1,28
Entorse de la cheville (053)	0,55	0,57	0,56
Entorse du genou (140)	0,16	0,24	0,20
Fracture des côtes (Tableau de) (040)	0,31	0,40	0,36
Fracture radiale typique (202)	/	/	/
Hématome (079)	1,02	0,65	0,84
Intoxication médicamenteuse (279)	2,20	0,97	1,59
Piqûres d'insectes (065)	0,31	0,40	0,36
Plaie cutanée isolée (004)	0,71	1,05	0,88
Réactions d'origine iatrogène (291 (a))	/	3,50	3,50

CHAPITRE VIb (OMS) MALADIES DE L'OEIL

143

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
 soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité
 soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
 soit à la population exposée en raison de son âge **
 soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
 soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Blépharite (292)	/	0,08	0,04
Chalazion (217)	0,16	0,08	0,12
Conjonctivites (non spécifiques) (014)	1,10	1,70	1,40
Diplopie (314)	0,08	/	0,04
Kératites, kérato-conjonctivites (214)	0,08	0,16	0,12
Larmoiements (329)	0,16	0,16	0,16
Strabisme (335)	/	0,08	0,04

CHAPITRE VIa (OMS) MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Apoplexie, encéphalomalacie, hémiplégie (062)	0,94	0,89	0,92
Céphalées (010)	2,67	2,35	2,51
Epilepsie (115) *	0,16	0,16	0,16
Evanouissement, perte de connaissance (228)	0,16	0,57	0,36
Migraines (246) *	0,63	0,66	0,64
Néuralgies faciales (328)	0,31	0,24	0,28
Parkinsonisme (213) *	0,32	0,41	0,36
Sclérose en plaques (354) *	0,16	0,08	0,12

CHAPITRE X (OMS) MALADIES DES ORGANES GENITO-URINAIRES

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %	INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
Annexite aigüe (274) ***	*0,38	*0,13	* 0,25	soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité.
Annexite chronique (252) *** et *	*0,08	/	* 0,04	
Balanite (263) ***	/	0,39	* 0,20	soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
Bléporragie (ou tout autre MST) (437)	0,08	0,24	0,16	
Cancer du sein (338) (1) ****	/	0,30	0,30	soit à la population exposée en raison de son âge **
Cystite (117)	2,75	2,59	2,67	
Dysménorrhée et autre anomalie menstruelle (090) ****	6,76	4,86	5,81	soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
Dysurie (190)	/	0,16	0,08	
Ectopie testiculaire (381) ***	0,19	0,39	0,29	soit enfin à la popu- lation exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****
Cervicite (137) ****	0,76	0,61	0,68	
Hypertrophie de la prostate (199) ****	0,25	0,76	0,50	
Hypoméorrhée, aménorrhée (129) ****	4,32	3,24	3,78	
Leucorrhées (127) ***	8,11	3,78	5,95	
Mastite, mastodynies (169) ****	2,43	1,08	1,76	
Mastose sans tumeur individualisée (318) ****(a)	/	0,30	0,30	
Myome utérin, fibrome (225) ****	0,30	/	0,15	
Néphrolithiase (crise douloureuse) (188) *	0,95	0,49	0,73	
Néphropathie chronique (351)	0,32	0,16	0,24	
Orchite, épидидymite (286) ***	1,37	0,59	0,98	
Polyménorrhée, endométrite (098) ****	1,35	0,81	1,08	
Phimosi (276) ***	0,39	0,24	0,24	
Prolapsus utérin/vaginal (082) ****	0,61	0,76	0,68	
Pyélocystite (203)	1,57	0,40	1,00	
Stérilité (368)	/	0,16	0,08	
Syndrôme prémenstruel (429) ****	0,81	1,62	1,22	
Tr. ménopausiques (131) ****	3,65	3,35	3,50	
Tumeur bénigne des annexes (250) ***	0,25	0,13	0,24	
Ulcération du pénis (373) ***	0,39	0,39	0,39	
Vulvite, vaginite (200) ***	2,54	2,79	2,67	

CHAPITRE I (OMS) MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe ***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Abcès (007)	0,63	0,49	0,56
Dermato-mycose interdigitale (076)	0,24	0,49	0,36
Erysipèle (197)	0,16	/	0,08
Erythème infectieux (362)	0,47	0,40	0,44
Furoncles (033)	0,23	0,32	0,28
Furonculose (048)	0,16	/	0,08
Gale (370)	0,16	0,16	0,16
Herpès simplex (109)	0,78	0,49	0,64
Impétigo contagieux (022)	0,47	0,32	0,40
Lymphadénite aiguë (157)	0,71	0,49	0,60
Muguet (259)	0,16	0,08	0,12
Oreillons (084)	1,41	0,40	0,92
Panaris (030)	0,08	0,08	0,08
Poux, phthyriase (326)	0,08	0,08	0,08
Pyodermite (063)	0,39	0,16	0,28
Rubéole (081)	0,31	0,32	0,32
Rougeole (091)	0,55	0,97	0,76
Scarlatine (229)	/	0,08	0,04
Varicelle (061)	1,10	0,81	0,96
Zona (105)	0,31	0,65	0,48

