

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

APPROCHE POUR UNE REFLEXION
SUR SA PRATIQUE PAR
LE MEDECIN ET SON STAGIAIRE
A PARTIR DU FICHER ACTUEL
DES MEDECINS GENERALISTES

124 dossiers de malades décédés en 22 ans de pratique médicale :

- collecte des données,
- exploitation des résultats,
- épidémiologie et qualité des soins.

Par

Michèle TEBOUL - BISMUTH
Née le 5 Mai 1949 à TUNIS

PRESIDENT DE THESE
Monsieur B. VASSEUR
PROFESSEUR

DIRECTEUR DE THESE
Monsieur O. ROSOWSKY
MEDECIN GENERALISTE
Département Recherche Scientifique
de la Société Française
de Médecine Générale

RAPPORTEUR DE THESE
Monsieur MARTIN-BOUYER
Maître de Recherches
à l'INSERM
Directeur de l'Unité 165

S O M M A I R E G E N E R A LBIBLIOGRAPHIE

- I - INTRODUCTION
- II - LA METHODE DE TRAVAIL
- II.1. Champ de l'enquête.
- II.2. La démarche technique.
- II.3. Problèmes liés au recueil des informations : ses limites.
- III - LA MORT : CAUSES ET REPARTITIONS
- III.1. Problèmes théoriques préalables.
- III.2. Etude de la population des décédés du point de vue des causes immédiates de décès.
- III.3. Synthèses chiffrées.
- IV - LA MORBIDITE : parmi les clients d'un généraliste qui forment le groupe des "morituri", ces clients "qui vont mourir".
- IV.1. Problèmes théoriques rencontrés.
- IV.2. Etude des cas de morbidité enregistrés.
- IV.3. Synthèses chiffrées.
- V - LA POPULATION DES "MORITURI" DANS LA CLIENTELE D'UN GENERALISTE,
les liens entre leurs maladies et leur mort,
les recours au système de santé médical,
les séquences temporelles du passage dans la clientèle et les étapes diagnostiques,
les familles dans la clientèle.
- V.1. Les problèmes théoriques rencontrés.
- V.2. Les tableaux analytiques concernant les liens entre la mortalité et la morbidité chez les morituri.
- V.3. Etude synthétique : répartition des causes immédiates de mort, des causes morbides principales et associées, enregistrées chez les morituri.
- V.4. Le recours au système médical pour les causes immédiates de décès.
- V.5. Etude des séquences temporelles du passage dans la clientèle.
- V.6. Quelques exemples de suivi de clientèle.
- VI - CONCLUSION
- ANNEXES: Index alphabétique de la nomenclature du Docteur R.N. BRAUN.

BIBLIOGRAPHIE

- . R.N. BRAUN : " Pratique, critique et enseignement de la médecine générale " - Edition Payot 1979 - sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale.

- . M. BALINT : " Le médecin, son malade et la maladie " - Payot 1964

- . FOUNDATION OF NETHERLANDS INSTITUTE FOR GENERAL PRACTICE : Continuous morbidity registration sentinel stations ... The Netherlands 1977.

- . M. GUIDEVAUX - A. COLVEZ - E. MICHEL - F. HATTON : Les malades en médecine libérale, qui sont-ils, de quoi souffrent-ils ? Enquête nationale de morbidité. Statistiques de mortalité - INSERM 1975.

- . I. GOEDERT - O. ROSOWSKY : Une guérison " impossible ". Dissection dans un groupe BALINT Payot 1976.

- . E. LEVY - M. BUNGENER - G. DUMENIL - F. FAGNANI : " Economie du système de santé Dunod 1975.

- . O.M.S. : " Classification Internationale des Maladies " - Révision 1975 O.M.S. Genève 1977.

- . ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS : " An international classification of the health problems in primary care ".

- . O. ROSOWSKY et J.M. ABRAMOWITZ - Mme I. AKOUN CORNET - I. de COULBOEUF - Mme DIGE-HESS - I. GOEDERT - D. LAMOTTE - M. NICOLLE - D. POIVET - G. VERY :

" Les conditions spécifiques de la recherche en médecine pratique " - Contrat INSERM - Société Française de Médecine Générale 1976 - 1979.

I - INTRODUCTION

INTRODUCTION

J'ai achevé mes études de médecine dans le cadre du collège de médecine générale de l'U.E.R. à Bobigny. On y enseigne que les médecins généralistes peuvent développer un comportement scientifique et une pratique rigoureuse, dans le cadre d'un statut professionnel nouveau et de motivations convenables. La capacité de pratiquer une recherche, une autoévaluation et d'en présenter le résultat à une éventuelle critique publique, fait partie de cette démarche.

C'est dans cette perspective que j'ai voulu tenter une démarche que me proposait le Docteur ROSOWSKY, auprès duquel j'effectuais une succession de remplacements réguliers pendant une année, celle d'étudier les dossiers des malades de sa clientèle morts pendant les 22 ans de sa pratique.

Le champ de mon étude est donc celui de la médecine générale. Pour ce qui est de son objet, il s'agit d'étudier les problèmes particuliers, du point de vue généraliste, qui se posent avec le sous-groupe de la clientèle que constituent les défunts.

Au choix de ce sous-groupe de patients, il y a plusieurs raisons :

- la plupart des généralistes isole ce groupe dans un fichier spécial ;
- leur situation est close, on peut en faire un bilan ;
- les problèmes de la qualité des soins y apparaissent avec acuité et sont dans la préoccupation du médecin auprès duquel j'ai effectué mon stage.

Quant à la méthode, nous n'avons pas jugé possible, ni souhaitable avant essai sur maquette, d'entreprendre un tel travail sur une échelle statistiquement représentative. C'est donc en tant que test de faisabilité sur un modèle réduit que nous avons conçu la recherche. La démarche consiste donc :

- à voir ce qui peut être tiré des dossiers d'un médecin généraliste dans leur état "spontané" actuel. C'est délibérément que nous avons envisagé une méthode rétrospective, la présence de fichiers similaires chez un grand nombre de généralistes représentant une masse de données déjà collectées, offertes à la recherche si celle-ci s'avère réalisable ;
- à élaborer un ou plusieurs bordereaux type de recueil des données, à partir des fichiers médicaux ;
- à vérifier la possibilité d'obtenir des croisements de données et des résultats de synthèse parlants.

Les travaux internationalement reconnus du Docteur R.N. BRAUN constituent un précédent qui a montré qu'une étude systématique des processus enregistrés sur un laps de temps suffisamment long dans la clientèle d'un seul médecin généraliste, a une valeur pour l'ensemble de notre discipline. Pour vérifier cette théorie nous comparerons nos résultats à deux séries de travaux de référence disponibles sur l'activité moyenne des médecins généralistes, l'une codée selon le langage médical traditionnel d'origine hospitalière en usage à l'O.M.S. (enquête INSERM 1975), l'autre qui utilise un vocabulaire et des concepts plus appropriés aux caractères spécifiques de la médecine générale (travaux du Docteur R.N. BRAUN).

Nous chercherons par là à vérifier une seconde thèse qui est celle d'un certain nombre de chercheurs généralistes, à savoir que l'utilisation de codes et de concepts propres à une médecine générale conçue comme une discipline spécifique, apporte des connaissances qui n'émergent pas par l'application au domaine généraliste de codes, concepts et méthodes en usage dans des disciplines scientifiques différentes, aussi voisines d'elle qu'elles puissent paraître à première vue.

Notons enfin que notre travail, qui comportera de nombreux résultats chiffrés recueillis chez un seul médecin, ne veut se réclamer d'aucune représentativité statistique générale. Nous cherchons seulement à éclairer certains problèmes par une méthode appliquée sur un modèle réduit. C'est aussi l'échelle où l'immodeste de notre propos nous a paru pouvoir être accepté.

II - LA METHODE DE TRAVAIL

II.1. Champ de l'enquête

II.1.1. Généralités

La mise en pratique de notre méthodologie a porté sur la clientèle d'un seul médecin généraliste installé depuis 22 ans dans une banlieue parisienne. Ce médecin sera dénommé "le médecin généraliste" (MG) ou "le médecin traitant", dans les chapitres qui suivent. Il s'agit donc de l'analyse des situations et problèmes rencontrés dans un cas particulier et non pas d'une étude dont les résultats pourraient être extrapolés à l'ensemble des généralistes.

On s'efforcera cependant de situer les résultats qui seront trouvés par rapport à ceux qui sont disponibles et qui concernent l'ensemble des médecins généralistes.

Pour le reste, des études ultérieures menées sur un échantillon statistiquement représentatif de clientèle pourrait permettre de vérifier celles des constatations faites, dont il paraîtrait utile de vérifier le caractère général.

Les dossiers de ces malades, suivis pendant cette carrière de 22 ans, ont été mis à notre disposition durant une série de remplacements effectués chez le médecin généraliste.

La banlieue en question est une proche banlieue au sud de Paris, de 31 000 habitants, pourvue d'une forte densité de système médical : médecins généralistes, médecins spécialistes variés, hôpitaux, cliniques, services d'urgences, etc... Le genre de population est celui rencontré généralement dans ce type de banlieue qui juxtapose des quartiers de pavillons, pour certains assez bourgeois, à des cités d'immeubles d'habitation plutôt populaires ; donc une clientèle de nature assez "laborieuse" que sa proximité avec Paris rend aussi extrêmement variée.

La clientèle du médecin généraliste représente environ 5 000 actes par an (stabilisés depuis 1961), soit une moyenne estimée à 1 100 malades (note).

Notre étude a d'abord consisté en l'analyse des dossiers du médecin généraliste, mais particulièrement des dossiers des patients morts pendant la période de 22 ans (1958-1980), avec aussi quelques incursions parmi les vivants : les familles des morts (cf. chapitre V).

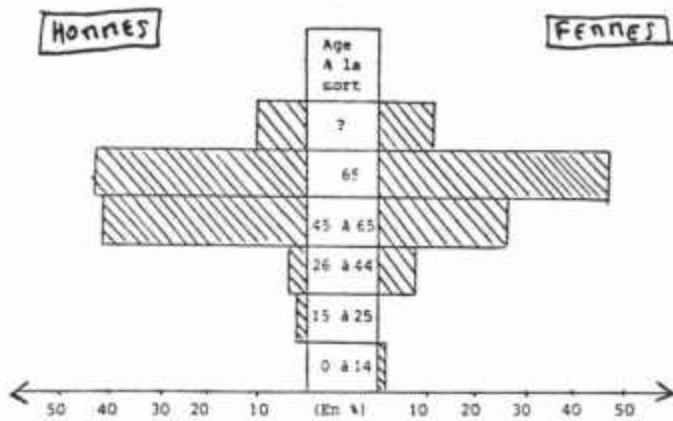
Note : mode de calcul : on considère que chaque Français consulte x ($x = 2,8$) fois par an son médecin traitant et demande y ($y = 1,8$) visite ; la clientèle a été appréciée par $\frac{5\ 000}{x + y}$ soit $\frac{5\ 000}{4,6}$ (cf. Etude INSERM 1975).

Les patients décédés sont morts aussi bien à leur domicile qu'à l'hôpital, ce qui a entraîné dans chaque cas, soit une communication d'informations de la part de la famille ou de l'hôpital, soit une constatation directe effectuée au chevet du moribond par le médecin généraliste.

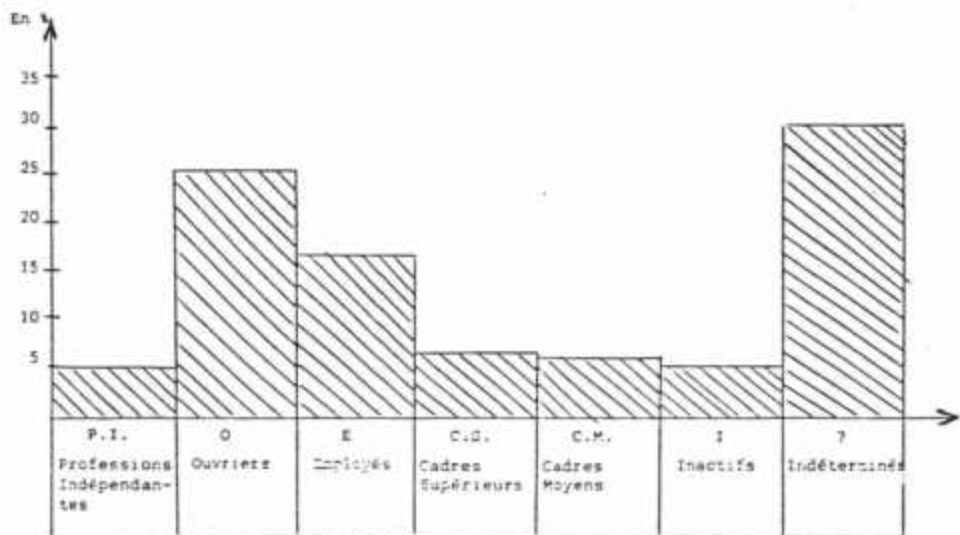
- Quelques chiffres

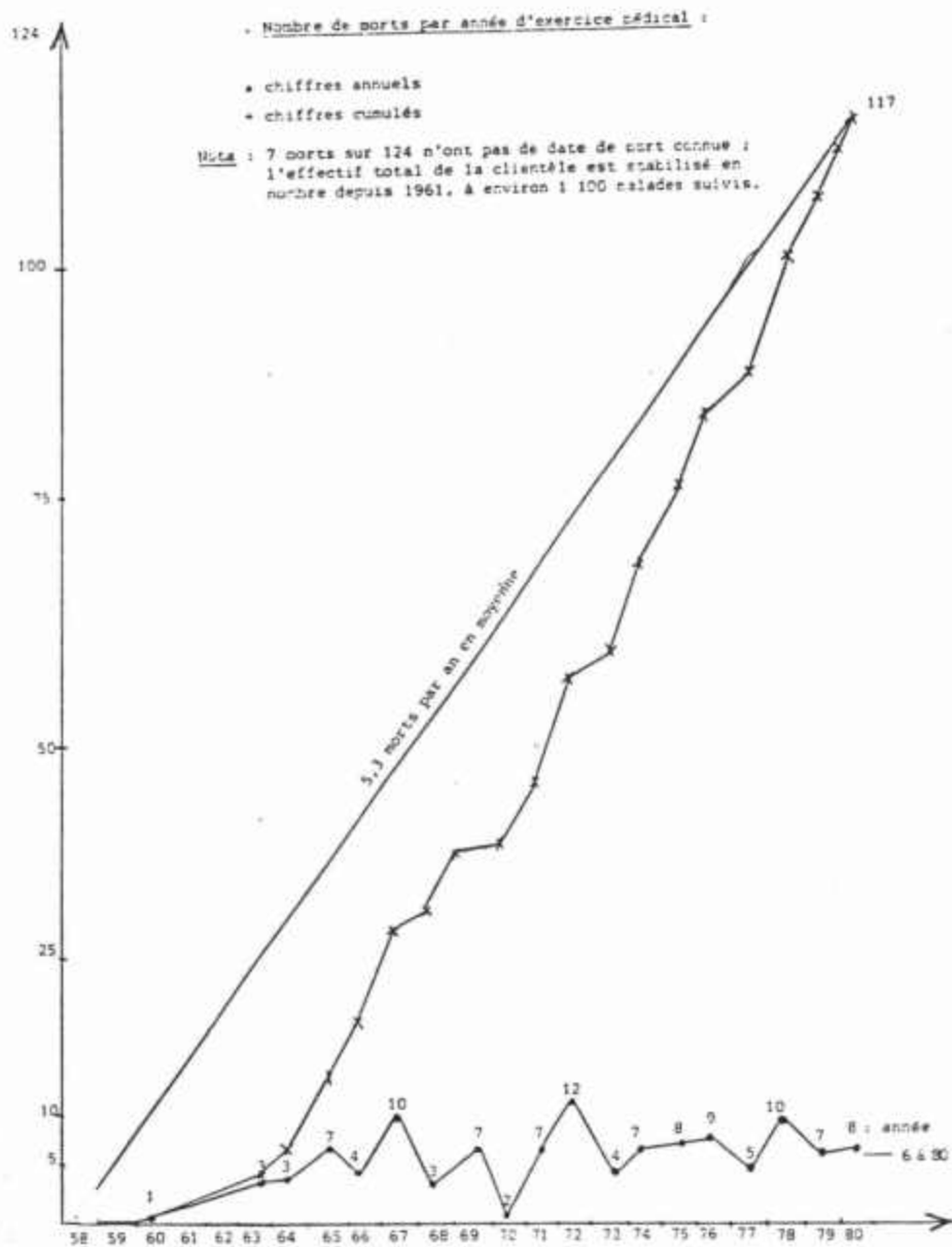
Globalement la population des 124 morts de 1958 à 1980 se décompose comme suit :

. Sexes et tranches d'âges :



. Catégories socio-professionnelles :





II.2. La démarche technique

Chaque chapitre traite d'un sujet propre :

Chapitre III : la mort : causes et répartitions.

Chapitre IV : la morbidité chez les "morituri".

Chapitre V : le lien entre mortalité et morbidité,
les séquences temporelles de la démarche diagnostique,
les recours au système médical,
le comportement des familles.

II.2.1. Chaque étude se compose de synthèses chiffrées (tableaux de nombres, pourcentages, histogrammes), éclairées d'interprétations qui sont autant de photographies, sous des angles variés, de la population de nos décédés, telle qu'elle apparaît à l'examen de ses dossiers dans le fichier du généraliste.

II.2.2. Chaque étude a nécessité l'établissement d'un tableau de tous les malades décédés, où l'on a sélectionné et compilé les seules informations nécessaires, de telle manière que la confection des synthèses numériques s'en est trouvée facilitée. Ces tableaux préparant les synthèses ont été appelés "tableaux analytiques".

II.2.3. La fusion des informations nécessaires à chaque tableau analytique a entraîné la conception préalable et la création d'une fiche individuelle qui est un véritable bordereau de saisie des informations contenues dans les dossiers du médecin généraliste. Certaines autres informations ont dû être extraites de la mémoire du généraliste traitant.

II.2.4. A chaque étude s'est posé un certain nombre de problèmes théoriques (définitions, degré d'identification ou de certitude de diagnostics, choix d'une nomenclature ...) ; à chaque fois, nous avons défini notre manière de les résoudre pratiquement.

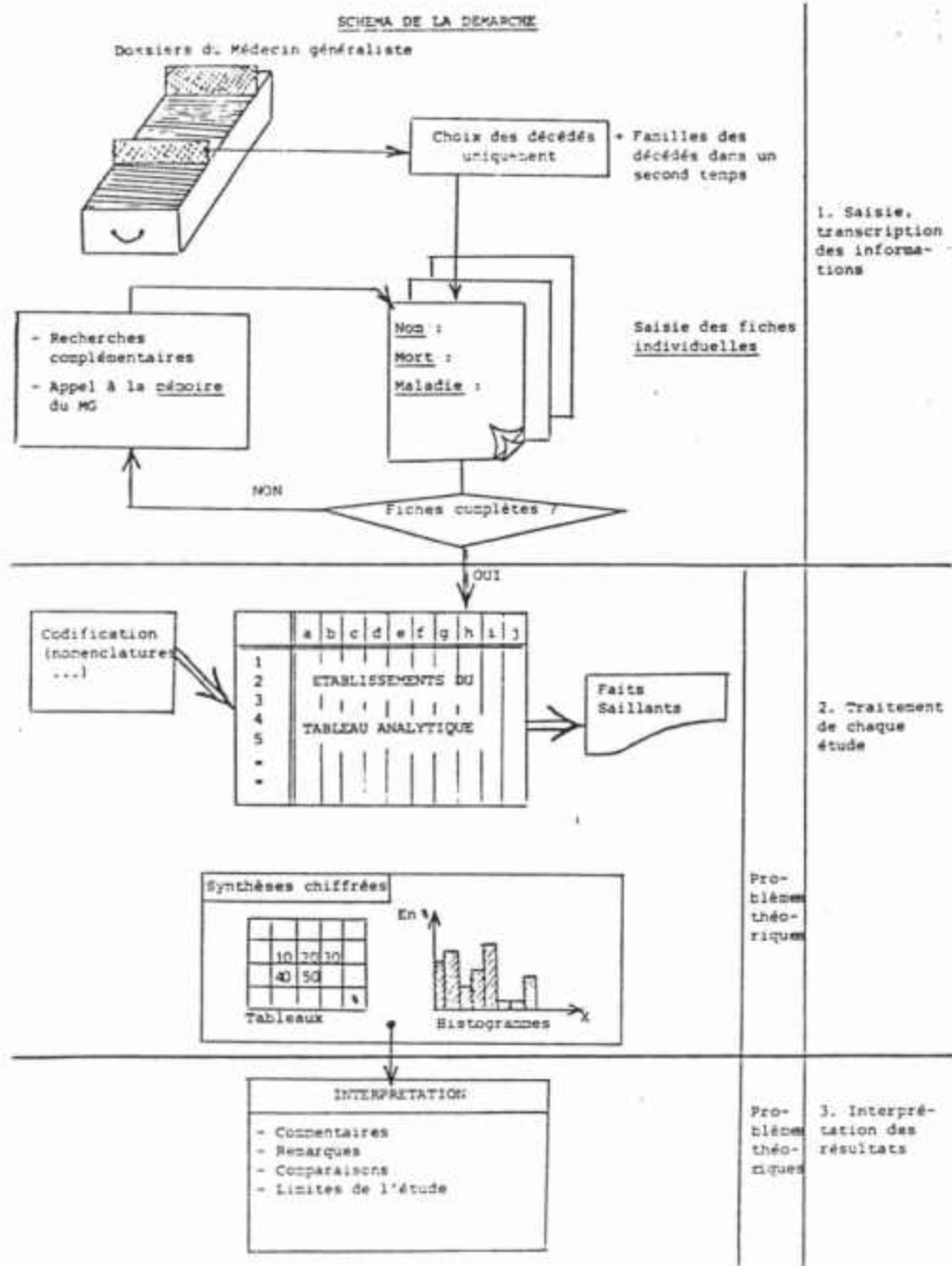
La structure type de chaque chapitre sera donc la suivante :

- (1 - Problèmes théoriques
-) 2 - Tableau analytique : - description du tableau,
 - (- note explicative,
 -) - les limites dans le recueil des données.
 - (
-) 3 - Synthèses chiffrées : - sous-étude 1 et interprétation
 - (- sous-étude 2 et interprétation
 -) - sous-étude 3 et interprétation
 - (- etc...

II.2.5. Schématisation de notre démarche :

La démarche d'ensemble qui vient d'être présentée, peut être visualisée par le tableau suivant :

./.



II.2.6. La fiche individuelle type

Comme nous venons de l'expliquer, les renseignements portés sur la fiche individuelle (il y en a autant que de malades décédés, soit 124) sont une fusion des divers renseignements nécessaires à chaque tableau analytique et donc à chaque étude synthétique.

Leur remplissage a nécessité un travail assez laborieux de transcription des dossiers individuels fournis par le médecin traitant, travail qui s'est déroulé en plusieurs passes :

- 1 - Extraction des données nécessaires des dossiers des malades,
- 2 - Recherches complémentaires, reprises, recoupements avec les dossiers des familles,
- 3 - Appel à la mémoire du médecin généraliste pour les données manquantes (âge, catégories socio-professionnelles, causes de mort, etc...).

La définition des données portées sur cette fiche sera précisée à l'occasion de chaque étude concernée.

Le dessin de la fiche est le suivant (en 2 pages-type) :

FICHE INDIVIDUELLE				N° :
Nom Prénom	Sexe	Date de naissance	Date de décès	Catégorie socio-professionnelle
MORTALITE				
- <u>Cause indéterminée</u>				
. Selon le Médecin généraliste, dominante			_____	
. Selon l'hôpital, dominante			_____	
- <u>Cause probable</u>				
. Selon l'hôpital			_____	
. Selon le Médecin généraliste			_____	
. Selon 1 médecin			_____	
. Selon la famille			_____	
- <u>Cause certaine</u>				
. Selon l'hôpital			_____	
. Selon le Médecin généraliste			_____	
. Selon 1 médecin			_____	
. Selon la famille			_____	
MORBIDITES				
		LIBELLE	DATE	A B C D Ce De
A :	Symptôme	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
B :	Syndrome	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
C :	Tableau du Médecin généraliste	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
D :	Tableau du Spécialiste	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
Ce :	Diagnostic certain du Médecin généraliste	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
De :	Diagnostic certain du Spécialiste	_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
		_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
		_____	____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____
		Etc...		

Recours aux spécialistes		Séjours hospitaliers		Interventions	Examens complémentaires	
Type	Date	Domaine	Date	Type	Type	Date
FAMILLE du DEFUNT		<u>Consultations</u> :				
		. <u>Conjoint</u> :				
		. <u>Enfants</u> :				

II.3. Problèmes liés au recueil des informations : ses limites

II.3.1. Au niveau du nombre des morts : selon la méthode de classement de ce médecin, tous les malades qui ont été, à une période donnée, suivis par le médecin généraliste et qui ne l'ont plus été (pour différentes raisons : déménagements, changement de médecin ...) font toujours partie du fichier en tant que vivants ; or, ils ont pu mourir et l'on ne sait pas de quoi, ni quand. Cela signifie, en fait, qu'ils ne font plus partie de la clientèle du médecin, car habituellement celui-ci est informé du décès par un faire-part émanant de la famille, une lettre du service hospitalier, la connaissance propre du médecin.

II.3.2. Au niveau du nombre des actes médicaux :

- en effet, ne figurent sur les dossiers du fichier que les observations portées à l'occasion des consultations au cabinet, et très exceptionnellement suite à des visites. Ainsi, toute une série de morbidités correspondant aux visites à domicile n'apparaît qu'indirectement par les examens complémentaires qui ont été demandés lors de ces visites et la correspondance éventuelle avec les spécialistes consultés pendant ces périodes ;
- d'autre part, s'agissant d'un médecin travaillant en cabinet de groupe, il a pu se produire que certaines consultations soient effectuées chez l'un des autres médecins de groupe qui avait des compétences particulières (acupuncture, homéopathie, pédiatrie ...) ; les annotations correspondantes n'ont alors pas été portées sur le fichier du premier médecin.

II.3.3. Au niveau des examens complémentaires : tous n'ont pas été notés, de même que n'ont pas été reçus tous les comptes-rendus des spécialistes correspondant aux demandes du médecin traitant.

II.3.4. Confusions ou erreurs

Quelques confusions isolées ont été occasionnées par des problèmes d'homonymie entre patients et n'ont pu être décelées que tard après le début du recueil des informations :

- . ainsi, tels père et fils, ayant les mêmes nom et prénom, figurent dans un seul dossier du fichier, avec fusion des morbidités, mais correspondent, en fait, à deux morts distinctes, de causes a priori différentes;
- . ainsi, tels mari et épouse portant le même nom et mis tous les deux dans un seul dossier du fichier des morts ; or l'épouse vit toujours !

II.3.5. Problème de subjectivité

La tenue du fichier et les annotations qui y sont portées reflètent, bien évidemment, la personnalité du médecin généraliste. Tout recueil d'informations qui se base uniquement sur l'analyse de ce type de fichier est marqué d'un certain degré de subjectivité. Tel médecin particulièrement porté, par exemple, sur les problèmes psychologiques ou pédiatriques, etc..., en émaillera davantage le contenu de ses dossiers et développera moins tels autres domaines.

II.3.6. Problèmes liés aux dates

Il est arrivé souvent de ne pas voir figurer la date de la mort : nous avons alors procédé par recoupements (avec les dossiers des membres de la famille sur lesquels cette mention pouvait être portée), par appel à la mémoire du médecin, ou par approximation (convention date de mort postérieure à la date de dernière consultation).

Inversement, la date d'entrée dans la clientèle du médecin généraliste peut être antérieure à la date de première consultation au cabinet, qui a pu succéder à une série de visites à domicile.

De même, le début d'une maladie, un diagnostic, un premier signe est souvent antérieur à l'entrée en clientèle d'un patient (problème des antécédents) ; dans ces cas, la précision des éléments retenus perd en qualité.

II.3.7. Problème de l'activité professionnelle

Les dossiers ne portent pas toujours mention de l'activité exacte exercée par le patient, surtout lorsque le patient est venu consulter alors qu'il était déjà à la retraite. Dans ces cas, il a été difficile, voire impossible, de lier les maladies rencontrées aux catégories socio-professionnelles. C'est pourquoi un nombre non négligeable d'indéterminations subsiste.

III - L A M O R T : CAUSES ET REPARTITIONS

III - LA MORT : CAUSES ET REPARTITIONS

III.1 Problèmes théoriques préalables

III.1.1. Notion de cause de décès

III.1.2. Notion de confirmation de cause de décès

III.1.3. Choix des classifications

III.1.3.1. Nomenclature O.M.S.

III.1.3.2. Nomenclature de la W.O.N.C.A.

III.1.3.3. Liste de la "répartition des cas" du Docteur
R.N. BRAUN

III.2. Etude de la population des décédés du point de vue des causes im- médiate de décès

III.2.1. Le tableau analytique type

III.2.2. Note explicative

III.2.3. Les limites dans le recueil des données

III.2.3.1. Agés et dates de la mort

III.2.3.2. Les catégories socio-professionnelles

III.2.3.3. Les problèmes de codification

III.2.3.4. Les problèmes d'étiologie

III.2.3.5. Le rôle de la famille dans la classification

III.3. Synthèses chiffrées

III.3.1. Répartition des 124 décès selon le degré de certitude quant
à la cause immédiate de la mort

III.3.2. Classification des groupes CERT, PROB et IND selon l'ensem-
ble des causes de mort

III.3.3. Groupe (CERT + PROB) : Etude particulière des causes immé-
diates de mort, identifiées seulement

III.3.3.1. Répartition des causes de mort immédiate identifiées
(tous sexes, âges et catégories socio-profession-
nelles confondus)

III.3.3.2. Répartition des causes de mort identifiées en fonc-
tion du sexe

III.3.3.3. Répartition des causes de mort identifiées en fonc-
tion des tranches d'âge

III.3.3.4. Répartition des causes de mort identifiées en
fonction des catégories socio-professionnelles

III.3.4. Groupe (CERT + PROB) : Ventilation des causes de mort iden-
tifiées en sous-classes plus détaillées.

REMARQUE LIMINAIRE :

A L'ATTENTION DES STATISTICIENS, NOUS RAPPELONS
QU'IL S'AGIT DE TESTER UNE METHODOLOGIE DANS LA
PRATIQUE D'UN SEUL MEDECIN GENERALISTE.

LE CARACTERE EVENTUELLEMENT COMPARABLE DE CERTAINS
DE NOS RESULTATS AVEC DES RESULTATS TROUVES A UNE
ECHELLE NATIONALE NE POURRAIT DONC ETRE QUE FORTUIT.

III.1. Problèmes théoriques préalables

En dehors des difficultés d'ordre pratique que nous avons évoqués lors du recueil des informations et avant d'aborder les réflexions et faits saillants qui ont pu surgir lors de l'étude analytique de la population des décédés (cf. § III.2 suivant), un certain nombre de problèmes d'ordre théorique ont dû être posés au préalable pour présenter de manière synthétique les cas de mortalité qui nous occupent. Il s'agit :

- de la notion de cause de décès
- la notion de confirmation des causes de décès
- du choix des classifications.

III.1.1. Notion de cause de décès

Dès que l'on se pose la question apparemment simpliste : "de quoi Monsieur X est-il mort ?" on se trouve confronté au problème de la relation de cause à effet :

- la cause directe, cause présente au moment même de la mort et l'ayant entraîné, sera appelée cause immédiate,
- la maladie principale dont souffrait le malade, souvent longtemps avant sa mort, et dont on pensait a priori qu'il pourrait en mourir, cette morbidité principale sera appelée cause principale de la mort. Ainsi, tel malade est dit "cardiaque", "cancéreux", "diabétique", etc... Cette notion est forcément relative au médecin qui soigne un patient principalement pour telle cause, et relative à l'époque que nous vivons : il se peut, par exemple, que dans 20 ans le cancer ayant rejoint les maladies bénignes, cette maladie ne soit plus considérée comme "principale" par rapport aux autres causes de mortalité !
- les maladies non principales, associées à la maladie principale, nous intéressent aussi dans la mesure où elles peuvent influencer le raisonnement de cause à effet qui peut exister entre la mortalité et les morbidités qui ont précédé. Ces maladies seront dénommées causes associées.

Les causes principales et les causes associées, se recrutant dans l'ensemble des morbidités des patients décédés, elles seront davantage de notre propos dans les chapitres consacrés aux morbidités (chapitre IV) et aux liens entre morbidité et mortalité (chapitre V), alors que le présent chapitre analysera les causes immédiates des morts rencontrés.

III.1.2. Notion de confirmation des causes de décès

Nous nous plaçons maintenant dans le champ précis des causes immédiates de mort, telles qu'elles viennent d'être définies. Une classification s'impose pratiquement d'elle-même dès lors que nous abordons le problème de l'appréciation du degré de certitude que l'on peut avoir en désignant telle ou telle cause.

III.1.2.1. Il peut arriver, et nous verrons dans les paragraphes suivants, que c'est souvent le cas, que la cause d'un décès soit purement inconnue du médecin généraliste qui suivait le patient décédé.

- Cette cause peut être complètement inconnue du fait que le patient a quitté la région, le pays ou tout simplement son médecin traitant... Ce dernier a alors appris incidemment que son patient était mort, mais il n'y a ni compte-rendu, ni contact "compétent" et parfois même pas la date approximative de la mort.
- Cette cause peut être non identifiable, même si le patient est toujours suivi par son médecin traitant ; il s'agit simplement des cas (en nombre non négligeable) où la médecine est perplexe et muette devant ce qui peut représenter encore une grande inconnue.

Nous avons distingué dans ces causes :

- les causes non identifiées par le médecin traitant (auxquelles nous avons adjoint les causes inconnues puisqu'elles sont finalement très proches par le manque d'information qui en est à l'origine),
- les causes non identifiées par l'hôpital (soit parce qu'il n'y a pas eu d'investigation, soit que l'investigation n'a pas porté de réponse précise).

Toutes ces causes sont désignées sous le vocable : causes indéterminées (groupe "IND").

Parfois, nous avons jugé utile de préciser, en regard de cette indétermination de la cause, la notion de "dominante" qui est la maladie principale dont aurait pu, éventuellement, mourir le patient ; mais cette dominante n'a aucun degré de certitude.

III.1.2.2. Pour les causes identifiables, c'est-à-dire celles qui ont pu recevoir un nom, une identité, nous nous trouvons à nouveau placés devant le problème de la certitude, du degré de confiance, qu'il faut accorder à tel ou tel diagnostic.

• les causes probables n'ont pas été vérifiées scientifiquement, mais une forte présomption pèse en leur faveur ; dans cet ensemble, appelé "PROB" nous avons distingué :

- les causes probables selon l'hôpital,
- les causes probables selon un médecin,
- les causes probables selon le médecin traitant,
- les causes probables selon la famille.

• En ce qui concerne les causes que nous avons appelées certaines (groupe "CERT"), elles ont été vérifiées de manière plus ou moins scientifique et complète et elles se ventilent elles-mêmes en :

- causes certaines selon le médecin traitant,
- causes certaines selon un médecin (spécialiste ou généraliste autre que le médecin traitant),
- causes certaines selon l'hôpital,
- causes certaines selon la famille : cas assez rare où les faits rapportés par les familles sont vérifiables pratiquement : suicides, accidents de la route, ...

La hiérarchie que nous proposons pour classifier les causes de mort selon leur degré de certitude est donc la suivante (dans l'ordre décroissant) :

1 - Groupe <u>" CERT "</u>	Causes certaines selon	l'hôpital	H
		un médecin	M
		le médecin généraliste traitant	MG
		la famille	F
2 - Groupe <u>" PROB "</u>	Causes probables selon	l'hôpital	H
		un médecin	M
		le médecin généraliste traitant	MG
		la famille	F
3 - Groupe <u>" IND "</u>	Causes indéterminées (avec éventuellement	selon l'hôpital (par non savoir)	H
		selon le médecin généra- liste (par manque d'in- formation)	MG

III.1.3. Choix des classifications

Nous nous sommes penchés sur trois nomenclatures des maladies et des causes de mort de type très différent :

- la Nomenclature Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) comprenant un grand nombre de cas identifiés et destinés à tous les usages;
- la nomenclature des maladies éditées par la W.O.N.C.A., plus restreinte que celle de l'O.M.S. (dont elle est un sous-ensemble), mais plus particulièrement destinée à la classification de cas rencontrés chez les médecins généralistes ;
- la liste des cas de morbidité rencontrés et répertoriés par le Docteur BRAUN, médecin généraliste autrichien (dans le livre cité en référence).

A propos de ces trois nomenclatures et par rapport à l'utilisation qui pourrait en être faite, nous apportons les remarques suivantes :

III.1.3.1. Nomenclature O.M.S.

Il s'agit d'un répertoire de codification hiérarchisée, c'est-à-dire que les divers signes et maladies sont rangés en groupes de plus en plus fins.

- 17 groupes principaux :

- 1 - maladies infectieuses et parasitaires
- 2 - tumeurs
- 3 - maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme
- 4 - maladies du sang et des organes hématopoïétiques
- 5 - troubles mentaux
- 6 - maladies du système nerveux et des organes des sens
- 7 - maladies de l'appareil circulatoire
- 8 - maladies de l'appareil respiratoire
- 9 - maladies de l'appareil digestif
- 10 - maladies des organes génito-urinaires
- 11 - complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
- 12 - maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- 13 - maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif
- 14 - anomalies congénitales
- 15 - certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- 16 - symptômes, signes et états morbides mal définis
- 17 - lésions traumatiques et empoisonnements

auxquels se sont ajoutés deux groupes complémentaires :

- * l'un pour les causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (rattaché au groupe 17),
 - * l'autre pour les facteurs influant sur l'état de santé et les motifs de recours aux services de santé (groupe V).
- Des sous-groupes à l'intérieur des premiers :
exemple : maladies vasculaires cérébrales : de 430 à 438,
 - Puis des sous-sous-groupes auxquels correspondent des codes à 3 chiffres :
exemple : maladies cérébro-vasculaires autres et mal définies : 437,
 - Enfin, un détail plus fin, codes à 4 chiffres à l'intérieur des précédents :
exemple : anévrysme cérébral non rompu : 437 - 3.

Le groupe 16 "signes mal définis" comprend une série de codes utilisables pour répertorier les symptômes ou syndrômes qui n'ont pas la rigueur des diagnostics. Il faut noter, d'autre part, que tous les éléments de la nomenclature sont listés dans un index alphabétique et qu'elle a été traduite en français, ce qui rend les recherches très aisées.

III.1.3.2. Nomenclature W.O.N.C.A. (International classification of the health problems of primary care)

Il s'agit d'un sous-ensemble de celle de l'O.M.S., limité à un certain nombre de maladies plus fréquemment rencontrées chez les médecins généralistes. Les codes sont à 4 chiffres. Elle a les mêmes caractéristiques que celle de l'O.M.S., si ce n'est un groupe complémentaire particulier concernant la médecine préventive, la grossesse, les problèmes domestiques, etc... Ce groupe complémentaire correspondant, là aussi, à un sous-ensemble du 2ème groupe complémentaire de l'O.M.S.

Au point de vue pratique, elle n'a pas d'index alphabétique associé et se trouve être rédigée en anglais, dans la version dont nous avons été en possession.

III.1.3.3. Liste de "la répartition des cas" du Docteur R.N. BRAUN

Il s'agit davantage d'une liste de symptômes, tableaux et diagnostics tels qu'ils ont été rencontrés pendant une période de 5 ans dans la carrière d'un médecin généraliste autrichien, classifiés par ordre de fréquence, plutôt que d'une véritable nomenclature hiérarchisée de toutes les maladies et causes de mort envisageables.

Elle est donc très orientée vers l'étude des cas de morbidité que nous aborderons dans le chapitre IV suivant.

En résumé, nous nous proposons, dans les prochains paragraphes (étude exhaustive de la population des morts et synthèses chiffrées), d'utiliser la nomenclature de l'O.M.S., pour identifier les diverses causes immédiates de mort, car :

- cette nomenclature est d'origine et d'esprit hospitalier, donc adaptée aux formes évoluées de maladies ou celles qui, du fait de la nécessité de gestes techniques sophistiqués, mènent à l'hôpital (maladies mortelles). En effet, historiquement la classification des maladies s'est précisée à partir du matériel d'autopsie,
- elle a servi à répertorier et classifier les causes de mort dans de nombreuses études statistiques nationales (INSERM) et mêmes mondiales ("L'économie du Système de Santé" cf. références),
- elle est très complète et facile d'usage.

Ainsi, nous nous proposons, lors des synthèses chiffrées qui suivent, d'effectuer une comparaison de nos résultats avec l'étude qui a été réalisée en France par l'INSERM en 1975.

La nomenclature "WONCA" aurait abouti aux mêmes résultats globaux, puisque les groupes des causes sont identiques à ceux de l'OMS, mais il aurait fallu disposer d'une traduction française.

Quant à la liste séquencée des maladies du Docteur R.N. BRAUN, elle sera utilisée dans le chapitre IV particulièrement consacré aux cas de morbidité.

III.2. Etude de la population des décédés du point de vue des causes immédiates de décès

III.2.1. La tableau analytique type

L'étude des cas de mort, analysés en fonction des objectifs des synthèses du prochain paragraphe IV.3. a été réalisée selon le tableau type suivant (comportant quelques exemples de cas) :

LA POPULATION DES DECEDES

MODELE DU TABLEAU ANALYTIQUE DU POINT DE VUE
DES CAUSES IMMEDIATES DE DECES

N° Malade	Sexe		Date de la mort		Groupe "IND" ou dominante			Groupe "PROB"			Groupe "CERT"			
	M	F	Age	Année	MG	O.M.S.		O.M.S.		O.M.S.				
	Catégorie S - P				Hôpital : H	Code	Groupe	Hôpital : H	Code	Groupe	Hôpital : H	Code	Groupe	
1	CS	M	51	10.77							M	Péritonite septique	567-2	9
2	E	F	46	8.77							H	Hépatite éthylique	571-1	9
3	I	M	> 68	> 5.71	MG	insuffisance respiratoire	786-0	16						
4	I	F	> 77	> 3.67	MG	/	799-9	16						
5	I	M	69	3.78					H.	Infarctus du myocarde	410	7		
6	I	F	> 61	> 4.67	MG	Dépression névrotique	300-4	5						
7	Pi	M	54	72							H	Infarctus du myocarde	410	7
8	E	M	> 41	> 6.75							H	Leucémie lympho-chronique	204-1	2
9	CS	M	64	9.78					H	Embolie pulmonaire	415-1	8		
10	I	M	89	9.74							H	Cancer broncho-pulmonaire	162-9	2
11	P	M	48	2.78							H	Cancer sinus	160-9	2
Etc...														

III.2.2. Note explicative

Le tableau se subdivise en 3 parties :

- identification du défunt :

- son sexe : M ou F
- sa catégorie socio-professionnelle : (- professions indépendantes PI
 (- ouvriers O
 (- employés E
 (- cadres moyens CM
 (- cadres supérieurs CS
 (- inactifs I
 ((c'est-à-dire ceux qui étaient
 soit sans profession, soit à
 l'âge de la retraite au moment
 de la mort).
 (- indéterminée ?

- date de la mort :

- âge du décédé
- date du décès.

- causes immédiates de mort :

causes réparties en :

- indéterminées : groupe "IND" (avec une dominante éventuelle dans le cas de maladies graves préalables connues)
- probables : groupe "PROB"
- certaines : groupe "CERT"

Chaque groupe contient le libellé de la cause trouvée, son code détaillé O.M.S. (3 ou 4 caractères) et le numéro du groupe O.M.S. correspondant (1 à 17), ainsi que la notion d'origine du diagnostic (H pour hôpital, etc...).

III.2.3. Les "limites" dans le recueil des données

Le problème des "sans réponse" dans une étude rétrospective sur dossiers d'un médecin généraliste, s'est posé à chaque étape de fabrication du tableau.

III.2.3.1. Agés et dates de mort

Nombre
de cas

La date de naissance peut manquer, l'âge du défunt ne peut être calculée	10
L'année du décès peut être inconnue, soit totalement (malade perdu de vue)	4
soit connue approximativement, l'état des informations figurant au dossier permettant de situer le décès peu après la dernière	

./.

consultation. Dans ce cas, le signe > précède les âges et dates de la mort sur notre tableau 33

En fin de compte, la décomposition en tranches d'âge de notre étude n'est qu'approchée.

III.2.3.2. Les catégories socio-professionnelles manquent sur un nombre non négligeable de dossiers.

Nous avons résolu ce problème en classant les défunts selon leur catégorie professionnelle à la date de leur mort.

- La Catégorie des inactifs comprend alors tous les défunts déclarés sans profession ou retraités 29

Nous y avons ajouté les plus de 65 ans à profession antérieure indéterminée 14

- une catégorie a été ajoutée, celle des indéterminés : elle regroupe les défunts de profession inconnue, âgés de moins de 65 ans 10

ou d'âge inconnu à la date de leur mort 6

III.2.3.3. Les problèmes de codification :

Tous les cas de mortalité ont pu être codifiés grâce à la nomenclature de l'O.M.S.

Nous avons rencontré toutefois, une certaine difficulté devant une cause certifiée par l'hôpital, libellée ainsi : "décompensation de cirrhose". Cette cause n'existe pas, en tant que telle, dans l'O.M.S. ; on trouve soit cirrhose du foie, soit décompensation hépatique. Pour notre part, nous avons choisi la première codification 1

III.2.3.4. Les problèmes d'étiologie :

, le sujet de 70 ans décède à l'hôpital alors qu'il y avait été transporté d'urgence. Le diagnostic (déclaré certain par l'hôpital) est "choc cardio-vasculaire". Or, ce patient avait été victime d'une agression par des voleurs, comme en avait été informé le médecin traitant à son chevet.

Dans ce cas, on aurait pu choisir "agression" comme cause certaine

de mort par le médecin généraliste	
de mort par le médecin généraliste.....	1
• En analysant les 27 fiches individuelles pour lesquelles aucune cause n'a été retrouvée (groupe IND), il faut remarquer qu'il en est une où c'est l'hôpital qui n'a pu trancher en donnant une série de causes possibles parmi lesquelles le médecin traitant pouvait faire un choix.....	1
• Il existe un autre cas où l'hôpital ne s'est pas prononcé du tout	1
• Dans le groupe PROB il existe un cas où le sujet décède à l'hôpital et pour lequel il n'existe pas de compte-rendu hospitalier ; la cause de mort n'a pu être que supposée par recours à la mémoire du médecin généraliste	1

III.2.3.5. Rôle de la famille dans la classification :

le recours aux informations contenues dans les dossiers des membres de la famille a été réalisé lorsque la cause ou la date de mort n'ont pu être retrouvés dans le dossier du décédé.