CHAPITRE XII (OMS) MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU SOUS-CUTANEE

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %	INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
Acné vulgaire (148) *	* 0,16	/	* 0,08	soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité.
Acné rosacé (352)	/	0,16	0,08	
Alopécie en aires (282)	0,24	0,08	0,16	soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
Calvitie précoce (366)	/	/	/	
Chéloïdes (323)	0,39	/	0,20	soit à la population exposée en raison de son âge **
Dermite aiguë (058)	0,86	0,40	0,64	
Eczéma (008)	1,10	1,62	1,36	soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
Eczéma dyshidrotique (141)	0,24	0,24	0,24	
Erythème polymorphe (339)	/	0,08	0,04	soit enfin à la popu- lation exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****
Escarres (336) (a)	/	0,58	* 0,58	
Folliculite (223)	0,16	0,40	0,28	
Hyperhidrose généralisée (187)	/	0,08	0,04	
Hyperhidrose localisée (207)	0,08	0,08	0,08	
Intertrigo (182)	0,63	0,89	0,76	
Lichen plan (327)	/	0,16	0,08	
Lipôme (151)	0,47	0,16	0,32	
Molluscum contagiosum (302)	/	0,08	0,04	
Naevus (272) *	0,32	0,24	0,28	
Oedème de Quincke (260)	0,08	/	0,04	
Onyxis (317)	/	0,08	0,04	
Périonyxis (118)	0,16	0,32	0,24	
Perlèche (165)	0,08	0,08	0,08	
Pityriasis rosé (301)	0,31	/	0,16	
Pityriasis versicolore (205)	0,24	0,16	0,20	
Prurit généralisé (196)	0,31	0,16	0,24	
Prurit localisé (autre qu'ano-génital)(320)	0,94	0,89	0,92	
Psoriasis (298) *	0,31	0,73	0,52	
Séborrhée (159) *	0,63	0,16	0,40	
Urticaire (075)	1,10	0,72	0,92	
Verrues (092)	1,65	0,40	1,04	

CHAPITRE II (OMS) TUMEURS

147

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées
 soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité
 soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *
 soit à la population exposée en raison de son âge **
 soit à la population exposée en fonction de son sexe ***
 soit enfin à population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Cancers autres (074) *	2,67	2,02	2,35
Cancer généralisé (389) (a)	0,08	/	0,04
Epithélioma de la peau (206) *	/	0,49	0,24
Tumeur bénigne du sein **** (185)	0,92	0,93	0,93
Autres tumeurs bénignes (095)	0,24	0,49	0,36

CHAPITRE VIc (OMS) MALADIES DE L'OREILLE

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Acouphènes, bourdonnements d'oreille (201)	0,24	0,57	0,40
Catarrhe tubaire (050)	/	/	/
Cérumen (041)	1,18	1,05	1,12
Otalgie (093)	0,63	0,24	0,28
Otite externe (170)	0,57	0,16	0,36
Furoncle du conduit auditif (124)	/	0,16	0,08
Otite moyenne aiguë (011)	3,45	1,46	2,47
Otorrhée récidivante chronique (236) *	0,47	/	0,24
Otosclérose (253) *	0,24	/	0,12

CHAPITRE XI (OMS) COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITE DE COUCHE

INCIDENCES des MORBIDITES rapportés à 100 patients et calculées

soit à la population générale lorsqu'elle est exposée dans sa totalité

soit à la population réduite aux patients indemnes de la morbidité permanente étudiée *

soit à la population exposée en raison de son âge **

soit à la population exposée en fonction de son sexe ***

soit enfin à la population exposée en fonction à la fois de son âge et de son sexe ****

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Accouchement (conduite de l') (126) ****	0,27	/	0,13
Fausse couche (154) ****	0,81	1,35	1,08

CHAPITRE IV (OMS) MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOEITQUES

MORBIDITE	1983 INCIDENCE I%	1984 INCIDENCE I%	DENSITE DE L'INCIDENCE D.I. %
Anémie hypochrome (230) *	0,47	0,57	0,52
Leucémie (349) (a)	/	0,58	0,58
Lymphomatose (100)	0,08	0,08	0,08

../. .

Ce mode de calcul permet d'avoir une indication sur le nombre de maladies de tel ou tel type qui apparaissent chaque année chez 100 patients exposés. De telles prévisions sont naturellement d'autant plus stables qu'elles concernent des affections moins sujettes à variations épidémiques ou plus spécifiques de groupes d'âge ou de sexe.

On voit l'utilité de ce type de prévision pour l'enseignement, la gestion de la santé, la production des moyens thérapeutiques et des mesures préventives ; en outre c'est la préalable obligatoire à toute méthode d'évaluation. La possession d'un moyen de codage plus précis et plus performant que la C.I.M.9. est ici un élément déterminant.

3. LA QUESTION DE LA DEFINITION DES TERMES DESIGNANT LES AFFECTIONS CODEES

Lorsqu'une maladie a été diagnostiquée complètement par la constatation de tous les critères du diagnostic positif et du diagnostic différentiel, critères qui permettent d'en spécifier l'entité nosologique, il n'est pas nécessaire de donner de sa dénomination une définition supplémentaire. Il existe dans ce cas un corpus gigantesque et le consensus du corps médical est total sur les critères minimum nécessaires à la dénomination de ces maladies.

Rien de tel à ce jour n'existe pour ce qui concerne les symptômes isolés, les syndrômes, les tableaux de maladie tels que le médecin généraliste les prend en charge et qui représentent pourtant près de 90 % des morbidités qu'il traite. Dans ces conditions, chaque praticien se forge autodidactiquement un ensemble de critères implicites qui lui permettent de classer, pour son propre usage, les situations constatées sous tel ou tel terme actuellement disponible dans le langage médical.

Le système reste cohérent pour chaque médecin pris individuellement mais d'un praticien à l'autre les dénominations ne peuvent pas être exactement superposables. C'est ce que la Thèse d'un élève de R.N BRAUN, le Dr SONNLEITNER, soutenue à Vienne en 1986, a démontré de façon lumineuse. *

NOTE :

* La traduction du mémoire du Dr SONNLEITNER a été publiée dans les Documents de Recherche en Médecine Générale n° 23 - 1987. S.F.M.G.

../. .

..//..

C'est ce qui a été récemment reproduit dans la Thèse soutenue à PARIS, le 5 mars 1987, par le Dr J. ANDRAL ("Une nouvelle taxinomie en Médecine Générale").

En comparant les relevés des morbidités réalisées pendant un an par 8 médecins anglais et présentés par LOGAN, SONNLEITNER montre comment les fréquences des morbidités, concernant un appareil donné, diffèrent profondément entre les praticiens britanniques pour chacun des termes pris isolément et comment ces différences s'effacent dès que sont regroupées les désignations syndrômiques voisines. Ce constat montre bien qu'il s'agissait d'états identiques semblables mais que les variations tiennent à la différence des dénominations entre les praticiens.

Nous avons reproduit, dans notre groupe, la même expérience. Entre le 01.01.83 et le 30.06.85 les 13 praticiens du groupe ont relevé 8722 morbidités nouvelles. Dans ce dénombrement ne sont pas décomptés les recours qui ont pu en découler, car cela aurait introduit une variation "inter-médecins" attribuable aux habitudes de chacun d'eux.

Parmi ces affections nouvelles, nous avons relevé, pour chacun des 13 praticiens, le nombre de syndrômes codés dans la classification de R.N. BRAUN correspondant à des entités voisines et dont les limites sont mal définies nosologiquement à ce jour. Ainsi par exemple :

- la fièvre non spécifique (code 001)
- l'angine (code 009)
- la pharyngite (code 020)
- le catarrhe des voies respiratoires combiné dans différents secteurs. (code 029)
- la rhino-pharyngite (code 181)

Sur l'histogramme du tableau n° 24 nous les avons classés et cumulés pour chacun des 13 médecins. Rappelons qu'il s'agit de la totalité des affections aiguës des voies aériennes supérieures constatées par les 13 généralistes sur 100 de leurs patients pour chacun d'eux, patients élus de façon aléatoire, et ce entre le 01.01.83 et le 30.06.85.

On remarque aisément combien grande est la variation des cas signalés d'un généraliste à l'autre, si on considère séparément chacune des 5 morbidités nommées. Ainsi pour les fièvres non spécifiques, le praticien 08 en constate 20 fois plus que les praticiens 12, 13 ou 16 ! De même pour les angines, les praticiens 02 et 17 en dénombrent 10 fois plus que le médecin 03. Pour les pharyngites le praticien 14 en dénombre 12 fois