La cause éventuellement trouvée a été classée :

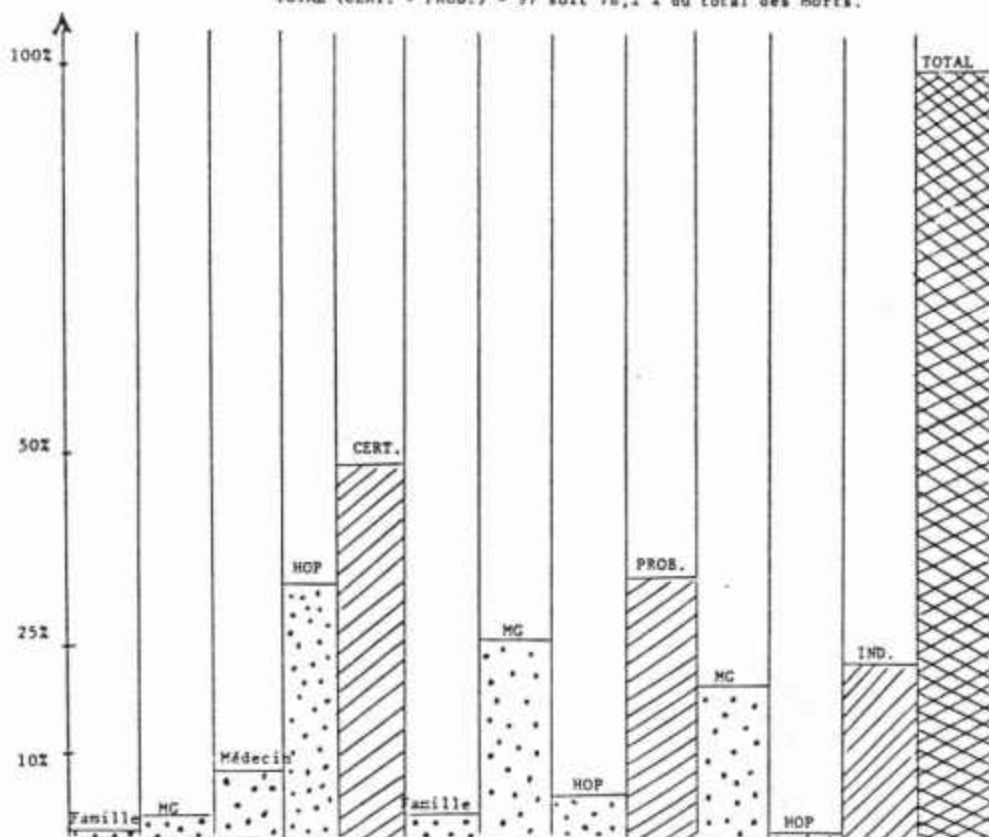
• soit comme probable, s'il s'agissait d'une morbidité	3
• soit comme certaine (selon la famille) s'il s'agissait d'une cause à faible risque d'erreur (par exemple : accident de la route, suicide, etc...)	2

III.3. SYNTHESES CHIFFREES

III.3.1. Répartition des 124 décès selon le degré de certitude quant à la cause immédiate de la mort

	GROUPE CERT.				Total	GROUPE PROB.			Total	GROUPE IND.		Total	TOTAL
	F	MG	M	H		F	MG	H		MG	H		
Nb	2	3	11	40	56	3	32	6	41	25	2	27	124
%	1,6	2,4	8,9	32,3	45,2	2,4	25,8	4,8	33,1	20,2	1,6	21,8	100 %

TOTAL (CERT. + PROB.) = 97 soit 78,2 % du total des morts.



III.3.1. Répartition des 124 décès selon le degré de certitude quant à la cause immédiate de la mort

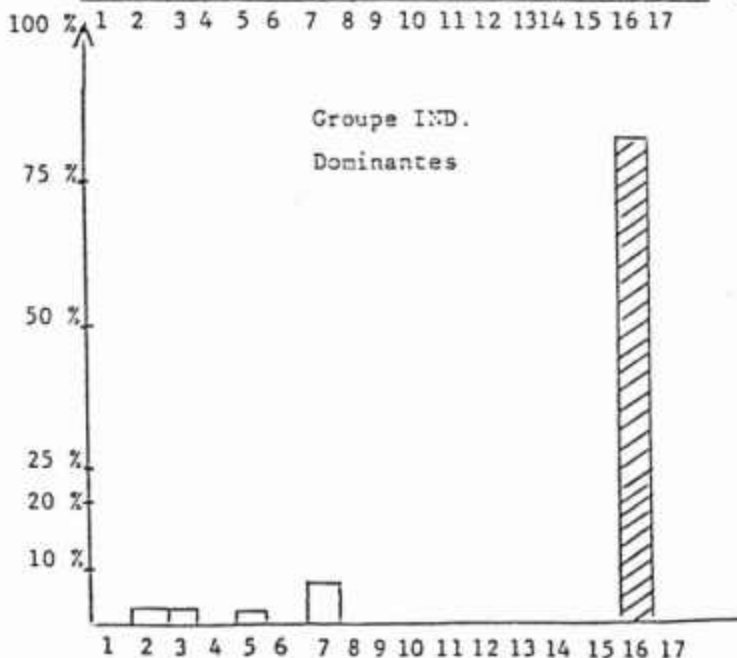
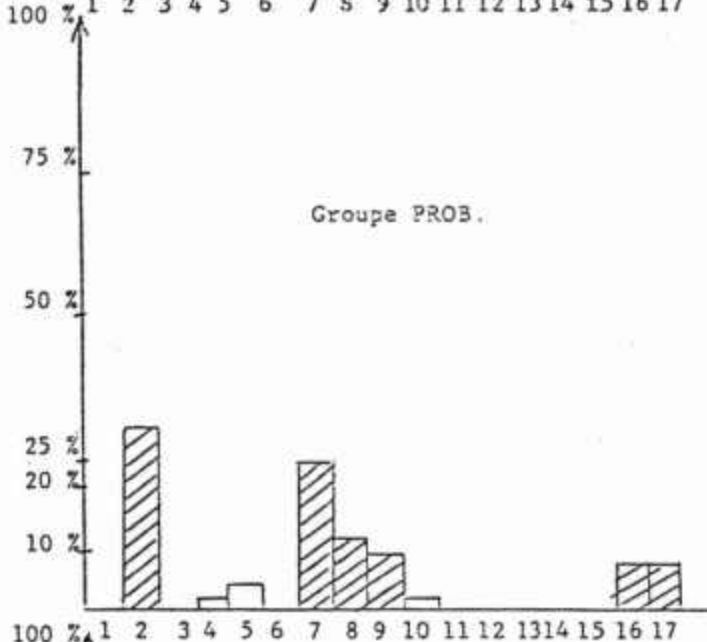
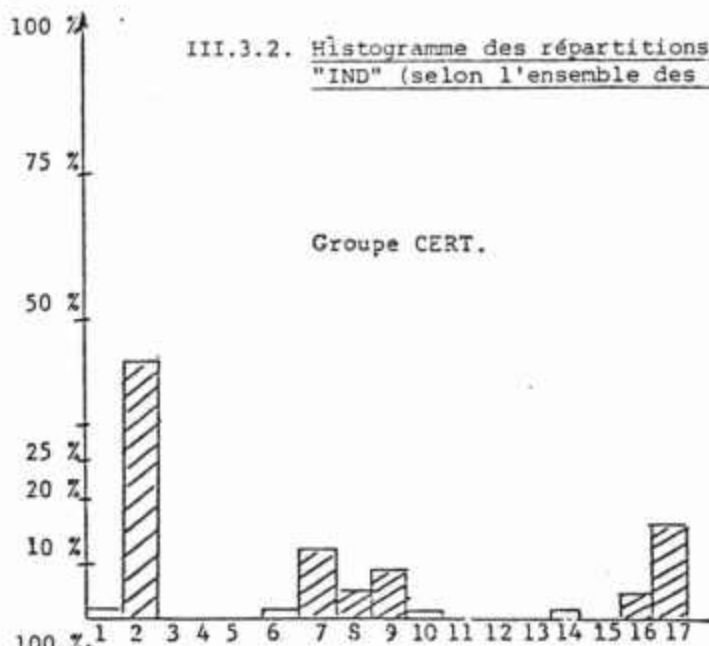
- . 22 % d'entre les causes n'ont pu être déterminées et parmi les 78 % restants il y a plus de "CERT" (45 %) que de "PROB" (33 %).
- . Parmi les "IND" il faut noter les deux cas d'indéterminés par l'hôpital (soit 7,4 % du total des causes indéterminées).
- . Parmi les causes "PROB" c'est surtout le médecin généraliste qui donne son avis, par mémoire ou déduction, ($\frac{26}{33}$ %) alors que la famille et l'hôpital y jouent un plus petit rôle.
- . Dans le groupe "CERT", c'est principalement de l'hôpital ($\frac{32}{45}$ %) que viennent les certifications ; alors que le médecin généraliste certifie très peu (3 cas) ; le spécialiste intervient dans 11 cas.
- . Dans les causes identifiées ("CERT + PROB") la famille est intervenue pour 4 %.

III.3.2. Classification des groupes "CERT", "PROB" et "IND" selon l'ensemble des causes de mort, (répartition tous sexes, âges et catégories socio-professionnelles confondus).

	Mortalités O.M.S.	Nbre	%	ordre
Groupe CERT	1 - infectieux et parasitaires	1	1,8	$\frac{7}{1}$
	2 - tumeurs	25	44,6	$\frac{1}{1}$
	3 - endocriniennes, nutrition, métabolisme			
	4 - sang et organes hématopoïétiques			
	5 - troubles mentaux			
	6 - système nerveux, organes des sens	1	1,8	$\frac{7}{3}$
	7 - circulatoire	7	12,5	$\frac{5}{5}$
	8 - respiratoire	3	5,3	$\frac{4}{4}$
	9 - digestif	5	8,9	
	10 - génito-urinaire	1	1,8	
	11 - grossesse, accouchement, suites de couches			
	12 - peau			
	13 - ostéo-articulaire, muscles			
	14 - anomalies congénitales	1	1,8	7
	15 - périnatales			
	16 - mal définis	3	5,3	$\frac{5}{5}$
	17 - traumatismes, empoisonnements	9	16	$\frac{2}{2}$
	Total	56	100 %	

		Mortalités O.M.S.	Nbre	%	ordre
Groupe PROB	1 - infectieux et parasitaires		12	29,3	<u>/1/</u>
	2 - tumeurs				
	3 - endocriniennes, nutrition, métabolisme				
	4 - sang et organes hématopoïétiques		1	2,4	8
	5 - troubles mentaux		2	4,9	7
	6 - système nerveux, organes des sens				
	7 - circulatoire		10	24,3	<u>/2/</u>
	8 - respiratoire		5	12,2	<u>/3/</u>
	9 - digestif		4	9,7	<u>/4/</u>
	10 - génito-urinaire		1	2,4	8
	11 - grossesse, accouchement, suites de couches				
	12 - peau				
	13 - ostéo-articulaires, muscles				
	14 - anomalies congénitales				
	17 - périnatales				
	16 - mal définis		3	7,3	<u>/5/</u>
	17 - traumatismes, empoisonnements		3	7,3	<u>/5/</u>
		Total	41	100 %	
Groupe IND (domi- nantes)	1 - infectieux et parasitaires		1	3,7	3
	2 - tumeurs		1	3,7	3
	3 - endocriniennes, nutrition, métabolisme		1	3,7	3
	4 - sang et organes hématopoïétiques				
	5 - troubles mentaux		1	3,7	3
	6 - système nerveux, organes des sens				
	7 - circulatoire		2	7,4	<u>/2/</u>
	8 - respiratoire				
	9 - digestif				
	10 - génito-urinaire				
	11 - grossesse, accouchement, suites de couches				
	12 - peau				
	13 - ostéo-articulaires, muscles				
	14 - anomalies congénitales				
	15 - périnatales				
	16 - mal définis		22	81,5	<u>/1/</u>
	17 - traumatismes, empoisonnements				
		Total	27	100 %	

III.3.2. Histogramme des répartitions des groupes "CERT", "PROB" et "IND" (selon l'ensemble des causes de mort)



- A propos de la classification des groupes "CERT", "PROB" et "IND"

. Les 5 premières causes de mortalité sont les mêmes dans le groupe "CERT" et le groupe "PROB" (groupes 2 - 7 - 8 - 9 et 17).

Cependant, dans le groupe "CERT" les tumeurs (gr.2) et les traumatismes (gr.17) occupent les deux premières places (respectivement 45% et 16%).

. Dans le groupe "PROB" par contre, tumeurs et appareil circulatoire se partagent les premières places avec respectivement 29% et 26%, les traumatismes passant au troisième rang (7%) aux cotés des causes mal définies (7%).

. Dans le groupe "IND", comme on pouvait s'y attendre, les causes mal définies occupent la place prédominante avec 81%. Pourtant, les 19% restants ont pu être classés selon quelques maladies dominantes principalement cardio-vasculaires (notons que l'arrêt cardiaque étant la phase terminale de toutes maladies mortelles, a été classé parmi les causes indéterminées).

III.3.3. Groupe CERT + PROB : Etude particulière des causes immédiates de mort identifiées seulement

Tableau d'ensemble

Principales causes de décès	Nbre	%	M	F	Tranches d'âge					Catégorie S.P.								
					0-14	15-25	26-44	45-65	>65	PI	O	E	CM	CS	I	7		
1 - Infectieux	1	1	1				1			1								
2 - Tumeurs	37	38,1	28	9			3*	18*	15*	2	5	4	3			16	7	
3 - Endocrinologie	0	0																
4 - Sang	1	1		1					1								1	
5 - Troubles mentaux	2	2	1	1					1*								1	1
6 - Système nerveux	1	1		1					1									1
7 - Appareil circulatoire	17	17,5	12	5			1*	8*	7*	2	3	3				7	2	
8 - Appareil respiratoire	8	8,2	5	3				3	5						1	5	2	
9 - Appareil digestif	9	9,3	5	4				3*	4*			2		1	4	2		
10 - Appareil génito-urinaire	2	2	2						1*							1	1	
11 - Grossesse suites de couches	0	0																
12 - Peau	0	0																
13 - Ostéo-articulaires	0	0																
14 - Anomalies congénitales	1	1		1			1						1					
15 - Périnatales	0	0																
16 - Mal définis	6	6,2	4	2	1				5								6	
17 - Traumatismes	12	12,4	7	5		1	2	6	3		3	1	1	1	5	1		
TOTAL	97	100	65	32	1	1	7	39	43	4	12	10	5	3	47	16		

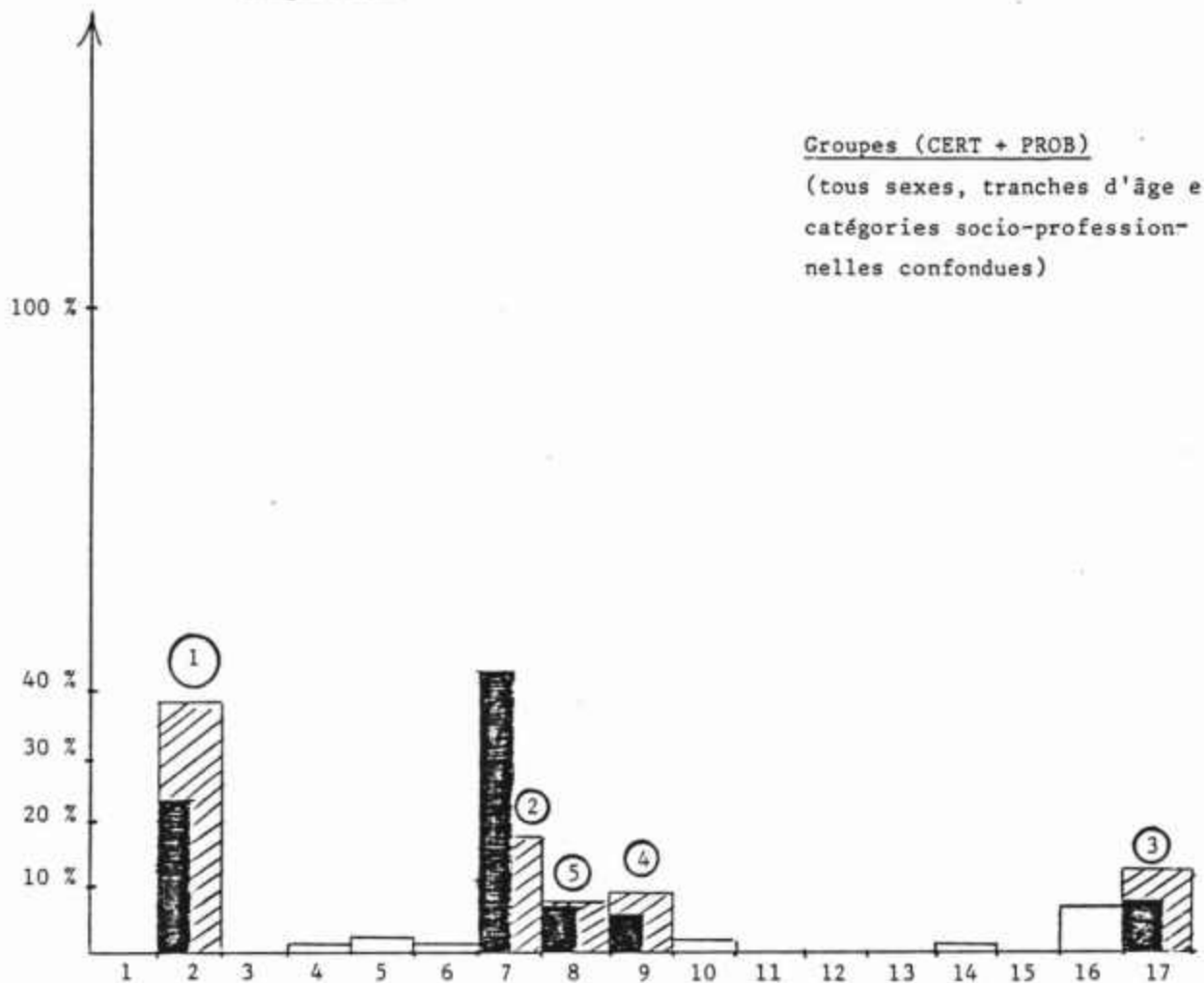
* = 91

= 97

* : 6 morts manquants dont on ignore la date de naissance.

./.

III.3.3. Histogramme de la répartition des causes immédiates de mort identifiées
 (tous sexes, tranches d'âge et catégories socio-professionnelles confondues)



Légende :



= Chiffres INSERM - 1975



= Premières causes de mortalité dans cette clientèle

III.3.3.1. Répartition des causes immédiates de mort identifiées
 (tous sexes, tranches d'âge et catégories socio-professionnelles
 confondus).

Les tumeurs, maladies cardio-vasculaires, les traumatismes, les maladies digestives, les maladies respiratoires, sont les 5 premières grandes causes de mort (86 %). Les 12 autres classes de maladies sont présentes en proportion négligeable puisque représentant 14 % à elles toutes.

Comparés au rapport INSERM 1975, les chiffres précédents sont proches de ceux trouvés lors de l'étude INSERM 1975 : les 5 premières maladies sont identiques ; seul l'ordre y est différent : d'abord cardio-vasculaire, puis tumeurs, puis respiratoires, puis traumatismes, enfin digestif (soit 83 %).

Les 12 autres classes de maladies représentent 17 %.

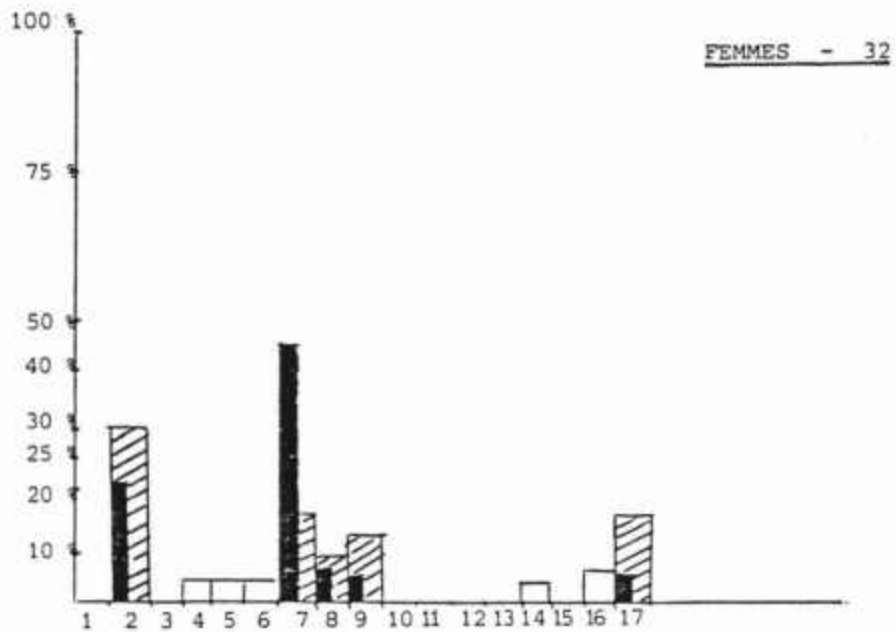
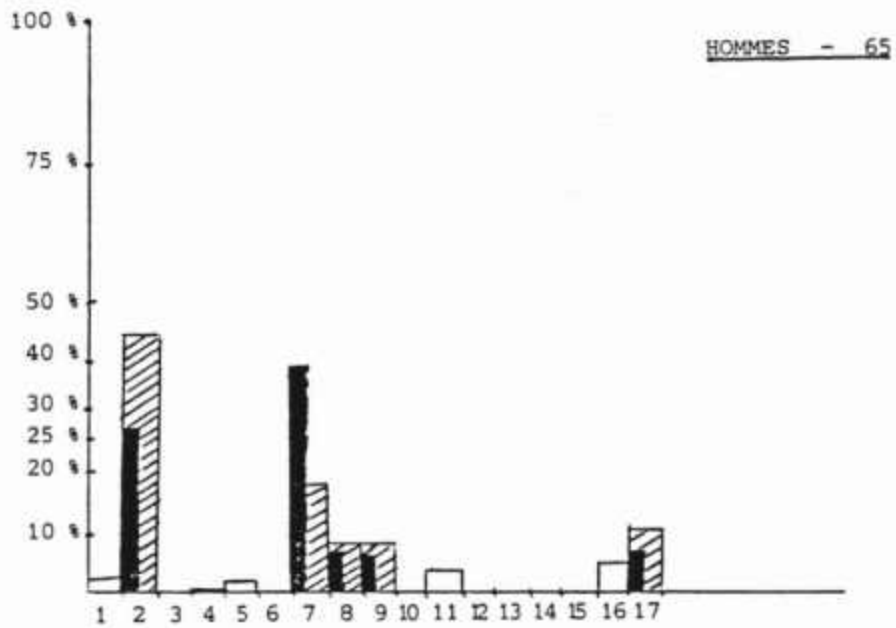
Nous en déduisons une certaine ressemblance de notre "échantillon" par rapport aux moyennes nationales. La seule différence notable concerne les tumeurs et les accidents cardio-vasculaires, respectivement :

- 38 % et 17 % dans notre étude,
- 23 % et 42 % dans l'étude de l'INSERM.

Effet de hasard dû à la faiblesse numérique de l'échantillon ; meilleur traitement des affections cardio-vasculaires chez notre médecin que dans l'échantillon national ; dépistage plus tardif des tumeurs ou, au contraire, pollution géographiquement plus marquée dans la région d'exercice ? Aucune de ces questions ne peut trouver de réponse par l'étude d'un seul médecin. Mais la prise en compte d'un nombre statistiquement significatif de clientèles pourrait apporter des éléments de réponse.

Cependant, les différences notées entre l'échantillon de ce médecin et l'échantillon national peuvent nourrir une réflexion personnelle de ce médecin sur sa propre pratique.

III.3.3.2 Histogramme des répartitions des causes de mort
identifiées en fonction du sexe

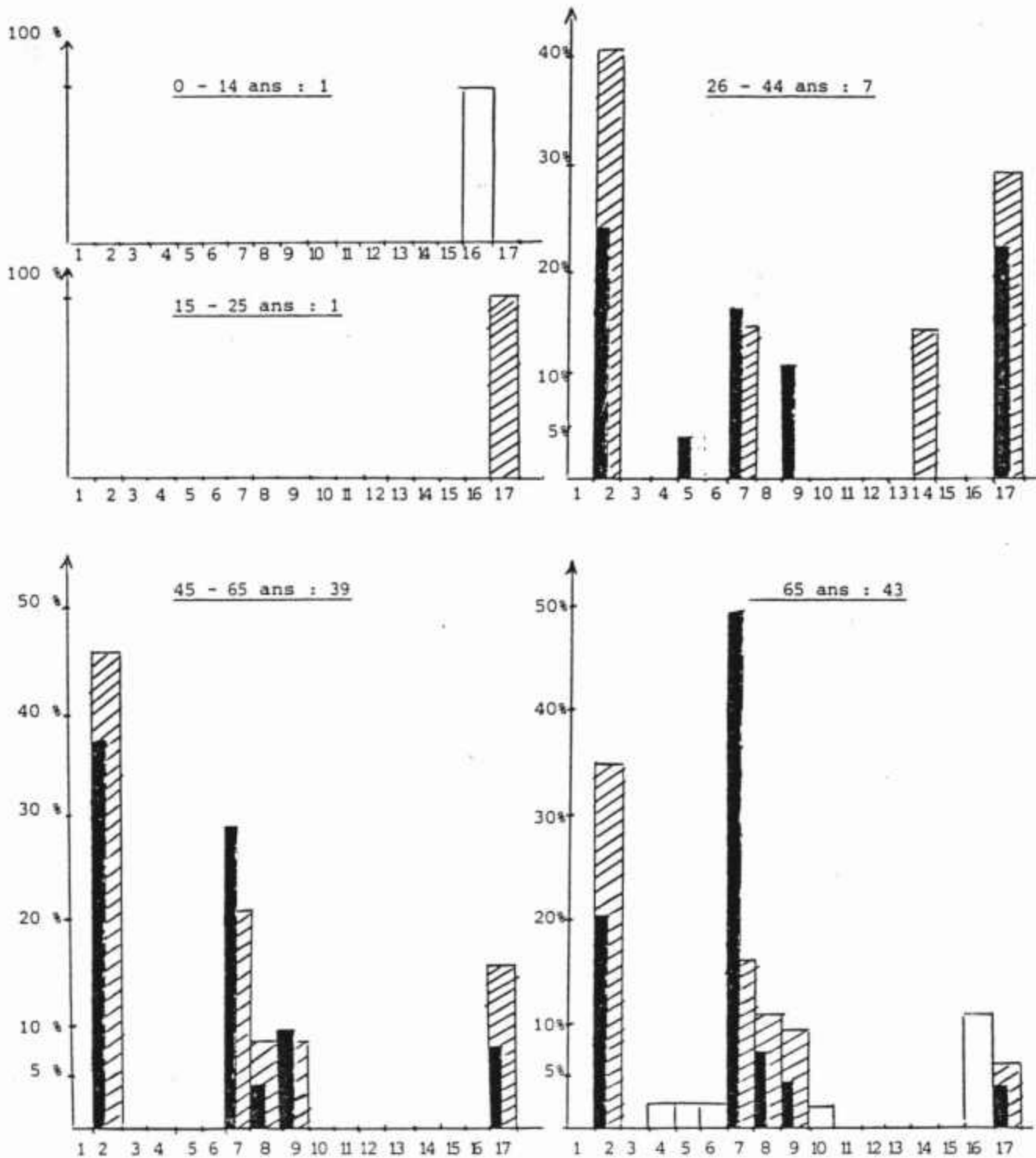


III.3.3.2. Répartition des causes de mort identifiées en fonction du sexe

- . Notre ensemble de morts se partage entre 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes, ce qui n'est pas la proportion nationale qui est d'environ 50 % et 50 %.
- Les 5 premières causes de mortalité sont identiques et se présentent, comparées au rapport INSERM 1975, pratiquement dans le même ordre dans les deux sexes.
- . Dans notre échantillon, la première cause est toujours le cancer pour les deux sexes, mais moins pour les femmes (40 % chez les hommes, 30 % chez les femmes). Nous notons les mêmes résultats relatifs pour l'INSERM avec : 25 % chez les hommes et 20 % chez les femmes.
- . Les hommes meurent davantage du coeur (19 %) que les femmes (17 %). Les fréquences sont inversées et nettement plus fortes dans le rapport INSERM : 39 % des hommes et 46 % des femmes.
- . Pour les femmes, les traumatismes représentent la deuxième cause, au même titre que les maladies cardio-vasculaires (17 %), alors que pour les hommes ils représentent 11 %. Les fréquences sont inversées dans le rapport INSERM et plus faibles : 6,5 % des hommes et 5,6 % des femmes.

Ici aussi valent les remarques déjà faites au paragraphe précédent. L'étude comparative entre le "cas de ce médecin" et l'étude nationale est surtout utile à la réflexion propre du médecin sur sa pratique : proportion nettement plus grande de clientèle féminine et aussi rôle de la pathologie psychiatrique. En effet, les suicidés sont comptabilisés parmi les traumatismes. Le taux global de ceux-ci s'en trouve augmenté par rapport à l'échantillon national INSERM. Notons que la mort par suicide réussi se voit naturellement plus souvent en ville qu'à l'hôpital, celui-ci étant sans doute plus fourni en décès par traumatismes involontaires (accidents, etc...)

III.3.3.3. Histogramme des répartitions des causes de mort identifiées en fonction des tranches d'âge



III.3.3.3. Répartition des causes de mort identifiées en fonction des tranches d'âge

. De 0 à 14 ans et de 15 à 25 ans, les chiffres obtenus attirent l'attention dans notre étude puisque chacune de ces tranches d'âge ne représente qu'un seul malade. Nous ne les comparerons pas aux statistiques nationales.

En effet, chez le médecin généraliste qui nous occupe, il n'y a eu que très peu de morts au-dessous de 25 ans. Nous sommes donc très loin des statistiques nationales : accidents, morts de nourrissons ..., ce qui était tout à fait prévisible, ces causes de mort ne se rencontrant qu'à l'hôpital et touchant une population jeune pouvant n'avoir pas eu de morbidité généraliste antérieure en consultation de cabinet.

. Les tranches d'âge de 26 à 44 ans, de 45 à 65 ans et plus de 65 ans, sont très comparables entre elles. Les 5 premières causes sont les mêmes avec la même prédominance pour le cancer, les affections cardio-vasculaires. La seule différence intervient au niveau des traumatismes dont les chiffres sont bien moins élevés après 65 ans (7 %) qu'avant 65 ans (29 % et 16 %).

Notons le très fort pourcentage de cancers (41 %) avant 44 ans et surtout entre 45 et 65 ans (46 %), avec une tendance à régresser après 65 ans (35%).

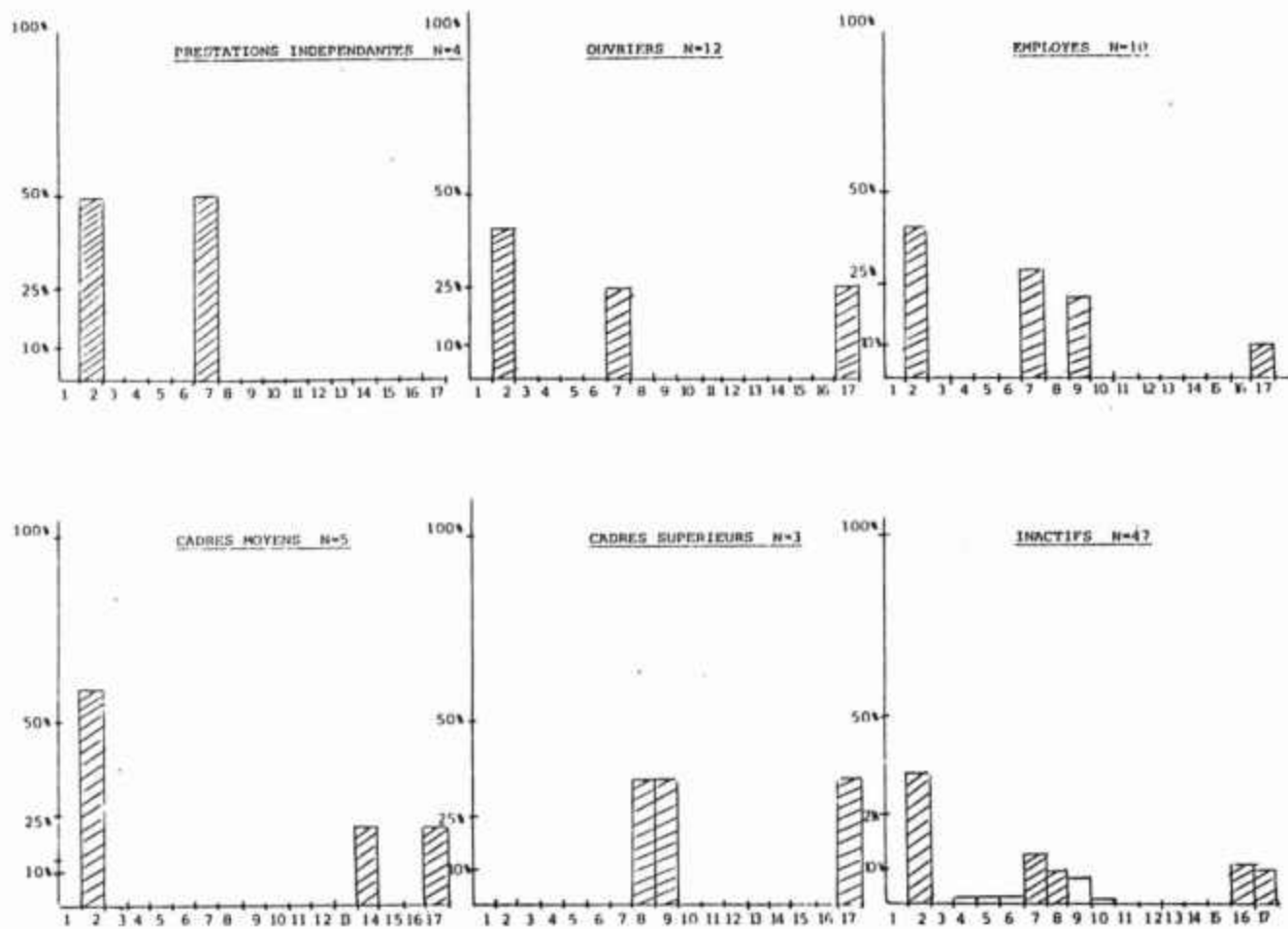
Les causes mal définies de mort représentent avec 12 % une proportion importante au-dessus de 65 ans, alors qu'elles n'existent pas avant.

En reprenant, pour les plus de 25 ans, le rapport de l'INSERM 1975, on voit que les proportions des cancers entre les tranches d'âge évoluent de manière très similaire à ceux de notre étude : augmentation jusqu'à 65 ans, diminution après 65 ans. Par contre, la tendance à la forte progression des affections cardio-vasculaires selon l'âge dans le travail de l'INSERM, ne se retrouve pas dans notre étude.

Enfin, les 3 autres causes par tranche d'âge sont assez comparables.

Il est nécessaire de rappeler que ces interprétations sont biaisées par le fait que dans 33 cas, la date de mort est ultérieure à celle retenue (dernière consultation connue) ; cependant, ce biais est réduit par le fait que 24 de ces cas se situe dans la dernière tranche (au-dessus de 65 ans).

III.3.3.4. Répartition des causes immédiates de mort identifiées en fonction
des catégories socio-professionnelles



III.3.3.4. Répartition des causes immédiates de mort identifiées en fonction des catégories socio-professionnelles

Les 5 grandes causes sont présentes dans les 6 catégories :

- . chez les ouvriers, on voit augmenter comme cause majeure de mort, les traumatismes au même titre que les maladies cardio-vasculaires ;
- . chez les employés, les causes digestives sont plus fréquentes que les traumatismes ;
- . les professions indépendantes, les cadres moyens et les cadres supérieurs, représentent des chiffres trop faibles pour pouvoir être interprétés valablement ;
- . parmi les inactifs qui forment la majorité (50 %) de notre étude, on retrouve des proportions et des ordres identiques à ceux de l'ensemble des défunts.

III.3.4. Groupe (CERT + PROB) : Ventilation des causes de mort identifiées
 en sous-classes plus détaillées

5 premières causes de décès	Nbre	%	Sexe		Tranches d'âge				Catégories S.P.								
			M	F	0-14	15-25	26-65	>65	PI	O	E	CM	CS	I			
I - TUMEURS																	
1 - K pulmonaire	10	27	9	1			7	2	2	3							
2 - K digestif	9	24	7	2			4	5		1	1	1				5	
3 - K génito-urinaire	5	14	4	1			2	3				1				3	
4 - Tissu lymphatique + organes hématopoïétiques	4	11	3	1			3	2			1	1				2	
5 - K O.R.L.	3	8	3				2	1								1	
6 - K os, tissu conjonctif, peau, sein	3	8	1	2			2	1			2					1	
7 - K encéphale	2	5	1	1			1	1		1						1	
8 - K thyroïde	1	3		1			*	*								0	
TOTAL	37	100	28	9			21	15	2	5	4	3				16	
II - CARDIO-VASCULAIRE																	
1 - infarctus myocarde	6	35	5	1			3	3	1	1	2					2	
2 - séquelles d'HTA	5	29	4	1			2	3	1	1						3	
3 - insuffisance cardiaque	3	18	2	1			1	2			1					2	
4 - insuffisance valvulaire	1	6	1				1			1						0	
5 - péricardite	1	6		1			1									0	
6 - cardiomyopathie obstructive	1	6		1			*	*								0	
TOTAL	17	100	12	5			8	8	2	3	3					7	
III - TRAUMATISMES ACCIDENTS EMPOISONNEMENTS																	
1 - suicides	8	67	6	2		1	6	1		2	1	1				3	
2 - complications post-opératoires	3	25	1	2			1	2		1						2	
3 - attentats	1	8		1			1								1		
TOTAL	12	100	7	5		1	8	3		3	1	1			1	5	
IV - DIGESTIF																	
1 - atteinte du foie (sauf K)	7	78	3	4			2*	4			2					4	
2 - hémorragie digestive *	1	11	1													0	
3 - péritonite	1	11	1				1*								1		
TOTAL	9	100	5	4			3	4			2				1	4	
V - RESPIRATOIRE																	
1 - Embolie pulmonaire	4	50	3	1			2	2							1	3	
2 - Détresse respiratoire	4	50	2	2			1	3								3	
TOTAL	8	100	5	3			3	5							1	5	

* : 4 morts dont on ne connaît pas l'âge (pas de date de naissance).

III.3.4. Groupe (CERT + PROB) : Ventilation des causes de mort identifiées en sous-classes plus détaillées

- . Parmi les tumeurs nous trouvons, mais chez l'homme seulement, une prédominance des cancers pulmonaires et des cancers digestifs.
- . Parmi les affections cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, séquelles d'HTA et insuffisance cardiaque sont prédominants : là encore, davantage chez les hommes que chez les femmes.
- . Parmi les traumatismes, ce sont les suicides qui viennent en tête (67 %), puis les complications post-opératoires.
- . Parmi les maladies digestives : les atteintes du foie sont la majorité (78 %).
- . Les affections respiratoires se partagent équitablement entre embolies et détresses respiratoires.

./.

IV - LA MORBIDITE

PAMI LES CLIENTS D'UN GENERALISTE
QUI FORMENT LE GROUPE DES "MORITURI",
CES CLIENTS "QUI VONT MOURIR".

IV - LA MORBIDITE : Parmi les clients d'un généraliste qui forment le groupe des "Morituri", ces clients "qui vont mourir".

Remarques liminaires

IV.1. Problèmes théoriques rencontrés

- IV.1.1. Les problèmes de l'objectivation
- IV.1.2. Les problèmes du diagnostic
- IV.1.3. Le problème des associations de maladies
- IV.1.4. Le problème des classifications

IV.2. Etude des cas de morbidité enregistrés

- IV.2.1. La tableau analytique de tous les cas de morbidité enregistrés chez chaque malade
- IV.2.2. Note explicative
- IV.2.3. Les limites dans le recueil des données

IV.3. Synthèses chiffrées

- IV.3.1. Etude des morbidités enregistrées et classées selon les domaines pathologiques de l'O.M.S.
 - IV.3.1.1. Toutes morbidités enregistrées au fil des années chez les "morituri" : 2 754 cas (ou motifs de consultation) répartis selon les classes OMS et selon les sexes et selon les catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).
 - IV.3.1.2. Répartition des morbidités principales entre elles à partir de 121 malades répartis par classe pathologique, par sexe et par catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).
 - IV.3.1.3. Répartition des morbidités associées entre elles : 154 maladies associées (morbidités principales exclues) classées par domaine pathologique, sexe et catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).
 - IV.3.1.4. Principaux co-diagnostic : co-diagnostic classés selon les domaines pathologiques O.M.S. couplés.

IV.3.2. Etude des morbidités enregistrées (chez les morituri) au cours des consultations successives après classement selon les "unités morbides" du Docteur R.N. BRAUN qui représente les cas rencontrés dans la clientèle d'ensemble du généraliste moyen.

IV.3.2.1. Fréquences des morbidités enregistrées , classées selon la liste des unités morbides du Docteur R.N. BRAUN.
Etude comparée entre nos morituri et la clientèle généraliste moyenne.

IV.3.2.2. Etude de l'ensemble des morbidités enregistrées et classées selon les degrés d'identification du Docteur R.N. BRAUN.

- Etude comparée entre nos morituri et une clientèle généraliste moyenne.

- Rôle de la médecine spécialisée.

REMARQUES LIMINAIRES

Avant de décéder, le malade du médecin généraliste a fait partie, parfois pendant de longues années, de sa clientèle au sens large du mot : à un moment de sa vie, il prend place dans un groupe, celui que nous nommerons les "morituri".

L'objet du présent chapitre est d'étudier les éventuelles particularités de cette population de malades du point de vue de sa morbidité, comparativement à celle de l'ensemble de la clientèle tout venant du "médecin généraliste moyen", telle qu'elle nous est connue par les deux sources suivantes :

- l'Enquête Nationale de Morbidité et Statistiques de Mortalité (INSERM 1975), qui porte sur les malades en médecine libérale ;
- la liste de la "répartition régulière des cas" en médecine générale, issue des travaux du Docteur R.N. BRAUN et publiée dans "Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale", sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale - Payot 1979 (pages 343 - 352).

Rappelons que le Docteur R.N. BRAUN a démontré que "dans la perspective de la médecine générale, les groupes humains qui ne vivent pas dans des conditions climatiques, sociales ou autres très différentes, sont soumis au facteur trouble de santé avec des résultats semblables dans la grande majorité des cas. C'est cette régularité, dont l'importance est fondamentale, que j'ai désigné par loi de la répartition des cas. Elle a été vérifiée par des recherches plus vastes. C'est pourquoi on est en mesure, en se basant sur des statistiques de cas, établies sur de longues années dans une consultation de campagne autrichienne, de prédire quels seront les cas auxquels aura à faire face un collègue exerçant dans une grande ville du centre de l'Angleterre et vice-versa"...

Ces pronostics ne pourront évidemment être exacts que dans la mesure où aucune modification fondamentale n'interviendra dans les conditions de vie.

IV.1. Problèmes théoriques rencontrés

IV.1.1. Les problèmes de l'objectivation

Médicalement parlant on peut, a priori, définir trois degrés croissants de rigueur scientifiques dans l'appréciation d'une morbidité :

- La morbidité ressentie :

C'est la plus subjective puisqu'elle est émise par le patient lui-même. Réelle ou pas, elle n'est pourtant pas inintéressante, puisque c'est à son propos que le patient va éventuellement formuler une demande auprès de son médecin et que c'est bien souvent à partir de son "identification" par le patient que va découler une série de troubles d'ordre psychosomatique, par exemple.

- La morbidité diagnostiquée :

Il s'agit de la confrontation d'un patient avec une compétence médicale, suite à une demande formulée par le patient, à propos d'une maladie ressentie ou non. Ce diagnostic est donc toujours de nature relative au langage et aux moyens du médecin et à l'état d'avancement de la science ; mais on peut affirmer qu'elle est plus "objectivée" que la première, du point de vue de la science médicale.

- La morbidité objectivée :

Sorte de perfection théorique vers laquelle tendent les progrès de la médecine et de l'épidémiologie. L'amélioration de sa connaissance accroît grandement les moyens de prévention, en tissant des liens plus fiables entre les causes immédiates de mort et les maladies qui les ont précédées.

Au niveau de notre démarche méthodologique, nous avons bien sûr enregistré les cas de morbidité relevés par le médecin, donc diagnostiqués, tels qu'ils apparaissent dans les dossiers du médecin généraliste concerné. Cependant, ces "diagnostics" vont être nuancés par un "degré d'identification" que nous allons expliciter dans les lignes qui suivent.

Nota : Nous nous sommes inspirés, pour ces distinctions, des concepts contenus dans l'ouvrage "Economie du Système de Santé" cité en référence (page 79 et suivantes).

IV.1.2. Les problèmes du "diagnostic"

Poser un diagnostic est l'ambition légitime de tout médecin face à un problème présenté par un patient. Bien souvent pourtant, une action thérapeutique est déclenchée sans diagnostic vraiment posé, au sens strict d'une maladie individualisée avec certitude, par tous les examens théoriquement nécessaires ; cette démarche est généralement souhaitable, pratiquement et économiquement.

Nous voudrions, à ce propos, soulever une remarque générale au sujet des enquêtes statistiques de morbidité, c'est que l'on demande aux médecins questionnés de noter leurs diagnostics ; les résultats de ce genre d'enquêtes, aussi efficaces soient-ils dans leur ensemble, nous paraissent pourtant biaisés par le fait que dans la majorité des cas, seul un symptôme, un syndrome, voire un tableau est évoqué sous le nom alors trompeur de "diagnostic médical".

C'est, à notre avis, l'un des mérites du Docteur R.N. BRAUN que d'avoir proposé un codage et une analyse des cas de morbidité, les unités morbides, selon une classification, non seulement d'après les maladies nommées, mais aussi en fonction d'un "degré d'identification" qui va du signe (A), au diagnostic certain (D), en passant par le syndrome (B) et le tableau d'une maladie (C).

Pour notre étude, nous avons choisi 6 degrés d'identification définis dans le tableau ci-dessous par dissociation en deux sous-catégories des degrés C et D du Docteur R.N. BRAUN, selon que les diagnostics et tableaux de maladie sont l'oeuvre de généralistes ou de spécialistes.