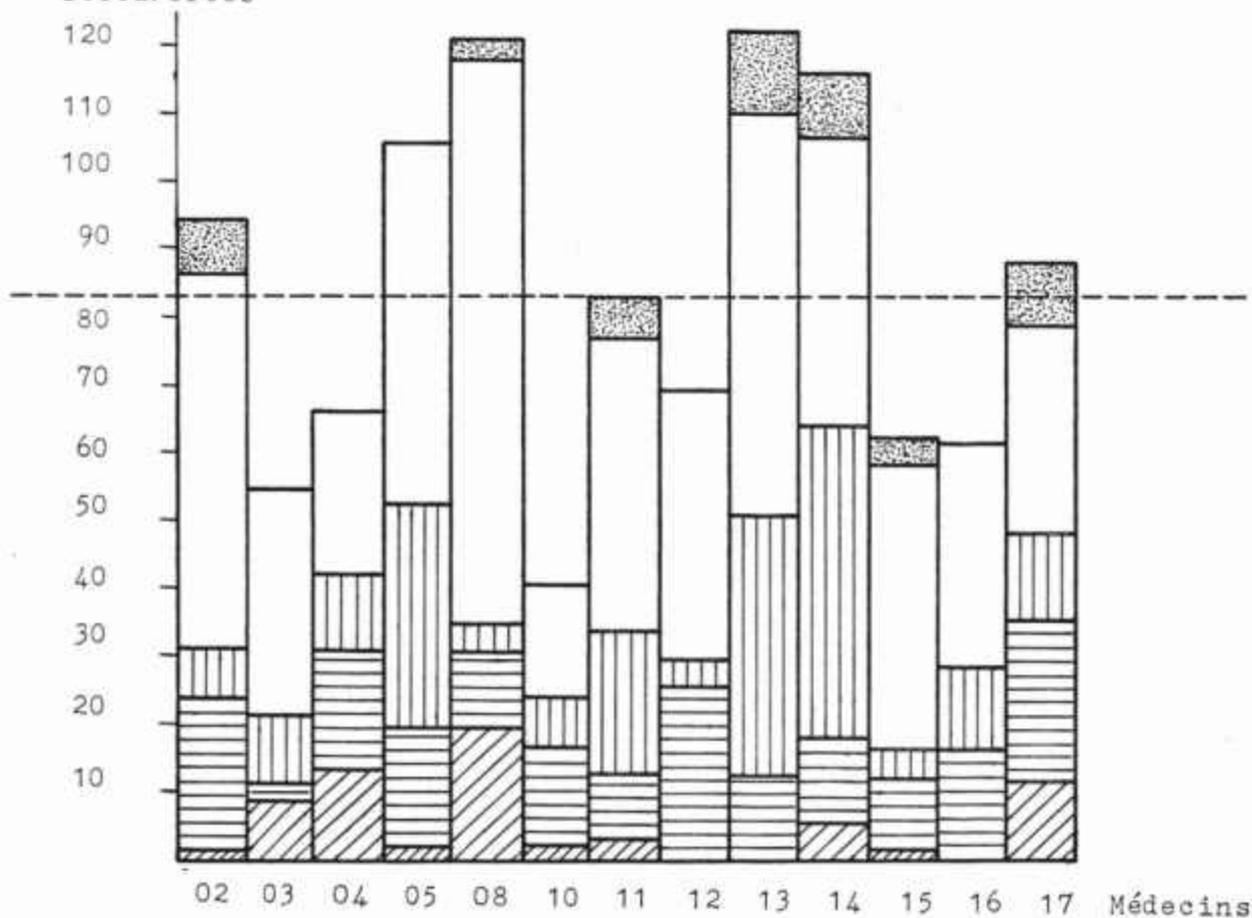
..//..

HISTOGRAMME DES SOMMES DE MORBIDITES DECOUVERTES EN PATHOLOGIE RESPIRATOIRE AIGUE (1983-1984- moitié de 1985) selon les 13 MEDECINS OBSERVATEURS, ET SELON LES DENOMINATIONS ATTRIBUEES PAR CHACUN D'EUX.

LEGENDE

- | | | | | | |
|---|---|----------------------------|---|---|----------------------------------|
| 1 |  | fièvre non caractéristique | 4 |  | catarrhe des voies respiratoires |
| 2 |  | angine | 5 |  | rhino-pharyngite |
| 3 |  | pharyngite | | ----- | MOYENNE |

Nombre de Morbidités Découvertes



../. .

plus que les praticiens 08, 12 ou 15. Les écarts sont moins importants pour les catarrhes des voies respiratoires, puisque le médecin 08 en dénombre seulement 5 fois plus que le médecin 10. Enfin la dénomination de rhino-pharyngite n'a jamais été retenue pour 6 des 13 praticiens, alors que pour 9 d'entre eux elle a été dénombrée de 9 à 12 fois.

Par contre si l'on regarde la somme des 5 morbidités codées par chacun des 13 praticiens, l'écart entre celui qui en retrouve le plus faible nombre (39 pour le médecin n° 10) et celui qui en retrouve le plus (120 pour le médecin n° 08) se réduit à 3 fois plus. Cet écart apparaît moins important encore si l'on fait la moyenne de la somme de tous les cas dénombrés... elle est proche de 82 et représenté sur l'histogramme par un trait discontinu. On remarque combien proches de cette moyenne sont les praticiens 11, 12, 02, 17, 04, 05, 15 et que les praticiens 08, 16, 14, et 13 s'en écartent peu ; seul le médecin 10 n'atteint pas la moitié de cette moyenne.