A	<u>SIGNE OU SYMPTÔME</u>	Groupe indéterminé ("IND")
B	<u>SYNDROME OU GROUPE DE SYMPTÔMES</u>	
C	<u>TABLEAU DE MALADIE SELON LE MEDECIN GENERALISTE</u> (tableau de maladie signifie que l'approximation clinique est suffisante pour arrêter les mesures diagnostiques)	Groupe probable ("PROB")
D	<u>TABLEAU DE MALADIE SELON LE SPECIALISTE</u>	
Ce	<u>DIAGNOSTIC CERTAIN DU MEDECIN GENERALISTE</u> (diagnostic certain signifie que toutes les mesures diagnostiques décisives ont été réunies)	Groupe certain ("CERT")
De	<u>DIAGNOSTIC CERTAIN D'UN SPECIALISTE</u> (ville ou hôpital)	

Le signe isolé et le syndrome ou groupe restreint de signes, se définissent par l'absence de notion étiologique précise. Le critère qui nous a servi à différencier un tableau de maladie d'un diagnostic certain est le suivant :

- "le tableau d'une maladie selon le médecin généraliste" résulte de la conviction personnelle qu'acquiert le praticien à la suite de symptômes ressentis et de résultats d'examens cliniques avant recours à la totalité des examens complémentaires décisifs de confirmation.

Le tableau est donc à la fois subjectif et préliminaire à la détermination éventuelle du diagnostic certain.

- "le diagnostic certain d'une maladie" résulte soit de la confirmation d'un tableau après recours à tous les examens nécessaires et suffisants pour l'établir, soit directement, lorsque tous les éléments scientifiques sont réunis pour acquérir une conviction certaine (lorsque, par exemple, le patient consulte le médecin en possession d'examens déjà effectués, ou cas de traumatismes dont la lésion est évidente, etc...).

Le médecin généraliste ou le médecin spécialiste (de ville ou d'hôpital) peuvent chacun être concernés par tous ces degrés d'identification des maladies.

Comme pour les causes de mort immédiates (cf. chapitre précédent III), on a donc pu dégager trois groupes de morbidité : le groupe "IND" = A + B ; le groupe "PROB" = C + D ; le groupe "CERT" = Ce + De.

IV.1.3. Le problème des associations de maladies

Il s'agit de la démarche tendant d'appréhender un individu donné comme un tout et non pas comme une série de cas de morbidité plus ou moins bien identifiés. C'est le problème, qui commence à être bien envisagé, des associations de maladies, des co-diagnostic (tri, quadri ... diagnostics) qui pose comme principe que la réunion de deux, ou plus, maladies chez un même sujet n'est pas identique à la somme des maladies prises isolément :

(maladie A		
(+		
(maladie B	\neq	maladie (A + B + C + ...)
(+		
(maladie C		chez un même sujet
(+		
(etc...		

Nous avons donc fait appel à deux notions supplémentaires de causes de mort (en plus des causes "immédiates" définies dans le chapitre III sur la mortalité) :

- la cause principale : maladie pour laquelle on traite principalement le patient, car elle risque de devenir "grave". Cette notion est très subjective puisque relative :
 - . au malade lui-même
 - . au médecin et à son jugement personnel
 - . au degré d'identification (du signe au diagnostic)
 - . à l'état d'avancement de la science médicale, à une époque et dans une région du globe données.
- les causes associées : en dehors de la maladie principale précédente, il s'agit de tous les autres cas de morbidité associés mais ayant un degré d'identification et une "gravité" probable tels qu'on a pu les mettre en parallèle comme cause de mort possible, avec la maladie principale.

Par exemple, tel eczéma tenace et apparent sera considéré comme cause associée dans une maladie psychosomatique, mais sera négligé dans le cas d'un infarctus du myocarde.

Il est vrai qu'une étude théorique complète du phénomène des associations nécessiterait que toutes les causes morbides répertoriées soient associées entre elles pour chaque malade ; mais cela nécessiterait des moyens de traitement informatique et d'interprétation, de représentation et d'analyse qui ne sont pas dans nos moyens.

Nous avons donc tenté une approche très modeste des principaux co-diagnostics rencontrés dans notre "population" en les définissant comme ensemble des couples : (maladie principale, maladies associées) contribuant partiellement à la mort.

IV.1.4. Le problème des classifications

- Comme pour l'étude de la mortalité (cf. chapitre III) nous avons utilisé la nomenclature de l'O.M.S. pour ses qualités d'exhaustivité et parce que, étant utilisée par de nombreux organismes de statistiques, elle permet les comparaisons avec des chiffres fournis selon le même référentiel.
- Nous avons fait, en plus, un essai de codification selon les cas répertoriés par le Docteur R.N. BRAUN.

La "nomenclature" proposée par le Docteur R.N. BRAUN est faite à partir d'une

liste de tous les 8 146 cas rencontrés dans sa clientèle de généraliste pendant cinq années, classifiés et rassemblés en 306 maladies et situations ("les cas" ou unités morbides), selon la fréquence décroissante d'apparition pour 1 000 consultations. Le numéro qui est en face de chaque ligne de la liste n'est donc pas un code, mais un numéro d'ordre :

1 - fièvre	80,41 % (d'apparition pour 1 000 consultations)
2 - myagie	40,35 %
3 - toux	25,17 %
4 - plaies cutanées isolées	24,55 %
5 - vomissements et diarrhées	19,15 %
etc...	<u>fréquence décroissante</u>

Sous le numéro 307 ("autres troubles"), nous avons enregistré tous les cas qui représentent chez le Docteur R.N. BRAUN une fréquence unitaire inférieure à 1 pour 3 000 (0,333 %), qui est la limite de la plus basse fréquence au-dessous de laquelle il ne répertorie plus les cas rencontrés et nous avons utilisé ce numéro pour regrouper tous les cas qui n'étaient pas "codifiables" selon sa nomenclature.

La nomenclature du Docteur R.N. BRAUN est établie selon un vocabulaire qui tient grand compte du degré d'identification diagnostique atteint dans chaque cas. Nous avons repris les catégories diagnostiques qu'il propose : le signe (A), le syndrome (B), le tableau d'une maladie (C et D), le diagnostic certain selon des critères scientifiques complets (Ce et De).

Enfin, nous avons rajouté un code ("999") pour rassembler tous les autres cas de recours au système de santé (vaccination ...) qui sont représentés par le groupe "V" dans l'O.M.S.

En résumé, on peut dire que la liste des cas du Docteur R.N. BRAUN n'est pas une nomenclature exhaustive de toutes les maladies existantes, mais une liste des cas, les "unités morbides" régulièrement rencontrées en médecin générale, hiérarchisées selon leur fréquence et clairement définies quant à leur degré d'identification diagnostique.

Il nous a fallu confectionner un lexique alphabétique (que nous reproduisons en annexe) pour y accéder plus facilement. Cependant, il nous a paru intéressant de pénétrer dans le référentiel moyen d'un médecin généraliste pour tester dans quelle mesure notre échantillon de malades lui était comparable; en particulier, cela visait à comparer la morbidité générale, du point de vue des fréquences et du degré d'identification diagnostique chez les "morituri" (groupe à risque de mort), à celle rencontrée dans la clientèle ordinaire telle qu'elle se manifeste quotidiennement chez un généraliste.

IV.2. Etude des cas de morbidité enregistrés

IV.2.1. Le tableau analytique type de tous les cas de morbidité enregistrés
chez chaque malade

N° des malades	Sexe M F	Catégorie socio-pro- fessionnelles	Morbidités	O.M.S.	BRAUN	A B C Ce D De	Principales	O.M.S.	Principales associées	O.M.S.							
				Groupe	Code			Groupe		Groupe							
1	M	C.S.	Epididymite	10	286	D	Cancer gastrique	2									
			Hépatite virale	9	106	C											
			Abcès fistulisé de foie	1	243	D											
			Gastrite aiguë	9	262	C											
			Lésion ulcéro-végétante gastrique	2	103	Ce											
			Lésion ulcéro-végétante gastrique	2	103	Ce											
			Lésion ulcéro-végétante gastrique	2	103	Ce											
			Gastrite récurrente	9	262	Ce											
			Hémorragie	9	262	Ce											
			Maigrissement	14	116	A											
2	F	E.	Dyspepsie	9	16	A	Cirrhose éthylque	9									
			Zona thoracique	1	105	C											
			Dysménorrhée	10	90	A											
			Dysménorrhée	10	90	A											
			Bronchite	8	56	C											
			Nausées, vomissements, diarrhées	16	5	B											
			Dorsalgie	13	12	A											
			Dysménorrhée + douleur à la palpation d'une trompe	10	90	B											
			Loesalgie	13	13	A											
			Dorsalgie	13	12	A											
			Dorsalgie	13	12	A											
			Gastro-entérite	9	5	C											
			Syndrome ménopausique	10	131	C											
			Ictère + \uparrow transaminases	9	106	B											
			Asthénie + Vomissements + transaminases	9	106	B											
			Fièvre, vomissements, ic- tère, \uparrow transaminases	9	106	B											
			Stéatose hépatique	9	234	De											
			Atteinte hépatique d'ori- gine éthylique	3	234	D											
			3	M	O.	Cystite à colibacilles					10	117	Ce	Ephysème	8	Insuffisance coronarienne	7
						Orchi-épidymite					10	286	C				
Orchi-épidymite	10	286				C											
Angor d'effort	7	27				C											
Ephysème	8	138				C											
Ephysème	8	138				C											
Rechute urchite	10	286				C											
Néphrite chronique	10	307				Ce											
H.T.A.	7	18				Ce											
H.T.A.	7	18				Ce											
H.T.A.	7	18				Ce											
Insuffisance respiratoire sévère mixte	8	138				D											
											Néphrite	10					

N° Jca malades	Sexe	Catégorie socio-pro- fessionnelles	Morbidités	O.M.S.	ICD-9	A B C Ce D De	Principales	O.M.S.	Principales associées	O.M.S.
				Groupe	Code			Groupe		Groupe
4	F	7	Artérite des membres inférieurs	7	161	C	Artérite des membres inférieurs	7	Etat dépressif	5
			Artérite des membres inférieurs	7	161	C				
			Artérite des membres inférieurs	7	161	C				
			Hémorragie digestive liée aux anticoagulants	9	279	D				
			Artérite des membres inférieurs	7	161	C				
			Artérite des membres inférieurs	7	161	C				
			Artérite des membres inférieurs	7	161	C				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Inappétence	16	143	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Troubles de la mémoire	16	101	A				
			Tristesse, sensation de vide	16	257	B				
			Kyste extrémité inférieure du cubitus	13	307	C				
			Kyste osseux	13	307	De				
			Episode dépressif franc	5	257	C				
			Asthénie	16	129	A				
			Métoprogesterone anéminal selles décolorées, subictères.	9	16	B				

IV.2.2. Note explicative :

Le tableau se subdivise en 3 parties :

- identification du défunt :

- . sexe (M. ou F.)
- . catégorie socio-professionnelle (PI, O, E, CS, CM, I, ?)

- toutes les morbidités enregistrées, avec pour chacun :

- . la désignation littérale
- . le code, groupe O.M.S. (de 1 à 17 + E + V)
- . le code du Docteur R.N. BRAUN (de 1 à 307 + "999")
- . le degré d'identification dérivé de celui du Docteur R.N. BRAUN
(A + B + C + D + Ce + De)

- les causes principales et associées :

- . la cause principale (qui sera appréhendée sous son code groupe O.M.S.)
- . la ou les causes associées (appréhendées de la même manière).

IV.2.3. Les limites dans le recueil des données• Des particularités liées à certains patients :

Nombre de
malades

- . Un malade pendant 18 ans n'a consulté que des spécialistes et le médecin traitant qui le suivant n'a fait que prendre en compte les avis de ces spécialistes. La fiche d'analyse ne contient donc, pour ce patient, que des diagnostics de spécialistes (D ou De) 1
- . Un autre dossier ne contient aussi que des avis de spécialistes, mais la raison est autre : il s'agit d'un patient qui, atteint d'une tumeur et suivi par un cancérologue, n'a jamais consulté personnellement le médecin généraliste ; c'est au travers de son épouse qui consultait pour une psychothérapie de soutien, que le médecin généraliste a établi le dossier du malade, reçu des avis des spécialistes en tant que médecin traitant "éventuel" et connu jusqu'à la mort, pendant un laps de temps d'ailleurs bref, ce malade qu'il n'a jamais vu 1

• Quelques problèmes de diagnostic :

- . que faire en cas de diagnostic vague ?

nous avons généralement classifié en "mal défini".

- . que faire en cas de diagnostic négatif ? ("il n'a pas la maladie") : nous n'avons pas codé.
- . que faire en cas de diagnostics divergents entre médecins différents : nous avons codé chaque avis selon sa propre conclusion.

Les problèmes de divergence de diagnostics entre médecins différents et de leur fréquence, ne sont pas surprenants en soi, étant donné le caractère encore grandement libéral du système de santé qui favorise la prise d'avis contradictoires et le fait que la médecine n'est pas une science exacte. Mais, au-delà du caractère anecdotique de quelques cas qui sont relatés ci-après, c'est le problème du codage et de la classification que nous avons voulu souligner .

Voici quelques exemples :

- . le radiologue diagnostique un calcul ; le chirurgien opère et ne trouve rien 1
- . contradictions en chaîne : 1er cardiologue consulté : "Ischémie myocardique" puis néphrologue : "pas d'ischémie myocardique mais oppression neurogène".
Le 2ème cardiologue consulté : "malade non coronarien, mais ischémie sur l'électrocardiogramme" ! Le malade a été tué par son fils, ce qui a empêché l'évolution naturelle de l'histoire médicale ! 1
- Quelques problèmes concernant les catégories socio-professionnelles
Entre la mortalité (chapitre III) et la morbidité (présent chapitre), nous avons changé de convention pour les catégories socio-professionnelles :
 - . nous avons indiqué la catégorie quand elle était connue (et ce, quel que soit l'âge, même après 65 ans) 75
 - . nous avons codé I quand l'inactivité était connue 7
 - . nous avons laissé l'indétermination (?) quand on ne savait rien. 39

En effet, la convention acceptable pour la mortalité ("tout décédé après 65 ans était inactif") n'était plus valable pour les morbidités qui avaient pu commencer pendant la vie active de ces patients.

• Quelques problèmes concernant les catégories socio-professionnelles

Entre la mortalité (chapitre III) et la morbidité (présent chapitre), nous avons changé de convention pour les catégories socio-professionnelles :

- | | <u>Nombre de malades</u> |
|---|--------------------------|
| . nous avons indiqué la catégorie quand elle était connue (et ce, quel que soit l'âge, même après 65 ans) | 75 |
| . nous avons codé I quand l'inactivité était connue | 7 |
| . nous avons laissé l'indétermination (?) quand on ne savait rien. | 39 |

En effet, la convention acceptable pour la mortalité ("tout décédé après 65 ans était inactif") n'était plus valable pour les morbidités qui avaient pu commencer pendant la vie active de ces patients.

• La classification selon le Docteur R.N. BRAUN :

- . les recours au système de santé autres que les cas de maladie ne sont pas référencés dans la nomenclature du Docteur BRAUN (vaccinations, tests de désensibilisation, contraception, contrôles de grossesse ...) ; pourtant ils représentent un nombre non négligeable. Nous les avons codés "999" (code rajouté par nous). Le cas s'est produit 63 fois. 63
- . pour codifier les "cas" selon les critères du Docteur BRAUN, il nous a fallu transcrire sa nomenclature des unités morbides en un index alphabétique (cf. annexe), permettant plus facilement de retrouver nos 2 754 résultats de consultation

• Les cas où les causes sont impossibles à établir :

- nous avons trouvé un malade pour lequel aucune maladie principale n'a pu être dégagée. Comme la dominante est digestive, nous l'avons codé groupe 9 (O.M.S.), dans les affections digestives 1

En fait, pour ce genre de patient, il faudrait inventer un code de maladie principale intitulée "en bonne santé apparente !".

- nombre de malades n'ont pas pu recevoir de causes associées à leur cause principale, soit parce qu'elles étaient bénignes, soit parce qu'elles étaient apparues une seule fois avec un simple signe, ou longtemps avant la maladie principale 24

IV.3. Synthèses chiffrées

Rappelons qu'avant et pendant sa maladie mortelle le "futur défunt" fait partie, parfois depuis de longues années, de la clientèle du médecin généraliste. L'objet du présent chapitre est d'étudier si, du point de vue de sa morbidité courante, la population des morituri se distingue de la clientèle d'ensemble tout venant, du cabinet généraliste moyen et si oui, en quoi .

IV.3.1. Etude des morbidités enregistrées et classées selon les domaines pathologiques de l'O.M.S.

IV.3.1.1. Toutes morbidités enregistrées au fil des années chez les "morituri" : 2 754 cas (ou motifs de consultation) répartis selon les classes OMS et selon les sexes et selon les catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).

IV.3.1.2. Répartition des morbidités principales entre elles à partir de 121 malades répartis par classe pathologique, par sexe et par catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).

IV.3.1.3. Répartition des morbidités associées entre elles : 154 maladies associées (morbidités principales exclues) classées par domaine pathologique, sexe et catégories socio-professionnelles (+ histogrammes).

IV.3.1.4. Principaux co-diagnostic : co-diagnostic classés selon les domaines pathologiques O.M.S. couplés.

IV.3.2. Etude des morbidités enregistrées (chez les morituri) au cours des consultations successives après classement selon les "unités morbides" du Docteur R.N. BRAUN qui représente les cas rencontrés dans la clientèle d'ensemble du généraliste moyen.

IV.3.2.1. Fréquences des morbidités enregistrées : classées selon la liste des unités morbides du Docteur R.N. BRAUN. Etude comparée entre nos morituri et la clientèle généraliste moyenne.

IV.3.2.2. Etudes de l'ensemble des morbidités enregistrées :
classées selon les degrés d'identification du Dr R.N.
BRAUN

- Etude comparée entre nos " morituri " et une clientèle généraliste moyenne.
- Rôle de la médecine spécialisée.

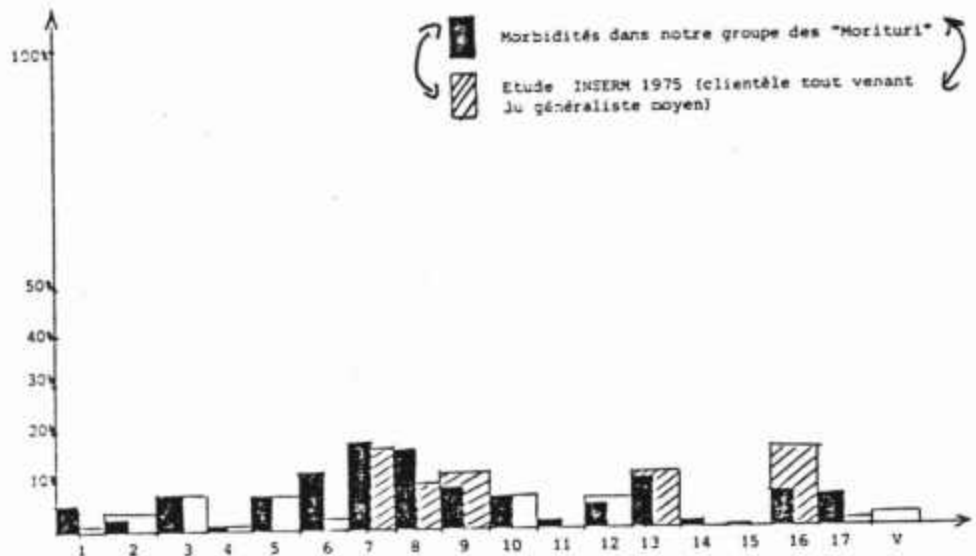
IV.3.1.1. EXEMPLE DES MORBIDITES ENREGISTREES AU FIL DES ANNEES DANS LE GROUPE DES MORITURI REPARTIES SELON LES CLASSES (DOMAINES PATHOLOGIQUES) DE L'O.M.S.

CLASSE PATHOLOGIQUE OMS	SEXE		CATEGORIE S - P							TOTAL NB	EN %
	M	F	PI	O	E	CE	CM	I	?		
1 - Maladies infectieuses et parasitaires	26	8	4	4	15	2	2		7	34	1,2
2 - Tumeurs	74	16	3	36	9	5	9		28	90	3,3
3 - Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	103	78	9	32	65	3			72	181	6,6
4 - Sang et organes hématopoïétiques	12	11		1	8	2			12	23	0,8
5 - Troubles mentaux	80	92	1	84	22	14	6	28	17	172	6,2
6 - Système nerveux et organes des sens	40	35	1	21	25	7	3	10	8	75	2,7
7 - Appareil circulatoire	237	206	14	112	94	27	19	32	145	443	(16,2)
8 - Appareil respiratoire	181	85	11	125	67	21	5	13	24	266	(9,7)
9 - Appareil digestif	189	117	2	120	70	15	4	15	20	306	(11,1)
10 - Organes génito - urinaires	88	68	2	41	41	20	4	8	40	156	5,7
11 - Complications de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches		1						1		1	0
12 - Peau et tissu cellulaire sous cutané	83	63		42	62	9		7	26	146	5,3
13 - Système ostéo articulaire, des muscles du tissu conjonctif	149	159	18	88	89	5	7	31	70	308	(11,1)
14 - Anomalies congénitales		1						1		1	0
14 - Allivitions dans la période périnatal										0	0
16 - Symptômes, signes et états morbides mal définis	279	161	12	150	99	17	22	41	99	440	(16,-)
17 - Lésions traumatiques et empoisonnements	28	21		15	21	1		2	10	49	1,8
V - Facteurs influant sur l'état de santé et des motifs de recours aux services de santé	44	19		44	16		3			63	2,3
TOTAL	1 605	1 149	77	915	703	148	96	187	638	2 754	100,-

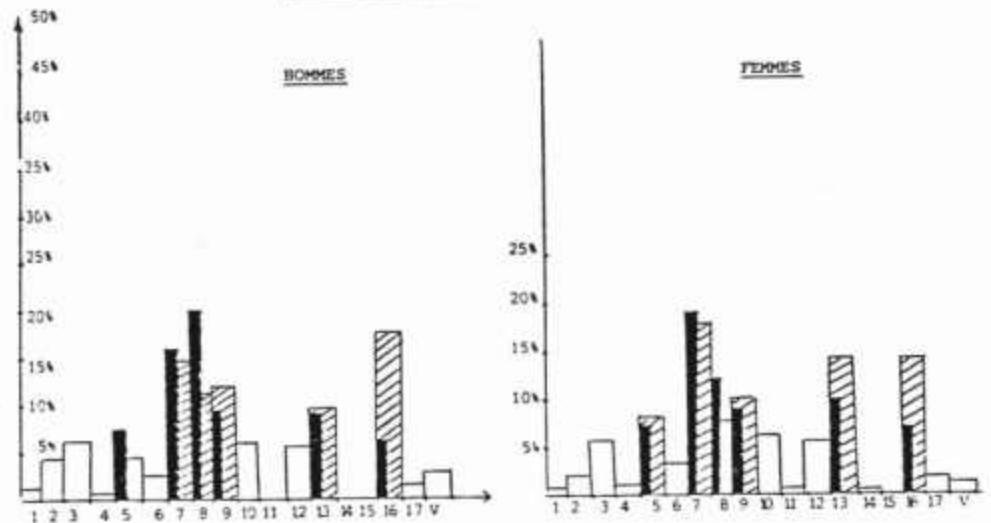
Soit 2 754 consultations

./.

IV.3.1.1. Histogramme : "toutes morbidités enregistrées (2 754 cas)
tous sexes et catégories socio-professionnelles confondus



Toutes morbidités observées (2754 cas) selon le sexe



IV.3.1.1. A propos du classement de tous les cas de morbidités enregistrées au fil des années chez les morituri

On constate, à l'examen de l'histogramme IV.3.1., que :

1 - les cinq premiers motifs de consultation sont les suivants :

7 - appareil circulatoire	16,2 %
16 - troubles mal définis	16 %
13 - système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	11,1 %
9 - appareil digestif	11,1 %
8 - appareil respiratoire	9,7 %

A noter l'importance relative, chez les morituri de la clientèle que nous étudions, des troubles mal définis (signes, symptômes ...) ce qui retire une partie de pertinence à l'interprétation des autres classes pathologiques. En effet, ces signes peuvent se rapporter à n'importe laquelle des pathologies appartenant aux autres classes, mais elles peuvent aussi avoir une autre signification : celle d'une demande diffuse d'écoute, de soutien, adressée au médecin à travers un discours d'aspect médical.

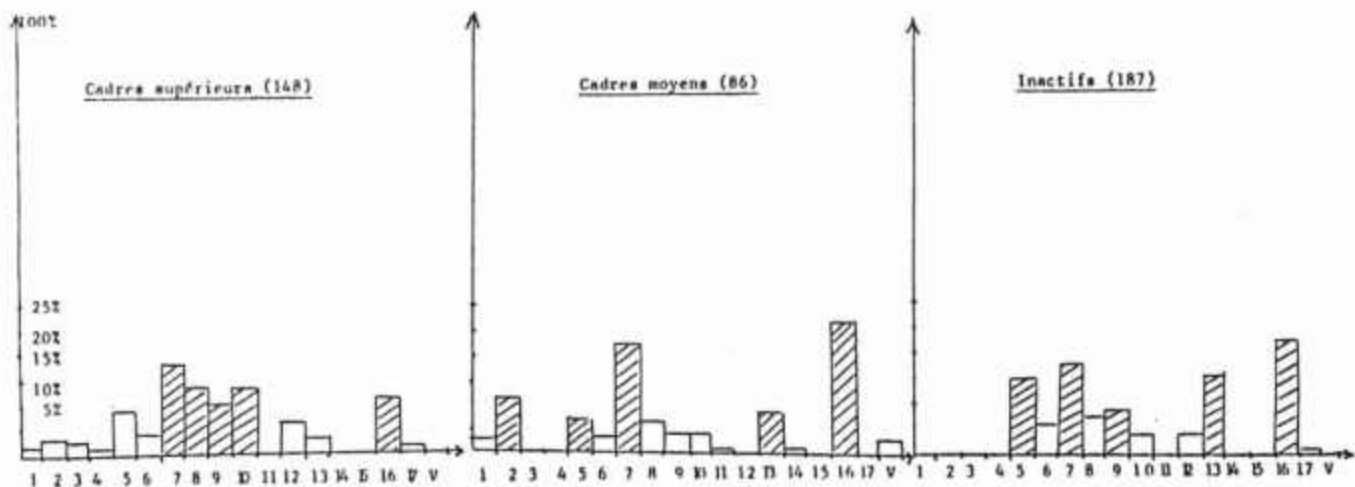
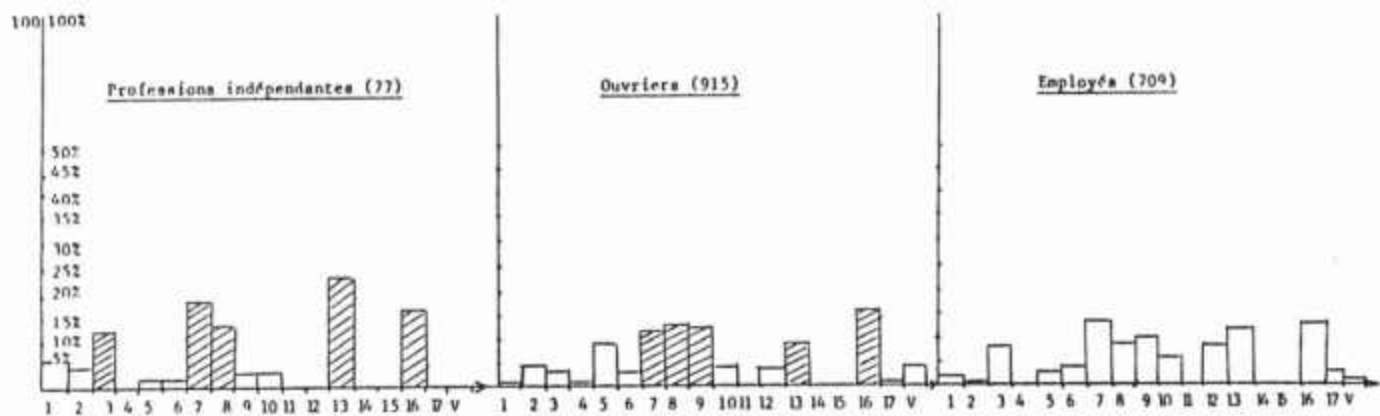
Il s'agit alors d'une catégorie non répertoriée par l'O.M.S. où le médecin serait interpellé, non plus en tant que technicien, mais en tant que "personne disponible".

Par comparaison au rapport INSERM 1975, abstraction faite de cette classe 16 des troubles mal définis, il faut noter la grande ressemblance de nos résultats dans le groupe des "morituri", avec ceux trouvés à l'échelle nationale pour la clientèle tout venant du généraliste moyen, (et ce, non seulement pour les 5 premières causes, mais aussi pour l'ensemble des 17 classes - excepté la classe 8 des maladies respiratoires qui arrive en seconde position dans l'étude nationale avec 16 %, contre 9,7 % dans notre échantillon).

2 - selon les sexes, nous avons noté quelques différences dans le groupe des "morituri" :

- une plus grande apparition de troubles mentaux (5), d'atteintes du système ostéo-articulaire (13) et des affections de l'appareil circulatoire (7) chez la femme;
- dans les deux sexes, l'importance du groupe 16 (troubles mal définis) il pose le problème précédemment évoqué.

IV.3.1.1. Les morbidités enregistrées selon les catégories socio-professionnelles (2 754 cas)



Par comparaison au rapport INSERM 1975 la ressemblance pour ce qui est de la répartition selon les domaines pathologiques entre les "morituri" et la clientèle tout venant des généralistes persiste. L'importance prise chez nos morituri par le groupe 16 des troubles mal définis, notée précédemment, (tous sexes confondus) subsiste aussi.

- 3 - en ce qui concerne les catégories socio-professionnelles de ce groupe de malades :
- quelle que soit la catégorie, le groupe 16 (troubles mal définis) est toujours fortement représenté ;
 - quelle que soit la catégorie aussi, les maladies cardio-vasculaires arrivent en tête, sauf pour les ouvriers où les affections respiratoires et digestives les dépassent ;
 - notons la forte apparition des troubles mentaux (15 %) chez les inactifs, alors qu'ils sont toujours en nombre inférieur à 6 % chez les actifs ;
 - notons aussi la forte proportion des affections ostéo-articulaires chez les professions indépendantes (où elle est la première cause avec 23 %), alors qu'elles se maintiennent à 10 % en moyenne chez les autres ;
 - nous notons une apparition accrue des affections des organes génito-urinaires chez les cadres supérieurs (avec 13 % de fréquence), des troubles endocriniens et métaboliques (12 %) chez les professions indépendantes, et des tumeurs chez les cadres moyens ;
 - enfin, on peut remarquer la similitude, surtout entre les ouvriers et les employés, en ce qui concerne les maladies cardiaques, respiratoires et digestives, alors que les cadres moyens auraient présenté moins de maladies digestives et respiratoires.

La comparaison avec le rapport INSERM 1975 n'est pas possible ici, dans la mesure où seules 2 catégories globales ont été dénombrées et où les inactifs n'y apparaissent pas séparément.

Par ailleurs, notre propre répartition est faussée par le fait que 39 dossiers de malades, sur les 124 étudiés, ne portaient pas la mention de la profession. Parmi eux, ces anciens actifs étaient entrés dans la clientèle, alors qu'ils étaient déjà retraités ce qui, pour le décompte des causes immédiates de mort, nous avait autorisé à les compter parmi les inactifs.

Cette convention ne nous a pas paru pertinente à l'étude de leurs maladies antérieures, dans leur relation avec les professions alors exercées. Cette imprécision, quant à la profession, reste une des limites non résolues de notre enquête rétrospective.

IV.3.1.2. Répartition des causes morbides principales (selon les classes OMS)

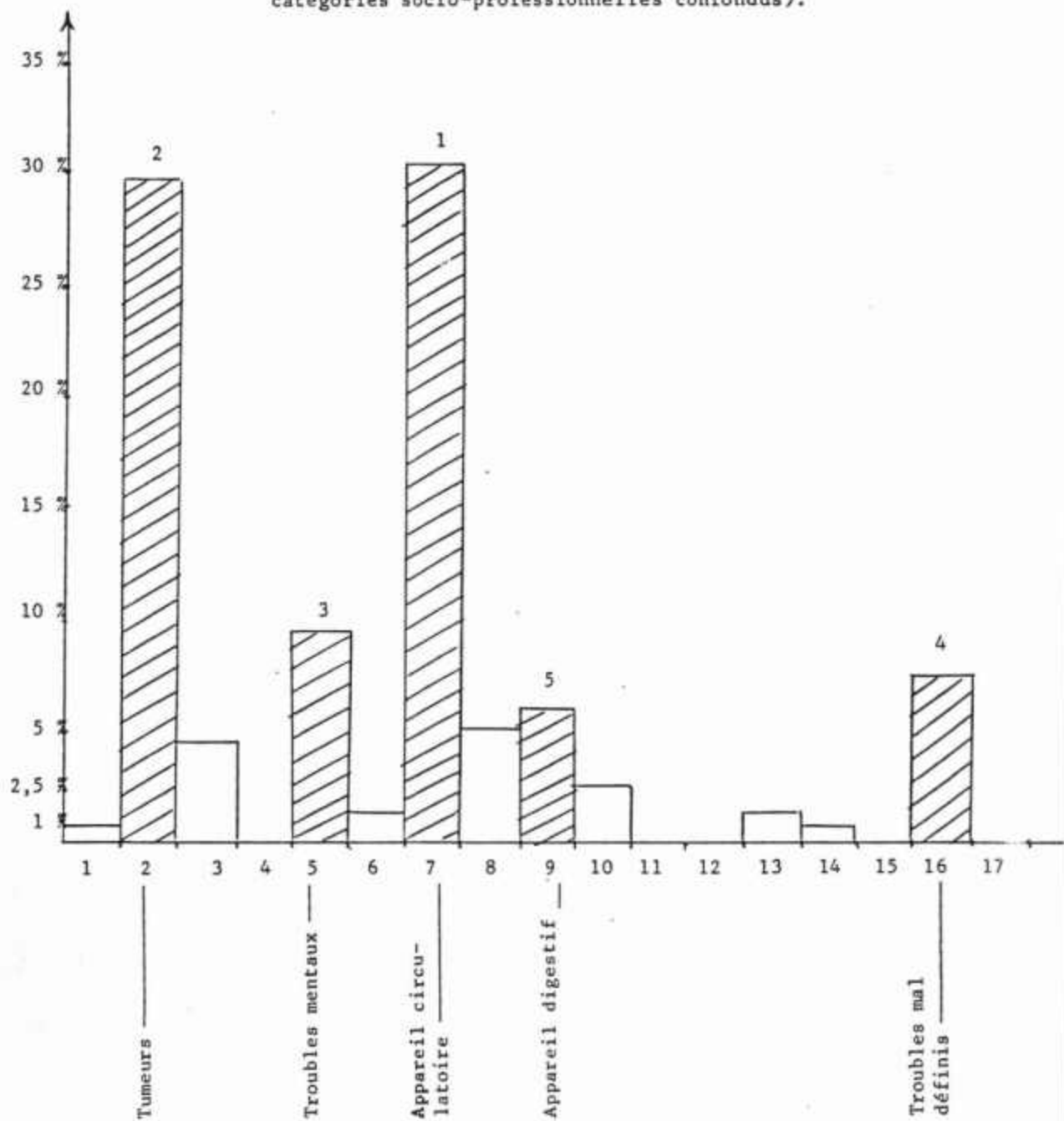
Groupe OMS	Sexe		Catégories 8 - 9							TOTAL	En %
	M	F	PI	O	E	CS	CH	I	T	NB	
1 - Maladies infectieuses et parasitaires	1			1						1	0,8
2 - Cancéres	30	6	2	11	6	2	3		12	36	29,8
3 - Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	2	3		1	2				2	5	4,1
4 - Sang										0	0
5 - Troubles mentaux	6	5		3	1	2	1	2	2	11	9,1
6 - Système nerveux et organes des sens		2							2	2	1,6
7 - Appareil circulatoire	21	16	4	7	5	4	2	2	13	37	30,6
8 - Appareil respiratoire	6			4	1	1				6	5
9 - Appareil digestif	6	2		1	3				4	8	6,6
10 - Organes génito-urinaires	1	2						1	2	3	2,5
11 - Complications de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches										0	0
12 - Prénatal										0	0
13 - Système ostéo-articulaire, des muscles du tissu conjonctif	2		1	1						2	1,6
14 - Anomalies congénitales		1					1			1	0,8
15 - Affections dans la période périnatale										0	0
16 - Symptômes, signes et états morbides mal définis	4	5		3	2			2	2	9	7,4
17 - Lésions traumatiques										0	0
TOTAL	79	42	7	32	20	9	7	7	39	121	100,-

* : Exclus] ayant quitté la clientèle ou étant sortis de la mémoire du Médecin Généraliste.

Cause principale : il s'agit de la maladie qui est considérée comme "potentiellement mortelle" selon le médecin traitant

IV.3.1.2. Histogramme du tableau des causes de morbidités principales enregistrées

(Les causes principales chez 121 "morituri" tous sexes et catégories socio-professionnelles confondus).



IV.3.1.2. A propos du tableau de répartition des causes morbides principales

Les 5 premières causes principales (maladies considérées comme ayant pu entraîner la mort) sont les suivantes dans le groupe des "morituri" :

7 - affections de l'appareil cardio-vasculaire	30 %
2 - tumeurs	29,8 %
5 - troubles mentaux	9,1 %
16 - troubles mal définis	7,4 %
9 - affections de l'appareil digestif	6,6 %

Remarquons que les tumeurs et maladies cardio-vasculaires arrivent, à rang égal, en tête des maladies principales, donc graves parce que potentiellement mortelles, les troubles mentaux prenant la 3ème place.

Rappelons les pourcentages très différents trouvés pour ces mêmes maladies, dans l'ensemble des morbidités enregistrées au fil des années chez les malades ("les morituri") :

7 - affections de l'appareil cardio-vasculaire	16,2 %
2 - tumeurs	3,3 %
5 - troubles mentaux	6,2 %
16 - troubles mal définis	16,2 %
9 - affections de l'appareil digestif	11,1 %

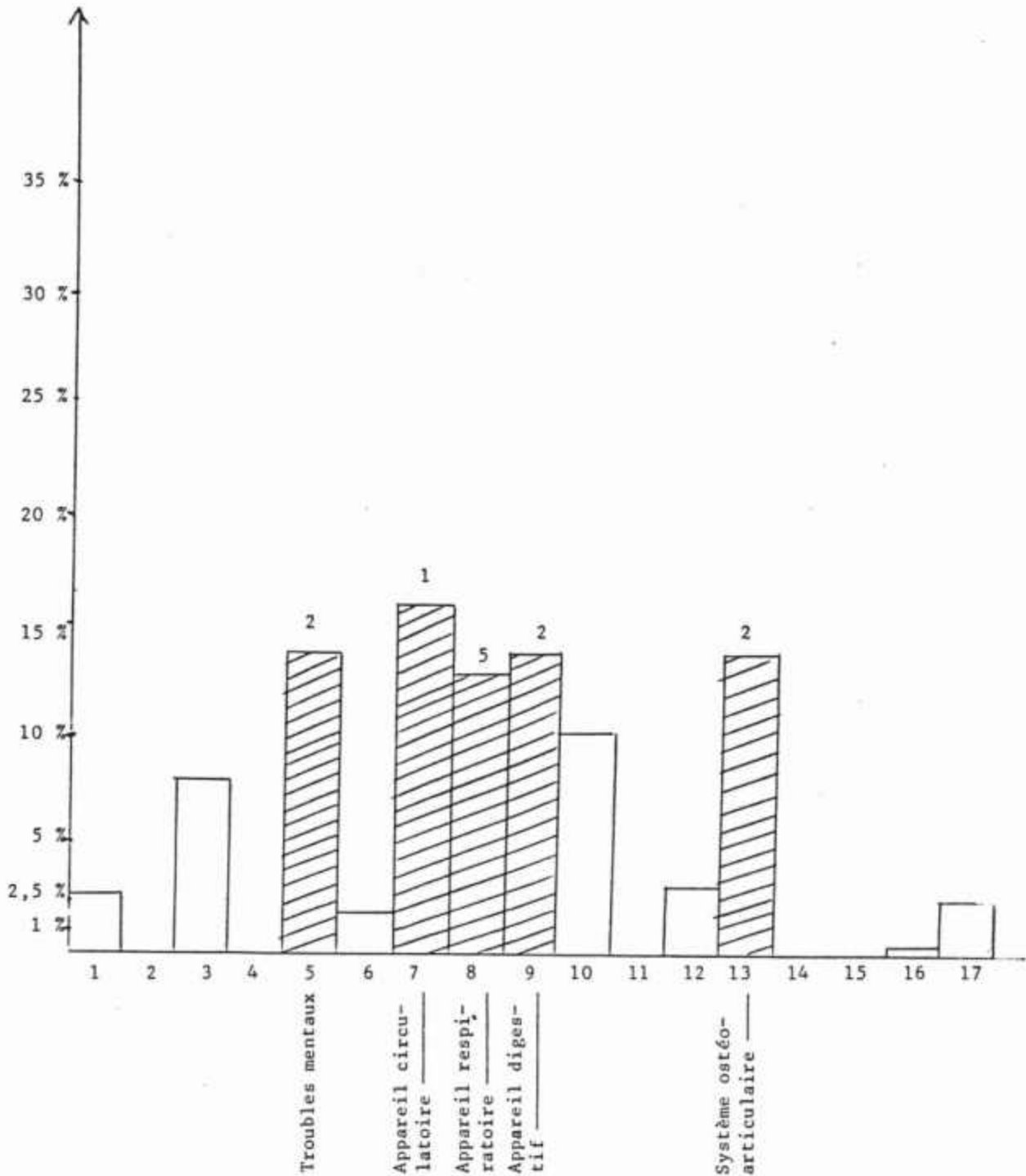
Dans le groupe des morituri de notre généraliste, tout se passe comme si la hiérarchie des maladies mortelles ne recouvre pas l'ordre des fréquences des consultations d'ensemble pour toutes les morbidités confondues. Toutes sortes d'autres motifs de consultation sont l'occasion de rencontres entre le généraliste et le malade au cours des consultations successives.

IV.3.1.3. Classification des causes morbides associées à la maladie principale chez les morituri

Causes associées	Sexe		Catégories S - P							TOTAL	En %	
	M	F	PI	O	E	CS	CM	I	T	NB		
1 - Maladies infectieuses et parasitaires	2	2	1		1					2	4	2,6
2 - Tumeurs												
3 - Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5	6	2	2	1	1				5	11	7,1
4 - Sang												
5 - Troubles mentaux	15	7	1	8	6		3	1	3	22	22	14,2
6 - Système nerveux et organes des sens	3	0			1			2		3	3	1,9
7 - Appareil circulatoire	18	7	2	3	7	3	1	9		25	25	16,1
8 - Appareil respiratoire	14	6	2	7	5	2	1	2	1	20	20	12,9
9 - Appareil digestif	13	9		10	2	1	1	1	7	22	22	14,2
10 - Organes génito - urinaires	13	3		8	4	2	1		3	14	14	10,3
11 - Complications de la grossesse de l'accouchement et des suites de couches												
12 - Peau	4	1		1	1	1			2	5	5	3,2
13 - Système oséo articulaire, des muscles du tissu conjonctif	12	10	2	7	4	1	1	2	5	22	22	14,2
14 - Anomalies congénitales												
15 - Affections dans la période périnatal												
16 - Symptôme, signes et états morbides non définis	1	0		1						1	1	0,6
17 - Lésions traumatiques	1	3		1	2				1	4	4	2,6
TOTAL	101	54	10	48	34	11	8	17	29	155	155	100,-
	***	**	**	**	**	**	*	**	**	***	***	*****

Cause morbide associée : maladie autre que celle qui est réputée avoir pu causer la mort mais suffisamment grave pour pouvoir être mise en parallèle avec la maladie principale comme cause aggravante de la situation

IV.3.1.3. Histogramme des 155 causes associées aux maladies principales tous sexes et catégories socio-professionnelles confondus réparties selon les classes de l'OMS



IV.3.1.3. A propos du tableau : causes morbides associées aux maladies principales chez les morituri

Les 5 premières causes associées sont les suivantes :

7 - affections cardio-vasculaires	16,1 %
5 - troubles mentaux	14,2 %
9 - affections de l'appareil digestif	14,2 %
13 - affections du système ostéo-articulaire	14,2 %
8 - affections de l'appareil respiratoire	12,9 %

Notons la presque disparition du groupe 16 puisque nous avons, par convention, choisi parmi toutes les causes autres que la principale, les états morbides assez définis et sérieux pour pouvoir aggraver notablement la situation.

Nous remarquons surtout une faible dispersion des fréquences des 5 premières causes, puisqu'elles s'échelonnent entre 13 et 16 %, aucune ne se détachant vraiment.

L'apparition des affections génito-urinaires (10) en 6ème place, est aussi à signaler.

En comparaison avec l'étude de l'ensemble des cas de morbidité, présentées au fil des années par les morituri, on remarque, compte tenu du groupe 16, une certaine similitude entre les 2 histogrammes puisque les 5 premières causes associées se retrouvent aussi à très peu d'écart dans l'ensemble des cas de morbidité et à des taux voisins de ceux ci-dessus, ce qui signifie que les causes associées (155 cas) sont représentatives de l'ensemble des morbidités (2 754 motifs de consultation, au contraire des causes principales qui marquent, nous l'avons vu, une forte différence.

On retrouve la remarque faite au paragraphe précédent sur le fait que la maladie mortelle ne représente qu'une partie du soutien médical donné aux "morituri" par le médecin généraliste.

IV.3.1.4. Classification des principaux co-diagnostics chez les morituri

Il s'agit d'une classification selon les 17 domaines pathologiques O.M.S. des couples pour tous les patients :

- (maladie principale, maladie associée 1)
 (maladie principale, maladie associée 2)
 (...)
 (maladie principale, maladie associée n)
 (etc...)

PRINCIPALES \ ASSOCIEES	ASSOCIEES																		
	1 - Infectieux	2 - Tumeurs	3 - Endocrinologie	4 - Sang	5 - Troubles mentaux	6 - Système nerveux	7 - Appareil circulatoire	8 - Appareil respiratoire	9 - Appareil digestif	10 - Appareil génito-urinaire	11 - Grossesse suite de couche	12 - Peau	13 - Ostéo-articulaires	14 - Anomalies congénitales	15 - Périnatales	16 - Mal définis	17 - Traumatiques	TOTAL	
1 - Infectieux																			0
2 - Tumeurs	2 1,3		2 1,3		10 6,5	2 1,3	7 4,5	6 3,9	4 2,6	3 1,9		1 0,6	5 3,2					1 0,6	43
3 - Endocrinologie							3 1,9	1 0,6	2 1,3			1 0,6	1 0,6						8
4 - Sang																			0
5 - Troubles mentaux						1 0,6	2 1,3	3 1,9	5 3,2	1 0,6		1 0,6	4 2,6				1 0,6	1 0,6	19
6 - Système nerveux																			1
7 - Appareil circulatoire	2 1,3		7 4,5		9 5,8		5 3,2	6 3,9	6 3,9	3 1,9		1 0,6	7 4,5					1 0,6	47
8 - Appareil respiratoire					1 0,6		3 1,9		1 0,6	5 3,2			1 0,6						11
9 - Appareil digestif							4 2,6	1 0,6	1 0,6	2 1,3		1 0,6	1 0,6						10
10 - Appareil génito-urinaire					1 0,6			1 0,6	1 0,6	1 0,6									4
11 - Grossesse suite de couche																			0
12 - Peau																			0
13 - Ostéo-articulaires			2 1,3				1 0,6												3
14 - Anomalies congénitales					1 0,6														1
15 - Périnatales																			0
16 - Mal définis								2 1,3	2 1,3	1 0,6			2 1,3					1 0,6	8
17 - Traumatiques																			0
TOTAL	4	0	11	0	22	3	25	20	22	16	0	5	22	0	0	1	4		85

EXEMPLE DE LECTURE :

2 1,3

2 tumeurs sont des maladies infectieuses associées (qui représentent 1,3 de toutes les maladies associées à une maladie principale).