Il conviendra naturellement de se demander quels facteurs liés aux habitudes professionnelles, à l'environnement de médecins spécialistes ou à la composition de la clientèle peuvent expliquer les écarts entre les sommes de ces affections aiguës des voies respiratoires supérieures. Mais les fortes disparités relevées entre les 13 praticiens, pour la dénomination des 5 morbidités prises isolément, suggèrent très fortement des différences quant à la manière dont chacun d'eux définit, pour son propre compte, chacune de ces cinq situations morbides.

Pour vérifier cette hypothèse il nous a suffi, comme contre-épreuve, de comparer le nombre total de malades hypertendus suivis pendant le même laps de temps dans la cohorte de 100 malades de chacun des 13 généralistes. L'histogramme du Tableau n° met en évidence un tout autre phénomène. La moyenne se situe ici à 35 patients hypertendus chez chacun des 13 médecins. Le plus faible effectif est de 16 malades et le plus fort de 69. On voit ici que pour une affection dont la définition a peu de chances de varier fortement d'un médecin à l'autre les écarts sont beaucoup plus faibles que ceux que l'on constate pour les affections aiguës des voies respiratoires supérieures voisines mais étudiées séparément.

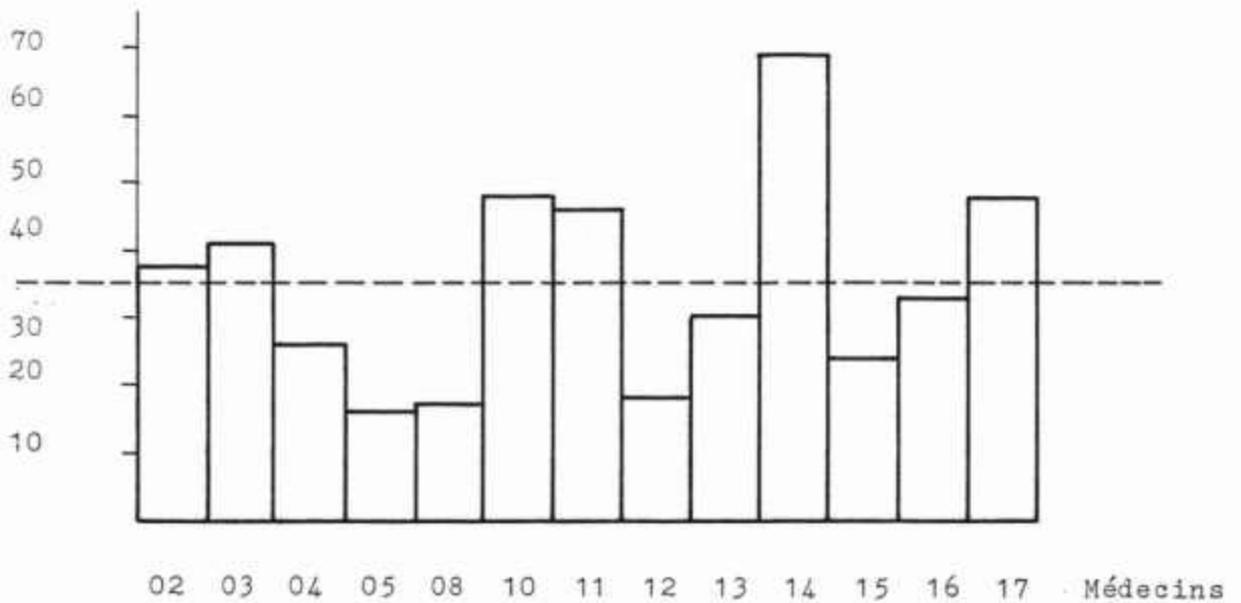
../. .

TABLEAU N° 25

HISTOGRAMME DU NOMBRE DE MALADES HYPERTENDUS SUIVIS
PAR CHACUN DES 13 MEDECINS DU 01.01.83. au 30.06.85.

LEGENDE ----- MOYENNE

Nombre d'H.T.A.
traitées



../..

Ce double constat nous conduit à la nécessité d'élaborer un lexique annexé à tout Code de résultats de Consultations.

C O N C L U S I O N

=====

Nous avons voulu montrer, dans ce RAPPORT, comment à travers une pratique de recherche scientifique authentique, construite à partir de leur propre pratique médicale, des médecins généralistes pouvaient, en gardant la maîtrise de cette recherche dans le cadre de leur propre société académique, progresser et faire progresser les connaissances de leur discipline de plusieurs manières.

Il a été possible d'abord d'accumuler un matériel de connaissances sur la pratique de la médecine générale et sur les morbidités qui s'y trouvent prises en charge. Leur exploitation commence et nous souhaitons que les moyens nous soient donnés de la développer.

Dans le même temps, les généralistes ont pu se former à la profession de chercheur, à ces aléas, parfois douloureux. Toute recherche suscite passions et compétitions, pour la conquête du pouvoir et des budgets nécessaires à sa réalisation. La collectivité scientifique le sait bien, elle qui en est coutumière.