IV.3.1.4. A propos du tableau des co-diagnostic chez les morituri

- Il apparaît que les tumeurs sont très souvent associées à d'autres causes (43 cas sur 155) et principalement avec les troubles mentaux, ce qui représente d'ailleurs le premier co-diagnostic (fréquence : 6,5 %) : en effet, les troubles mentaux précèdent souvent le cancer dans le groupe des morituri que nous avons étudié.

Les tumeurs sont aussi associées avec les troubles cardio-vasculaires, les troubles respiratoires et les maladies de l'appareil digestif : "la tumeur se greffe sur un organisme qui peut être malade par ailleurs".

L'inverse ne se produit jamais, aucune maladie principale n'étant associée avec une tumeur : "la tumeur devient toujours la maladie principale".

- les troubles mentaux s'associent plus volontiers avec les troubles digestifs (3,2 %) et les maladies ostéo-articulaires (2,6 %) qu'avec les troubles respiratoires, circulatoires ou autres (< 1,9 %).
- ce sont les maladies cardio-vasculaires qui s'associent le plus souvent (47 cas sur 155) avec des maladies aussi variées que les troubles mentaux (5,8 %), les affections ostéo-articulaires et les affections endocriniennes (4,5 %), les troubles respiratoires et les troubles digestifs (3,2 %), etc... ce qui peut paraître normal puisqu'il s'agit en majorité de malades âgés.

IV.3.2. Etude des morbidités observées dans la population des morituri par classement selon la liste de la répartition régulière des cas (les unités morbides) du Docteur R.N. BRAUN

Rappelons que les travaux passés et actuels du Docteur R.N. BRAUN tendent à montrer l'homogénéité de la morbidité à laquelle fait face le médecin généraliste moyen, dans les pays de situation socio-culturelle comparable.

Après avoir comparé la morbidité de nos morituri à celle que rencontrent les généralistes français dans l'ensemble de leur clientèle, selon la classification de l'O.M.S. utilisée par le rapport INSERM 1975, nous répétons cette comparaison par rapport à l'ensemble de la clientèle du Docteur R.N. BRAUN, selon les critères de fréquence et de vocabulaire de sa nomenclature.

IV.3.2.1. Fréquences des morbidités enregistrées, classées selon la liste des unités morbides du Docteur R.N. BRAUN.

Etude comparée entre nos morituri et la clientèle généraliste moyenne.

- Description de la liste synthétique :

La partie gauche du tableau donne les fréquences en ‰ des cas enregistrés dans notre population de "morituri", rangés selon la fréquence et le vocabulaire du Docteur R.N. BRAUN.

La partie droite du tableau reprend la même liste, mais classée dans l'ordre de nos propres fréquences décroissantes.

La colonne du milieu rappelle, en référence, les fréquences dans la répartition régulière des cas par le Docteur R.N. BRAUN (toutes les "unités morbides" trouvées par ce médecin en 5 années d'activité suivie en ‰ des cas rencontrés dans sa clientèle générale).

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN				Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences					
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri			Degré d'identification	Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences	Fréquences			Nbre	Morbidités		
1	Fièvre	0	0		80,41	A B C Ce D De	76,3	210	Autres troubles	307
2	Myalgies	6	2,2	A	46,35	A C De	51,6	142	Diabète sucré	144
3	Toux	11	4	A	25,17	A B C Ce D De	47,9	132	Arthropathies, périarthropathies	12
4	Plaies cutanées isolées	2	0,7	Ce	24,55	Ce De	40,7	112	Hypertension compensée et décompensée	18
5	Vomissements et diarrhées	24	8,7	A B C	19,15	A B C Ce D De	36,7	101	Néoplasme malin (excepté au niveau de la peau)	103
6	Contusions	1	0,3	C	17,31	A C Ce De	32,7	90	Douleurs précordiales	27
7	Abcès (non spécifiques)	2	0,7	C Ce	15,96	A C Ce	33	91	Lombalgies	13
8	Eczéma	39	14,2	C D	15,47	A B C D	29	80	Névrose d'angoisse	273
9	Angines tonsillaires	10	3,6	C Ce	15,47	A B C Ce D De	24	66	Autres abdominopathies	16
10	Céphalées	7	2,5	A	15,35	A B C Ce D De	23,2	64	Epuisements nerveux (dépression nerveuse)	257
11	Otites moyennes aiguës	4	1,5	C	14,12		22,9	63	Autres recours au système de santé	999
12	Arthropathies, périarthropathies	132	47,9	A B C Ce D De	13,63	A B D De	19,6	54	Insuffisance cardiaque chronique	31
13	Lombalgies	91	33	A C Ce	13,26	A B C	19,2	53	Bronchite aiguë	56
14	Conjonctivites (non spécifiques)	2	0,7	C D	12,77	C D De	18,5	51	Infarctus du myocarde	180

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
15	Névralgies	16	5,8	A C De	12,03	A B Ce	16,7	46	Douleurs épigastriques	28
16	Autres abdominopathies	66	24	A B D Ce D De	11,60	A B	16,7	46	Faiblesse générale abattement	128
17	Troubles polymorphes d'origine vraisemblablement non organique	0	0		10,93	C Ce D De	15,3	42	Emphysème	138
18	Hypertension compensée et décompensée	112	40,7	Ce De	10,80	C D	14,2	39	Eczéma	8
19	Infection locale odontogène	0	0		8,96	A B C Ce De	13,8	38	Cystite	117
20	Pharyngites	2	0,7	C D	8,72	A C Ce D De	13,8	38	Athérome	161
21	Constipation	16	5,8	A B	8,35	A B C D	13,4	37	Spasmes abdominaux	39
22	Impétigo contagieux	0	0		8,23	Ce D	13,4	37	Alcoolisme	146
23	Etat avec fièvre non caractéristique	15	5,4	B C	8,10	C D	12,7	35	Polyarthrite primaire chronique	55
24	Troubles polymorphes traitement de courte durée (réactions générales afebriles)	0	0		8,10	A B C D De	12,7	35	Insuffisance circulatoire	247
25	Lésions légères multiples avec ou sans plaies cutanées	0	0		8,10	A B C Ce D De	11,3	31	Tableaux de pneumonie	38
26	Vertiges	20	7,3	A B De	7,98	A B C D De	9,4	26	Cirrhose du foie	234

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
27	Douleurs précordiales	90	32,7	A C Ce De	7,61	A B C	8,7	24	Vomissements et diarrhées	5
28	Douleurs épigastriques	46	16,7	A B Ce	7,49	A B C D De	8,7	24	Cholécystopathie	51
29	Catarrhes des voies respiratoires combinées dans les différents secteurs	7	2,5	B C Ce	7,37	A B C D De	8,7	24	Marasmes, artériosclérose généralisée	101
30	Panaris	0	0		7,37	A	8,4	23	Insomnies	142
31	Insuffisance cardiaque chronique	54	19,6	A B D De	7,12	A B Ce D	8,4	23	Hyperhydrose localisée	207
32	Tableaux d'appendicite	2	0,7	B D	7	C D	8	22	Asthme bronchique	44
33	Furoncles (non spécifiques)	8	2,9	C	6,75	C D De	7,6	21	Tableaux de thrombophlébite	46
34	Tableaux de coqueluche	0	0		6,62	A B C De	7,6	21	Dyspnée	67
35	Blessures infectées	0	0		6,14	A B De	7,3	20	Vertiges	26
36	Dyspepsie chez les nourissons	0	0		5,89	C	6,9	19	Ulcère de jambe	66
37	Ulcères peptiques	5	1,8	A C De	5,89	A B	6,9	19	Palpitations	135
38	Tableaux de pneumonie	31	11,3	A B C Ce D De	5,89	A C Ce D De	6,9	19	Hypertrophie de la prostate	199
39	Spasmes abdominaux	37	13,4	A B C D	5,77	A B C Ce	6,5	18	Evanouissements	228
40	Tableaux d'une fracture des côtes	3	1,1	A Ce	5,77	A B	6,2	17	Anorexie	143

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN				Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences					
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri			Degré d'identification	Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences	Fréquences			Nbre	Morbidités		
41	Cerumen	0	0		5,77	A C De	5,8	16	Névralgies	15
42	Autres fractures & fractures multiples	14	5,1	A B Ce De	5,40	A B	5,8	16	Constipation	21
43	Cheirobrachialgies parathésiques	0	0		5,28	A C De	5,8	16	Dermite aiguë	58
44	Asthme bronchique	22	8	C D	4,91	C De	5,8	16	Hémorroïdes	134
45	Hernie inguinale	7	2,5	Ce	4,91	A B	5,8	16	Névrosisme	145
46	Tableaux de thrombophlébite	21	7,6	C D De	4,91	B C	5,4	15	Etat de fièvre non caractéristique	23
47	Rhinite	3	1,1	C	4,66	C D	5,4	15	Laryngites	85
48	Furonculose	0	0		4,66	A D	5,4	15	Tachycardie	107
49	Aptose	1	0,3	C	4,66	A B Ce De	5,1	14	Autres fractures et fractures multiples	42
50	Tableaux d'un cataracte tubaire	0	0		4,54	C Ce	5,1	14	Teigne tondante & autres dermatomycoses	74
51	Cholésystopathie	24	8,7	A B C D De	4,54	A	5,1	14	Parathésies	96
52	Gerçures et crevasses des mains	0	0		4,54	A B C Ce D	5,1	14	Hépatite (épidémique)	106
53	Foules du pied	1	0,3	C	4,30	A B	5,1	14	Pollakiurie	110
54	Orgelet	1	0,3	C	4,30	C D De	4,7	13	Cardiopathies polymorphes	132
55	Polyarthrite primaire chronique	35	12,7	C D	4,22	C Ce	4,3	12	Pyodermite	63

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN				Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences					
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri			Degré d'identification	Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences	Fréquences			Nbre	Morbidités		
56	Bronchite aiguë	53	19,2	A B C	4,22	B Ce D De	4,3	12	Cholélithiase	77
57	Excoriation	0	0		4,17	C	4,3	12	Hydrocèle testiculaire	283
58	Dermite aiguë	16	5,8	A C De	4,17	A	4	11	Toux	3
59	Tableaux d'une sinusite frontale	5	1,8	C D	4,05	C	4	11	Urticair	75
60	Corps étranger sous conjonctival	0	0		4,05	A	4	11	Amaigrissement	116
61	Varicelle	0	0		4,05	C D	4	11	Autres spasmes ou convulsions	174
62	Apoplexie, encéphalomalacie	2	0,7	A D	4,05	A B C Ce D De	4	11	Intoxications médicamenteuses	279
63	Pyodermite	12	4,3	C Ce	3,93	C Ce	3,6	10	Angine tonsillaire	9
64	Muscles froissés rupture d'un muscle	0	0		3,93	A Ce D	3,6	10	Augmentation pondérale, adiposité	133
65	Piqûres d'insectes	0	0		3,93	B Ce	3,6	10	Anémie pernicieuse même compensée	167
66	Ulcère de jambe	19	6,9	C	3,93	C Ce De	3,6	10	Hernie épigastrique	204
67	Dyspnée	21	7,6	A B C De	3,93	A B	3,6	10	Météorisme	219
68	Blessures par morsures	1	0,3	Ce	3,81	C D	3,3	9	Tableaux de névrites	80
69	Epitaxis	4	1,5	A D	3,81	A B	3,3	9	Dysménorrhée et autres anomalies de la menstruation	90
70	Goître endémique	0	0		3,81	A	3,3	9	Pyrosis, hyperacidité	97

./.

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences		Fréquences		Nbre	Morbidités		
71	Arthrose déformante	3	1,1	A Ce De	3,68	Ce	3,3	9	Troubles par affaissement de la voûte plantaire (pieds plats)	295
72	Strophulus à forme d'urticaire	0	0		3,68	C	2,9	8	Furoncles (non spécifiques)	33
73	Varices	5	1,8	C Ce De	3,56	A	2,5	7	Céphalées	10
74	Teigne tondante & autres dermato-mycoses	14	5,1	C Ce	3,56	B C Ce	2,5	7	Catarrhes des voies respiratoires combinées dans les différents secteurs	29
75	Urticaire	11	4	C	3,44	Ce	2,5	7	Hernie inguinale	45
76	Dermato-mycose interdigitale	5	1,8	C D	3,44	C	2,5	7	Zona	105
77	Cholélithiase	12	4,3	B Ce D De	3,32	A B	2,5	7	Sang dans les crachats	136
78	Maux de gorge	0	0		3,31	A C Ce De	2,5	7	Arythmie complète, autres lésions myocardiaques graves de nature dégénérative	163
79	Hématomes	5	1,8	A C Ce De	3,31	B C	2,5	7	Néphrolithiase	188
80	Tableaux de névrites	9	3,3	C D	3,19	A	2,5	7	Bouffées congestives	212
81	Rubéole	0	0		3,19	C	2,5	7	Abcès odontogène au niveau de la joue	242
82	Prolapsus utérin prolapsus vaginal	3	1,1	C D	3,19	B C D	2,5	7	Orchite épидидymite	286

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
83	Brûlures	4	1,5	Ce	3,07	A	2,2	6	Myalgies	2
84	Oreillons	0	0		3,07	C D De	2,2	6	Troubles ménopausiques	131
85	Laryngites	15	5,4	C D	2,95	C	2,2	6	Rhinopharyngite	181
86	Phlegmon	0	0		2,95	Ce D De	2,2	6	Tuberculose pulmonaire	186
87	Corps étranger de la cornée	0	0		2,95	C	2,2	6	Parkinsonisme	213
88	Monoarthropathie avec épanchement	3	1,1	A B	2,82	A C De	1,8	5	Ulcères peptiques	37
89	Conjonctivite consécutive à la présence d'un corps étranger	0	0		2,82	C D	1,8	5	Tableau d'une sinusite frontale	59
90	Dysménorrhée et autres anomalies de la menstruation	9	3,3	A B	2,82	C Ce De	1,8	5	Varices	73
91	Rougeole	0	0		2,32	C D	1,8	5	Dermato-mycose interdigitale	76
92	Verrues	3	1,1	C	2,82	A C Ce De	1,8	5	Hématomes	79
93	Otalgie	0	0		2,70	C D De	1,8	5	Erosion de la partie intra-vaginale du col utérin, cervicite	137
94	Commotions avec blessures minimales secondaires	0	0		2,70	C D De	1,8	5	Insuffisance cardiaque aigüe	147
95	Autres néoplasmes bénins des mains	0	0		2,70	B	1,8	5	Hyperhydrose générale	187
96	Parathésies	14	5,1	A	2,70	A D	1,8	5	Dysurie	190

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
97	Pyrosis, hyperacidité	9	3,3	A	2,70	A	1,8	5	Crampes des membres inférieurs	198
98	Polyménorrhée, endométrite	0	0		2,58	C D De	1,8	5	Epithéliome de la peau	206
99	Bronchite asthmatique	3	1,1	C De	2,58	C D De	1,8	5	Cataracte ordinaire	218
100	Lymphomatose	0	0		2,58	C Ce	1,8	5	Sinusite maxillaire	270
101	Marasme, artériosclérose généralisée	24	8,7	A B C D De	2,58	C	1,5	4	Otitites moyennes aiguës	11
102	Maux perforants	0	0		2,46	A D	1,5	4	Epistaxis	69
103	Néoplasmes malins (excepté au niveau de la peau)	101	36,7	A B C Ce D De	2,46	Ce	1,5	4	Brûlures	83
104	Cors	0	0		2,46	C	1,5	4	Lémosynovite	155
105	Zona	7	2,5	C	2,46	C	1,5	4	Dermatose de caractère indéterminé	166
106	Hépatite (épidémique)	14	5,1	A B C Ce D	2,46	C	1,5	4	Stomatite	175
107	Tachycardie	15	5,4	A D	2,45	C Ce	1,5	4	Achylie gastrique	262
108	Engelures	0	0		2,33	A C	1,5	4	Fissura ani	277
109	Herpès simplex	0	0		2,33	C Ce D	1,5	4	Endocardite	306
110	Pollakiurie	14	5,1	A B	2,33	A Ce	1,1	3	Tableaux d'une fracture des côtes	40
111	Troubles consécutifs aux pieds plats	0	0		2,21	C	1,1	3	Rhinite	47
112	Troubles se présentant par accès	0	0		2,21	A Ce De	1,1	3	Arthrose déformante	71

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN				Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences					
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri			Degré d'identification	Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
113	Phlegmons périton-sillaires	0	0		2,09	C D	1,1	3	Prolapsus utérin, prolapsus vaginal	82
114	Oxyurose	0	0		2,09	C	1,1	3	Monoarthropathie avec épanchement	88
115	Epilepsie	0	0		2,09	C	1,1	3	Verrues	92
116	Amaigrissement	11	4	A	2,09	C De	1,1	3	Bronchite asthmatique	99
117	Cystite	38	13,8	A B C Ce De	1,97	A	1,1	3	Ganglions	130
118	Paronychie (panaris)	0	0		1,96	C D	1,1	3	Gingivite	164
119	Autres foulures	1	0,3	C	1,96	D De	1,1	3	Insuffisance cardiaque décompensée	209
120	Corps étrangers sous-cutanés et sous-unguéal	0	0		1,96	C	1,1	3	Psychose chronique	216
121	Hernie ombilicale	2	0,7	Ce	1,96	Ce	1,1	3	Anémie hypochrome	230
122	Oedème des pieds	0	0		1,96	De	1,1	3	Tuberculose (excepté des poumons)	297
123	Epicondylite de l'humérus	0	0		1,96	Ce	0,7	2	Plaies cutanées isolées	4
124	Otite externe furon-culeuse	0	0		1,84	C Ce	0,7	2	Abcès (non spécifiques)	7
125	Fractures isolées des doigts	1	0,3	De	1,84	C D	0,7	2	Conjonctivites (non spécifiques)	14
126	Conduite d'un accou-chement	0	0		1,84	C D	0,7	2	Pharyngites	20

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Horbidités	
127	Leucorrhée	2	0,7	B Ce	1,84	B D	0,7	2	Tableaux d'appendicite	32
128	Faiblesse générale abatement	46	16,7	A D	1,84	A D	0,7	2	Apoplexie, encéphalomalacie	62
129	Hypoménorrhée, aménorrhée	1	0,3	A	1,72	Ce	0,7	2	Hernie ombilicale	121
130	Ganglions	3	1,1	A	1,72	B Ce	0,7	2	Leucorrhée	127
131	Troubles ménopausiques	6	2,2	C	1,72	C	0,7	2	Entorse du genou	140
132	Cardiopathies polymorphes	13	4,7	C D De	1,72	De	0,7	2	Fracture isolée de la clavicule	158
133	Augmentation pondérale, adiposité	10	3,6	A Ce D	1,72	C	0,7	2	Angulus infectiosus	165
134	Hémorroïdes	16	5,8	C De	1,72	A	0,7	2	Prurit ano-génital	173
135	Palpitations	19	6,9	A B	1,72	C	0,7	2	Section des tendons	179
136	Sang dans les crachats	7	2,5	A B	1,72	A	0,7	2	Bourdonnements d'oreilles, acouphènes	201
137	Erosion de la partie intra-vaginale du col utérin, cervicite	5	1,8	C D De	1,72	Ce	0,7	2	Pyocystite	203
138	Emphysème	42	15,3	C Ce D De	1,72	D De	0,7	2	Autres hyperkératoses	220
139	Lésions internes combinées graves avec ou sans fractures, soit commotions	0	0		1,60	A D	0,7	2	Myome utérin	225
140	Entorses du genou	2	0,7	C	1,60	D De	0,7	2	Suppuration d'une fistule	243

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences				
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
141	Eczéma dishidrotique	0	0		1,60	D De	0,7	2	Annexite chronique	252
142	Insomnies	23	8,3	A	1,60	C	0,7	2	Muguet	252
143	Anorexie	17	6,2	A B	1,60	A	0,7	2	Exanthème de nature mal caractérisée	275
144	Diabète sucré	142	51,6	A C De	1,60	C Ce	0,7	2	Néphrite aiguë	285
145	Nervosisme	16	5,8	A B	1,60	C	0,3	1	Contusions	6
146	Alcoolisme	37	13,4	Ce D	1,60	C	0,3	1	Aphose	49
147	Insuffisance cardiaque aiguë	5	1,8	C D De	1,48	C	0,3	1	Foulures du pied	53
148	Acné vulgaire	0	0		1,47	C	0,3	1	Orgelet	54
149	Hidroadénite axillaire	0	0		1,47	Ce	0,3	1	Blessures par morsures	68
150	Commotion isolée	0	0		1,47	C	0,3	1	Autres foulures	119
151	Lipome	0	0		1,47	De	0,3	1	Fractures isolées des doigts	125
152	Troubles après cholécystectomie	0	0		1,47	A	0,3	1	Hypoménorrhée, aménorrhée	129
153	Craniotabès rachitique	0	0		1,47	De	0,3	1	Fausse couche	154
154	Fausse couche	1	0,3	De	1,47	A	0,3	1	Mastite, engorgement lacté	169
155	Ténosynovite	4	1,5	C	1,47	A	0,3	1	Autres troubles statiques	172
156	Hémorragie veineuse	0	0		1,47	C	0,3	1	Intertrigo	182

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN				Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences					
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri			Degré d'identification	Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)			N° ordre Dr BRAUN
		Nbre	Fréquences				Fréquences	Nbre	Morbidités	
157	Lymphadénite aiguë	0	0		1,35	Ce	0,3	1	Diverses blessures légères	191
158	Fracture isolée de la clavicule	2	0,7	De	1,35	C	0,3	1	Incarcération herniaire	195
159	Seborrhée	0	0		1,35	D	0,3	1	Kératite, kérato-conjonctivite	214
160	Expulsion retardée ou rétention du placenta	0	0		1,35	D	0,3	1	Migraines	246
161	Athérome	38	13,8	A C Ce D De	1,35	C	0,3	1	Oedème de Quincke	260
162	Corps étrangers de tous les orifices corporels (excepté des yeux)	0	0		1,35	C	0,3	1	Balanite	263
163	Arythmie complète autres lésions myocardiques graves de nature dégénérative	7	2,5	A C Ce De	1,35	A	0,3	1	Nausées	271
164	Gingivite	3	1,1	C D	1,35	C	0,3	1	Naevus	272
165	Angulus infectiosus	2	0,7	C	1,35	A	0,3	1	Annexite aiguë (salpingo ovarite aiguë)	274
166	Dermatose de caractère indéterminé	4	1,5	C	1,35	De	0,3	1	Blépharite	292
167	Anémie pernicieuse même compensée	10	3,6	B Ce	1,35	C	0,3	1	Polype du col	296
168	Suralimentation	0	0		1,35	C	0,3	1	Urétrite non spécifique	303