Enfin et surtout ont pu être évalués et affinés les outils de recueil de données nouveaux sans lesquels aucune recherche pertinente ne peut se développer sur notre pratique médicale. Et tout spécialement une classification de recueil des morbidités, saisies sous la forme même où le médecin généraliste les prend en charge. Nous avons pu montrer qu'une telle classification est actuellement disponible en FRANCE, basée sur la systématique bi-axiale de R.N BRAUN.

Nous avons montré également quelle tâche précise il nous reste à développer pour la dernière mise au point de cet instrument. Cette tâche qui dores et déjà mobilise la Société Française de Médecine Générale, nous voudrions, dans cette conclusion en rappeler les objectifs et les modalités.

Rappelons d'abord que dans l'esprit des classifications des morbidités selon les disciplines hospitalières et spécialisées anatomo-cliniques, pour chaque dénomination codée, un gigantesque corpus existe. Aussi bien, à l'énoncé du terme, le récit descriptif de l'évènement morbide s'inscrit implicitement. Son résumé représente un dénominateur commun à tous les usagers dans le cadre d'un univers placé sémiotiquement

..//..

sous le signe de concepts nosologiques de maladies scientifiquement objectives qui sont l'objet de l'enseignement médical initial et continu.

Un tel corpus n'existe pas encore pour un grand nombre des situations morbides où, en fin de consultation, agit le praticien généraliste. Dans sa situation, sa praxis se développe selon des routines autodidactiquement construites et la contrainte des faits crée la cohérence dont est faite sa discipline. Il en résulte cependant une grande variabilité dans le choix des termes dont les divers praticiens se servent dans la dénomination de ces morbidités.

Seule une définition de tous les termes destinés à être codés permet de répondre à cette problématique, du moins pour ceux d'entre eux qui ne correspondent pas à un concept nosologique de maladie, complètement et scientifiquement diagnostiquée.

C'est pourquoi, en 1983, travaillant en commun avec des chercheurs de l'Université de Vienne et un épidémiologiste de terrain en Suisse (Dr Landolt-Theus), R.N BRAUN a produit les définitions des 271 termes les plus fréquents de sa classification.

Dans le même temps, paraissait en Australie une présentation préalable anglaise simplifiée, sous les auspices du Royal Australian College of General Practitioners, (Dr A. Atkin, Dr R.N. Braun, Dr J.M. Fraillon : "Understanding General Practice").

Insistons tout de suite sur le fait essentiel que, contrairement aux définitions anglaises de l'ICHPPC 1984 qui laissent de côté toute définition des symptômes ou syndrômes isolés, dont la fréquence est cependant très grande en médecine générale, les définitions de R.N Braun concernent l'ensemble de la classification proposée, avec un effort tout particulier de description des situations ne correspondant pas à un concept nosologique de maladie scientifiquement objectif.

Depuis 1985, la traduction française littérale et l'étude de l'ensemble de ces définitions ont été réalisées en France sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale, avec une aide de la MIDIST et du Ministère de la Santé.

Le moment est maintenant venu d'achever et de faire réaliser une mise au point des solutions proposées par les praticiens en les impliquant dans les contraintes d'une étude programmée, autour d'un travail de LEXICOLOGIE.

.../...

Il s'agit, pour chaque terme désignant une des 400 morbidités de fréquence significative en médecine générale, d'adopter une définition univoque qui soit à la fois cohérente avec les connaissances médicales, cliniques et anatomo-cliniques communément admises et aussi avec la nécessité d'un positionnement selon un axe choisi parmi l'une des quatre variantes qui sont : le "symptôme isolé", l'association de symptôme ou "syndrome", le "tableau de maladie" selon la dominance et le "diagnostic" correspondant à un concept nosologique scientifiquement établi.

L'ensemble doit délimiter avec précision ce qui est établi "hic et nunc", et ce qui reste inconnu, possible, supposé ; il donne les conditions de choix des positions envisageables ainsi que les synonymes et les exclusions.

Ce travail lexicologique est réalisé par un groupe de 15 praticiens dont chacun reçoit, par les soins d'un coordinateur, un lot de termes à définir parmi ceux de la nomenclature relatifs à un même appareil, ainsi que la traduction de définitions déjà proposées à l'étranger lorsqu'elles existent. Les propositions établies sur un canevas commun sont, à date fixe, recueillies par le coordinateur et confiées à d'autres praticiens de ce groupe pour être testées et commentées à l'occasion des cas rencontrés dans la pratique quotidienne.

Tout cela se fait selon un calendrier tenant compte de la fréquence des situations morbides dont il s'agit. Disons que, fonctionnant depuis 1986 dans des conditions tout à fait informelles, ce groupe a déjà produit plus de cent propositions de définitions dont les textes sont en cours de validation. Dans les conditions du présent programme, un groupe de médiation-coordination vérifiera les propositions jugées bonnes par les praticiens testeurs ou proposera des solutions alternatives en cas de désaccord.

Ce groupe comprendra des membres du Conseil scientifique de la S.F.M.G., le coordinateur du groupe de lexicologie et un terminologue du Commissariat Général de la Langue Française (M. Loïc Depecker).

Lorsqu'une définition et un terme auront été jugés satisfaisants, ils seront soumis à deux instances :

- le groupe des 15 praticiens pour un usage dans leur pratique,
- ceux de nos collègues épidémiologistes étrangers qui ont déjà une longue expérience personnelle de l'utilisation de la classification bi-axiale des résultats de consultation et en tout premier lieu R.N BRAUN.

../..

Les termes et les définitions seront alors adoptés si leur usage sur le terrain ne soulève pas d'objection. Dans le cas contraire, il en sera débattu par l'ensemble des participants à ce travail, réunis en séminaire. Les séminaires représentent l'instance de validation des "termes" en suspens.

LES PERSPECTIVES

L'évolution de la médecine pose, de manière aiguë, les questions du domaine d'intervention et des fonctions de la médecine de premier recours, tout particulièrement pour ce qui concerne la médecine générale de ville. Les réponses à ces questions conditionnent, en effet, toute réflexion et toute décision portant sur l'allocation optimale des ressources dans le secteur de la santé. Il serait contestable de les aborder dans l'abstrait, sans examiner de façon aussi exhaustive que possible, la demande à laquelle la médecine générale répond quotidiennement, ni appréhender cette demande en tenant compte des conditions pratiques dans lesquelles les généralistes la traitent.

Aussi bien, les perspectives résultant d'un bon outil d'observation de la morbidité traitée par la médecine générale de ville se situent au niveau de connaissances relatives à :

- l'état de santé de la population
- l'enseignement de la médecine générale
- l'analyse économique du système de soins.

Enfin, on le sait, la langue est un élément primordial de la production, réparation, exportation industrielle, ainsi que celui de son résultat scientifique technique et idéologique. Aussi l'apport de la France à ces travaux de lexicologie médicale est-il une voie de passage efficace vers la reprise d'une place éminente dans un mouvement académique international de médecine générale, aujourd'hui très actif, et où toute place que nous laissons inoccupée passe sous la domination des nations de la sphère anglophone.

S U M M A R Y

EPIDEMIOLOGICAL AND EPISTEMOLOGICAL INVESTIGATION
OF THE TAKING CARE OF THE PATIENT
IN GENERAL PRACTICE

This report expands the development of a survey which allowed each of 13 practitioners to keep watch over a hundred of their patients chosen by fate out of their practice, during four consecutive years.

The 1st Chapter expands the present state of the epidemiological investigations, lead as well in France as abroad, their specific problems, especially the system of classifications which is used. Then the authors take stock of the more particular epistemological investigations in the practising exercise of general practice. These investigations allow to analyse the different strategies of diagnostic or therapeutic decision.

When they have made these observations, the epidemiological and epistemological objectives are clarified, the authors consider as difficult to cut off some from the others. To carry then out they chose to observe a group of 1300 patients chosen by fate, during four years without any interruption.

The 2nd Chapter describes the protocol of the study. A file is drawn up on each patient, since he has been included in the investigation. In this file, are mentioned a lot of sociological information about himself, about his living conditions, his job, his family.

At the opportunity of every contact with the practitioners, and whatever the form of contact may be, an observation sheet will be filled in : this sheet will allow to analyse the different morbid problems brought up, on the diagnostic, therapeutic, decision and relation planes. At the end of this observation, a final sheet is written.

For the writing of these sheets, the codes suggested as tools are introduced. The code for the results of the consultation is the one suggested by R.N BRAUN.

../..

../..

The 3rd Chapter opens an extensive methodological discussion about the different points of the protocol. Among the analysed points, the authors argue out at length, about the judiciousness of the codifications concerning the problems posed for the practitioner, in comparison with the codification of the "reasons for encounter" or with the widely used codification of the "motives for cure". Moreover it seems to the authors that those different codifications have little interest for the epidemiological collections.

The 4th Chapter analyses how representative the sample of the patients observed, is ; in comparison with the practice of the observing practitioners as a whole ; then how representative it is in comparison with French population as a whole, with the population living in the geographic areas where the physicians inquire ; finally in comparison with the population who usually consult the practitioner. The criterion which were kept were age, sex, living conditions, socio-professional, job...

Finally the investigation expounded the representativity of the observing practitioners. The following criterions were studied : sex, age, structure of the survery, Balint training, importance of the practice, form of the practice. For each of these criterions it seems to be almost impossible to lead on investigation of this importance with a group of physicians perfectly representative of French practitioners as a whole.

In the 5th Chapter the history of the investigation is expounded : its elaboration, the pre-investigation, the administrative problems, the course of the work... A team of sociologists secondarily came to join the team of practitioners but the sociological investigation couldn't bring to a conclusion for the reasons explained in the report. At the end of the investigation, difficulties have been accumulated and work could only just be finished. Now there is lack of means to exploit all the results.

Nevertheless, the 6th Chapter explains the first results. The first part of the results concern the comparative study of the code for the "problems posed to practitioner" in comparison with a Thesaurus (or code) for the "motive of Cure". The second series of the results concern the incidence rate of the mains morbidities registered in 1983 and 1984. The third one concern a comparative study of the codification for the similar morbidities according to the different physicians leads the investigation : it allows to emphasize the importance of writing a lexicon appended to the Code of Practice Results.

../..

.../...

At the moment the S.F.M.G. is working on the writing of this trilingual lexicon (German, English, French).

DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

les "DOCUMENTS DE RECHERCHES
EN MEDECINE GENERALE "
nouvelle formule

Chère lectrice, Cher lecteur,

Pour sa 5ème année de parution, notre publication : "LES DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE" va être modifiée pour répondre, à la fois à la demande des lecteurs, et également pour accroître son audience dans de meilleures conditions.

Cette revue trimestrielle qui publie des travaux de médecins généralistes chercheurs ou enseignants dans leur discipline, est la seule publication française dont l'objectif exclusif est de faire connaître et promouvoir des études et des outils permettant l'instauration de la médecine générale comme discipline scientifiquement constituée.

C'est cette rigueur et la qualité des travaux publiés qui font que les "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE" ont acquis audience et respect, tant au niveau national qu'international.

L'augmentation de notre lectorat nous conduit à augmenter la part des abonnements payants et à ne plus servir l'intégralité des numéros à ceux qui les recevaient gratuitement jusqu'alors.

Ce changement est d'autant plus nécessaire que le mode de financement actuel n'est pas toujours adapté à certains sujets sensibles ou de recherche fondamentale.

Votre réponse positive que représentera pour nous votre abonnement sera la confirmation et l'encouragement à continuer dans ce sens.

Croyez, Chère LECTRICE, Cher LECTEUR, à l'assurance de nos sentiments confiants et amicaux.

BULLETIN D'ABONNEMENT
aux "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE" 1987
à retourner au secrétariat de la SFMG -29, av du Gl Leclerc 75014 PARI

M.Mme, le Dr :

tél :

Adresse :

déclare souscrire un abonnement d'un an aux "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE"

et en verse, ci-joint, le montant soit : 250 Frs
(adhérent SFMG ou étudiant : 100 Frs)
(un accusé de réception vous sera adressé)

Ceux de nos lecteurs qui désireraient consulter un numéro de notre publication antérieurement paru, peuvent :

- soit nous en demander un exemplaire au prix de 50 F.
- soit en consulter la collection auprès de :

POUR LA FRANCE :

- La Bibliothèque Interuniversitaire -Section Médecine- de
PARIS - BORDEAUX - MARSEILLE - RENNES

Les Bibliothèques des Universités de :

PARIS VII - BICHAT - AMIENS - ANGERS - NANTES - NICE -
ROUEN

Centre de Médecine Préventive - Vandoeuvre les Nancy
Ministère des Affaires Sociales (Documentation)
Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

A L'ETRANGER :

- National Library of Medicine BETHESDA USA
- Library of the Royal College of General Practitioners - LONDRES
- Index FAMLI - College of Family Physicians of CANADA
- Bibliothèque de la Ryksuniversiteit Limbourg - Pays Bas
- Institut d'Information Scientifique de l'Académie des
Sciences de l'URSS - Moscou

S O M M A I R E

- EDITORIAL : ROSOWSKY. O. page 2

- RECHERCHE EPIDEMIOLOGIQUE et EPISTEMOLOGIQUE
sur la PRISE en CHARGE du MALADE en MEDECINE
GENERALE

- RAPPORT INTRODUCTIF : Bernard VINCENT
Oscar ROSOWSKY et
Collaborateurs

- INTRODUCTION page 5

- Chapitre I. ETAT de la QUESTION
OBJECTIFS de la RECHERCHE
et CHOIX METHODOLOGIQUES page 8

- BIBLIOGRAPHIE

- Chapitre II. Le PROTOCOLE D'OBSERVATION
et ses CODES page 27

- Chapitre III. Le PROTOCOLE : PREMIERS
COMMENTAIRES et DISCUSSIONS page 45

- Chapitre IV. CARACTERES de la POPULATION
de l'ENQUETE : les PATIENTS-
les MEDECINS page 71

- Chapitre V. HISTOIRE de L'ENQUETE page 90

- Chapitre VI. NOS PREMIERS RESULTATS page 124

- CONCLUSION

- SUMMARY : EPIDEMIOLOGICAL and EPISTEMOLOGICAL
INVESTIGATION OF TAKING CARE OF THE
PATIENT IN GENERAL PRACTICE page 159