Les unités morbides et leurs fréquences classées selon le vocabulaire et l'ordre des fréquences du Dr. BRAUN					Fréquences chez le Dr. BRAUN (décroissantes)	Les unités morbides rangées selon le vocabulaire du Dr. BRAUN et l'ordre de nos fréquences			
N° ordre Dr BRAUN	Les "unités morbides" du Dr BRAUN	Chez nos morituri		Degré d'identification		Degré d'identification	(Unités morbides chez nos morituri)		
		Nbre	Fréquences		Fréquences		Nbre	Morbidités	
169	Mastite, engorgement lacté	1	0,3	A	1,23				
170	Otite externe	0	0		1,23				

N° ordre Dr BRAUN	Morbidités	Nbre	Fréquences	Cas	Fréquences Dr BRAUN
171	Polyarthrite aiguë	0	0		1,23
172	Autres troubles statiques	1	0,3	A	1,23
173	Prurit ano-génital	2	0,7	A	1,23
174	Autres spasmes ou convulsions	11	4	C D	1,12
175	Stomatite	4	1,5	C	1,23
176	Bursite aiguë	0	0		1,23
177	Psychoses aiguës	0	0		1,23
178	Cheilite, lèvres gercées	0	0		1,23
179	Section des tendons	2	0,7	C	1,11
180	Infarctus du myocarde	51	18,5	C D De	1,11
181	Rhino-pharyngite	6	2,2	C	1,10
182	Intertrigo	1	0,3	C	1,10
183	Conjonctivite phlycténulaire	0	0		1,10
184	Déchirure périnéale	0	0		1,10
185	Néoplasme bénin du sein	0	0		1,10
186	Tuberculose pulmonaire	6	2,2	Ce D De	1,10
187	Hyperhydrose générale	5	1,8	B	1,10
188	Néphrolithiase	7	2,5	B C	1,10
189	Ulcère de la cornée	0	0		1,10
190	Dysurie	5	1,8	A D	1,10
191	Diverses blessures légères	1	0,3	Ce	0,98
192	Autres luxations	0	0		0,98
193	Vomissements	0	0		0,98
194	Hémangiome	0	0		0,98
195	Incarcération herniaire	1	0,3	C	0,98
196	Prurit généralisée	0	0		0,98
197	Erysipèle	0	0		0,98
198	Crampes des membres inférieurs	5	1,8	A	0,98
199	Hypertrophie de la prostate	19	6,9	A C Ce D De	0,98
200	Vulvite, vaginite	0	0		0,98
201	Bourdonnements d'oreilles, acou- phène	2	0,7	A	0,98
202	Fracture radiale typique	0	0		0,86
203	Pyelo-cystite	2	0,7	Ce	0,86

N° ordre Dr BRAUN	Morbidités	Nbre	Fréquences	Cas	Fréquences Dr BRAUN
204	Hernie épigastrique	10	3,6	C Ce	0,86
205	Pityriasis versicolor	0	0	De	0,86
206	Epithéliome de la peau	5	1,6	C D De	0,96
207	Hyperhydrose localisée	23	8,4	A B Ce D	0,86
208	Insuffisance cardiaque compensée	0	0		0,86
209	Insuffisance cardiaque décompensée	3	1,1	D De	0,86
210	Globe	0	0		0,86
211	Autres lésions par le froid	0	0		0,86
212	Bouffées congestives	7	2,5	A	0,86
213	Parkinsonisme	6	2,2	C	0,86
214	Kératite, kérato-conjonctivite	1	0,3	D	0,86
215	Enurésie nocturne	0	0		0,86
216	Psychoses chroniques	3	1,1	C	0,86
217	Chalazion	0	0		0,86
218	Cataracte ordinaire	5	1,8	C D De	0,86
219	Météorisme	10	3,6	A B	0,86
220	Autres hyperkératoses	2	0,7	D De	0,86
221	Myalgies exogènes	0	0		0,74
222	Ongle incarné	0	0		0,74
223	Folliculite	0	0		0,74
224	Enflures pyogènes et infiltrations d'origine mal définie	0	0		0,74
225	Myome utérin	2	0,7	A D	0,74
226	Hypertrophie tonsillaire	0	0		0,74
227	Sensation de brûlure de la langue	0	0		0,74
228	Evanouissements	18	6,5	A B C Ce	0,74
229	Scarlatine	0	0		0,74
230	Anémies hypochromes	3	1,1	Ce	0,74
231	Anomalies posturales	0	0		0,74
232	Tics	0	0		0,74
233	Cicatrices (cutanées) douloureuses	0	0		0,74
234	Cirrhose du foie	26	9,4	A B C D De	0,74
235	Réactions fébriles après vaccin	0	0		0,74

N° ordre Dr BRAUN	Morbidités	Nbre	Fréquences	Cas	Fréquences Dr BRAUN
236	Otorrhée récidivante chronique	0	0		0,73
237	Paramétrite, périmétrite	0	0		0,62
238	Faiblesse musculaire localisée	0	0		0,62
239	Faux croup	0	0		0,61
240	Myalgies fébriles	0	0		0,61
241	Anthrax	0	0		0,61
242	Abcès odontogène au niveau de la joue	7	2,5	C	0,61
243	Suppuration d'une fistule	2	0,7	D De	0,61
244	Hémathrose	0	0		0,61
245	Dermatite ano-génitale	0	0		0,61
246	Migraines	1	0,3	D	0,61
247	Insuffisance circulatoire	35	12,7	A B C D De	0,61
248	Pyélite	0	0		0,61
249	Tarsalgie	0	0		0,61
250	Tumeurs bénignes des annexes	0	0		0,61
251	Paragueusie	0	0		0,61
252	Annexite chronique	2	0,7		0,61
253	Otosclérose	0	0		0,61
254	Glossite	0	0		0,61
255	Hygroma	0	0		0,61
256	Anomalies de la marche	0	0		0,61
257	Epuisement nerveux (dépression nerveuse)	64	23,2	A B C Ce D De	0,61
258	Myxoedème	0	0		0,61
259	Muguet	2	0,7	C	0,61
260	Oedème de Quincke	1	0,3	C	0,61
261	Embolies des ext'émités	0	0		0,61
262	Achylie gastrique	4	1,5	C Ce	0,61
263	Balanite	1	0,3	C	0,61
264	Lupus érythémateux	0	0		0,61
265	Impuissance	0	0		0,61
266	Atrophies des muscles (de l'émi- nence thénard)	0	0		0,61
267	Eczéma de la face chez le jeune enfant	0	0		0,49

N° ordre Dr BRAUN	Morbidités	Nbre	Fréquences	Cas	Fréquences Dr BRAUN
268	Conjonctivite provoquée par un produit chimique ou autres agents	0	0		0,49
269	Asthme d'origine cardiaque	0	0		0,49
270	Sinusite maxillaire	5	1,8	C Ce	0,49
271	Nausées	1	0,3	A	0,49
272	Naevus	1	0,3	C	0,49
273	Névrose d'angoisse	80	29	A B C D	0,49
274	Annexite aiguë (salpingo-ovarite aiguë)	1	0,3	A	0,49
275	Exanthème de nature mal caractérisée	2	0,7	A	0,49
276	Phimosi	0	0		0,49
277	Fissura ani	4	1,5	A C	0,49
278	Chute diffuse des cheveux	0	0		0,49
279	Intoxication médicamenteuse	11	4	A B C Ce D De	0,49
280	Eclampsie infantile	0	0		0,49
281	Erysipéloïde (maladie de Rosenbach)	0	0		0,49
282	Alopécie en aires	0	0		0,49
283	Hydrocèle testiculaire	12	4,3	C	0,49
284	Glaucome chronique	0	0		0,49
285	Néphrite aiguë	2	0,7	C Ce	0,49
286	Orchite, épidiidymite	7	2,5	BC D	0,49
287	Polydypsie	0	0		0,49
288	Pieds froids	0	0		0,49
289	Malformations de l'articulation coxo-fémorale	0	0		0,49
290	Elévation de la température pendant plusieurs semaines	0	0		0,37
291	Abcès, infection antrognène (par exemple : par piqûre)	0	0		0,37
292	Blépharite	1	0,3	De	0,37
293	Grossesse extra-utérine	0	0		0,37
294	Fausses douleurs de l'accouchement	0	0		0,37
295	Troubles par affaissement de la voûte plantaire (pieds plats)	9	3,3	Ce	0,37

N° ordre Dr BRAUN	Morbidités	Nbre	Fréquences	Cas	Fréquences Dr BRAUN
296	Polype du col	1	0,4	C	0,37
297	Tuberculose excepté des poumons	3	1,1	De	0,37
298	Psoriasis	0	0		0,37
299	Incontinence, excepté énurésie nocturne	0	0		0,37
300	Fongus de l'ombilic	0	0		0,37
301	Pityriasis rosé	0	0		0,37
302	Molluscum contagiosum	0	0		0,37
303	Urétrite non spécifique	1	0,3	C	0,37
304	Pancréatopathies	0	0		0,37
305	Déviations de la cloison nasale	0	0		0,37
306	Endocardite	4	1,5	C Ce D	0,37
307	Autres troubles	210	76,3	A B C Ce D De	-
999	Autres recours au système de santé	63	22,9		
TOTAL		2 754	1 000 %/‰		

- Interprétation :

Rappelons que la liste séquencée des cas du Docteur R.N. BRAUN a été validée par d'autres médecins généralistes (en Grande-Bretagne et en Allemagne), qui ont vérifié dans leur clientèle les mêmes ordres de fréquences.

Cependant, notre échantillon de 124 morts qui, avec ses 2 754 cas de morbidité, se rapproche étroitement des fréquences nationales lorsque les morbidités sont classées selon l'O.M.S., diverge fortement des fréquences du médecin généraliste autrichien dans son référentiel. Nous formulons à ce propos une hypothèse : nos maladies, qui ne se distinguent guère de l'ensemble des malades moyens français, du point de vue des grands domaines pathologiques, ont une particularité qui les en différencie complètement : ce sont des malades médicalement marqués comme destinés à ne pas se maintenir en vie, des "morituri".

Réalisé selon la nomenclature du Docteur R.N. BRAUN, le classement des cas, des unités morbides, qu'ils présentent au médecin généraliste au fil des consultations successives, permet de distinguer des caractères propres à ce groupe de malades.

- Si les fièvres, les toux, les céphalées banales constituent le lot quotidien du médecin généraliste dans sa clientèle tout venant, ces signes ont été éclipsés chez les morituri par des signes plus graves : une myalgie, une contusion, un abcès non spécifique, qui apparaissent assez importants chez un bien portant pour être enregistrés, semblent passer inaperçus et ne sont plus enregistrés séparément chez un cancéreux ou un cardiaque.
- En y regardant de plus près certaines morbidités, qui sont dans le peloton de tête des fréquences chez le Docteur R.N. BRAUN (parmi les 25 premières), surviennent aussi dans nos hautes fréquences (que nous fixons arbitrairement à plus de 10 ‰, c'est-à-dire 1 % des consultations). Ces morbidités sont les suivantes :

N° ordre Dr BRAUN	Désignation	Fréquence en %..	
		Clientèle générale Dr BRAUN	"morituri"
12	Arthropathies et périarthropathies	13,63	47,9
18	Hypertension artérielle compensée et décompensée	10,80	40,7
13	Lombalgies	13,26	33
16	Autres abdominopathies	11,60	24
31	Insuffisance cardiaque chronique	7,12	19,6
28	Douleurs épigastriques	7,49	16,7

Il s'agit là de causes d'appels qui sont plus fréquentes chez de nombreux malades âgés (moribonds ou pas). Il est normal qu'ils motivent 2 à 3 fois plus d'appels au médecin chez les morituri, dont une grande proportion est précisément issue de patients d'âge mur ou âgés.

- Par contre, certaines maladies qui se trouvent dans le même peloton de tête des causes d'appels enregistrés chez nos morituri, sont très faiblement représentées dans la clientèle générale du Docteur R.N. BRAUN, si bien qu'ils motivent chez les morituri une fréquence d'appels au médecin de 10 à 60 fois plus élevée :

N° ordre Dr BRAUN	Désignation	Fréquence en %..	
		Dr BRAUN	"morituri"
144	Diabète sucré	1,60	51,6
103	Néoplasmes	2,46	36,7
273	Névrose d'angoisse	0,49	29
257	Epuisements nerveux (dépression nerveuse)	0,61	23,2
56	Bronchite aiguë	4,22	19,2
180	Infarctus du myocarde	1,1	18,5
128	Faiblesse générale	1,84	16,7
138	Emphysème	1,72	15,3
117	Cystite	1,97	13,8
161	Athérome	1,35	13,8
146	Alcoolisme	1,60	13,4
247	Insuffisance circulatoire	0,61	12,7

Rappelons que nos morituri représentent 124 patients suivis en 22 ans. Nous verrons plus loin que leur durée de présence moyenne dans la clientèle avant la mort, est de 6 ans. Cela représente $\frac{124 \times 6}{22}$ = environ 34 malades "morituri" présents chaque année dans cette clientèle évaluée à 1 100 personnes. La concentration des consultations pour les motifs de la liste ci-dessus, sur un petit nombre de patients, pourrait être considérée comme un des caractères particuliers de leur appartenance à la catégorie des morituri et un indicateur de leur différenciation dans la clientèle générale tout venant.

Ce processus de différenciation de la pathologie enregistrée chez les morituri, est constituée, en fait, par une identification plus poussée des diagnostics chez les morituri, dont témoigne la liste même de ceux de leurs cas de consultation à fréquence multiple. Les affections mentales en sont un exemple caractéristique.

Elles se présentent, en effet, chez le morituri de notre généraliste sous deux formes : la "névrose d'angoisse" (29 % des motifs) et la "dépression nerveuse" (2 % des motifs), les fréquences correspondantes dans la clientèle tout venant chez le Dr R.N. BRAUN sont respectivement de 0,49 et 0,61% ; par contre, les "troubles polymorphes d'origine vraisemblablement non organique" représentent 10,93 % des cas dans cette même clientèle tout venant du Docteur R.N. BRAUN. Les vocables employés définissent alors une affection psychogène encore mal caractérisée.

Chez les morituri, les choses ont été précisées et les diagnostics sont mieux caractérisés et bien identifiés.

Un dernier élément de confirmation du caractère d'identification diagnostique avancée de la morbidité chez les morituri, est constitué par la catégorie de leurs affections enregistrées dont la fréquence est la plus élevée de toutes, à savoir celle que nous avons regroupée sous le terme de "autres troubles" N° 307, qui représente des affections de fréquence trop rare en médecine générale pour avoir été classées par le Docteur R.N. BRAUN. Il s'agit, dans tous les cas, de maladies bien caractérisées, mais dont seule la médecine hospitalière rencontre un nombre de cas significatif

IV.3.2.2. Etude de l'ensemble des morbidités enregistrées et classées selon les degrés d'identification du Docteur R.N. BRAUN

Tableau global des positions diagnostiques

Nombre des Morituri	A (symptôme)	B (syndrome)	C Tableau de M.G.	D Tableau de spécialiste	Ce Diagnostic certain de M.G.	De Diagnostic certain de spécialiste
2 754	598	158	805	227	528	374
100 %	22 %	6 %	29 %	8 %	19 %	14 %
	= INDETERMINEES	28 %	= PROBABLES	37 %	= CERTAINS	33 %

- Interprétation :

Plusieurs "fictions" ont été mises en évidence par de récentes recherches sur la médecine-praticienne ; l'une d'entre elles est "celle du premier devoir d'apporter un diagnostic exact" (*) ou "celle selon laquelle le médecin pourrait mettre le malade en danger sans diagnostic préalable" (*).

La classification, selon leur degré d'identification, des 2 754 cas de morbidité enregistrés dans notre exemple pratique vient confirmer que la notion de diagnostic certain avant tout traitement est bien une fiction : en effet, parmi toutes les positions prises par notre médecin généraliste, et par les spécialistes (de ville ou d'hôpital) consultés :

- . les positions de nature "indéterminée" (groupe IND) comptent pour 28 %
- . les positions de nature "probable" (groupe PROB) comptent pour 37 %
- . les positions de nature "certaine" (groupe CERT) comptent pour 33 %

On voit donc un partage très équitable entre ces trois groupes, aucun ne se détachant nettement.

Il va de soi qu'il s'agit là d'une vision statique, bon nombre des positions diagnostiques commençant à l'état de signe ou de syndrome et évoluant vers un diagnostic probable ou certain, dès lors que la maladie n'évolue pas spontanément vers la guérison.

- Etude comparée entre nos "morituri" et une clientèle généraliste moyenne :

Parmi les nombreuses études statistiques effectuées par le Docteur R.N. BRAUN sur des durées et des nombres de patients variés, l'une d'entre elles (dans son chapitre 18) concerne la ventilation de 105 cas de consultation par de-

(*) citations de l'ouvrage de référence du Docteur R.N. BRAUN.

gré d'identification obtenus par le médecin généraliste uniquement (codes A, B, C et Ce) ; ses résultats sont les suivants :

	A	B	C	Ce	Total
En nombre de cas	32	26	38	9	105
En %	30	25	36	8,5	100

Il est possible d'isoler chez les morituri de notre généraliste 2 090 cas de consultation dont l'identification a été faite sans recourir aux spécialistes. La répartition selon le degré d'identification est la suivante :

A	B	C	Ce	Total
29 %	7,5 %	38 %	25 %	100 %

ces résultats sont très comparables :

- . non seulement dans leurs valeurs relatives (quasi identité pour les signes et les tableaux), mais le glissement des syndromes vers les diagnostics certains caractérise bien nos "morituri" qui présentaient, nous l'avons vu, un plus grand nombre de maladies déterminées, diagnostiquées et graves que les malades "tout venant" du généraliste ;
- . mais surtout, dans l'esprit de ce qui a déjà été dit, nous constatons de nouveau que le diagnostic certain ne constitue pas la majorité des cas enregistrés (1/4 des cas), alors que symptômes et tableaux de maladies se partagent presque le reste (29 et 38 %).

- Discussion :

Revenons sur la croyance assez généralement admise du "danger qu'il y aurait à traiter un malade sans diagnostic certain préalable" (*). D'abord, notre étude précédente vient de la prouver de manière pragmatique : ce n'est le cas que dans 1/4 des positions prises par le seul médecin généraliste au fil du temps dans 1/3 de l'ensemble de tous les cas (médecins généralistes + spécialistes).

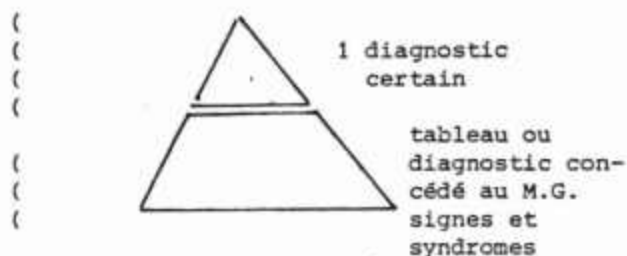
Ensuite, de manière théorique, on peut dire que cette croyance, ou cette attente investie dans la médecine praticienne, n'est pas forcément souhaitable.

(*) citations de l'ouvrage de référence du Docteur R.N. BRAUN

En effet, "dans la perspective de la pratique généraliste, il ne s'agit pas de savoir comment désigner au départ des cas pour lesquels on découvrira par ailleurs une maladie déterminée" (★). "Au premier abord, il importe bien plutôt devant un tableau sémiologique donné d'affecter le bilan de l'examen d'une étiquette qui réserve une ouverture optimale sur l'ensemble des perspectives" (★).

Les schémas proposés par le Docteur R.N. BRAUN, qui montrent sa préférence pour une position ouverte du médecin traitant, nous paraissent bien représenter la différence qui existe entre une démarche clinique hiérarchisée, théorique "vue de l'extérieur" :

{
}
{ médecine spécialisée
}
{
{ médecine généraliste
}

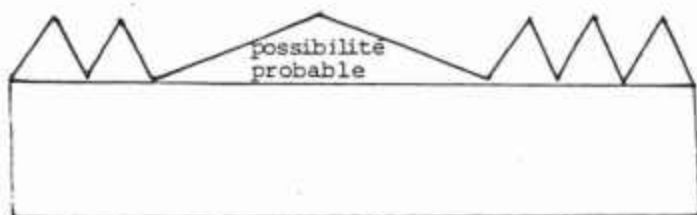


et une démarche plus ouverte : qui correspond à la pratique et à ce qui est souhaitable :



n possibilités de diagnostics exacts
bilan d'examens hypothèses diagnostiques
signes

Cette seconde démarche peut mieux se probabiliser grâce à l'expérience accumulée par le médecin praticien et à la conscience, plus ou moins explicite, qu'il peut avoir de la répartition régulière des cas.



Cette conscience qu'acquiert le médecin expérimenté de la répartition "statistique" des cas qu'il a rencontrés dans sa carrière, pousse enfin le Doc-

(★) citations de l'ouvrage de référence du Docteur R.N. BRAUN

teur R.N. BRAUN à dénoncer une autre fiction : "celle selon laquelle la connaissance de la répartition des cas (ou connaissance statistique) pourrait conduire les (jeunes) médecins à la négligence" (*). On verra plus loin, dans notre chapitre V, par l'étude des délais entre l'apparition du premier signe et le diagnostic de la maladie mortelle, ce qu'il en est dans les faits de ce risque.

- du rôle du médecin spécialiste :

Pour les 124 morituri de cette clientèle.

L'appel au médecin spécialiste (de ville ou d'hôpital) a été réalisé dans 601 cas, soit 22 % de l'ensemble des 2 754 cas de morbidité.

Ces appels ont abouti à la formulation de diagnostics certains dans 374 cas de consultation, mais aussi de tableaux de maladie dans 227 cas. Quelques formulations floues et ambiguës et des contradictions évidentes, assimilables à de simples signes ou syndromes, ne sont pas absentes de leurs réponses.

Il résulte de ces chiffres que dans nos 22 % de positions prises par les spécialistes consultés, la majorité des avis (soit 62 %) furent considérés comme des diagnostics certains (De), mais une fraction importante (38 %) ne furent au mieux que "des tableaux de maladie", ce qui confirme que dans le domaine de la médecine spécialisée, pas plus que dans la médecine générale, il n'y a que des positions certaines avant traitement. Un autre fait se dégage du tableau global des positions diagnostiques, c'est la répartition du groupe des diagnostics certains (groupe CERT) entre le médecin généraliste et les spécialistes : il apparaît que sur les 902 diagnostics certains enregistrés au fil des années chez les 124 morituri de notre médecin généraliste (soit 33 % de tous les cas de consultation pour ces malades) 528 sont l'oeuvre du généraliste et 374 celle des spécialistes de ville ou d'hôpital (ce qui représente respectivement 19 % et 14 % du total des cas de consultations enregistrées chez les morituri).

Aussi, sommes nous amenés à conclure, avec le Docteur R.N. BRAUN, qu'"il est inexact de dire que le praticien adresse à une certaine compétence tout ce qui est difficile et que c'est le spécialiste qui établit le diagnostic" (*). Plus exactement, nous pensons qu'il est fait appel au spécialiste chaque fois que celui-ci dispose de moyens techniques décisifs.

(* citations de l'ouvrage de référence du Docteur R.N. BRAUN

- V - LA POPULATION DES "MORITURI" DANS LA CLIENTELE D'UN GENERALISTE,
LES LIENS ENTRE LEURS MALADIES ET LEUR MORT,
LES RECOURS AU SYSTEME DE SANTE MEDICAL,
LES SEQUENCES TEMPORELLES DU PASSAGE DANS LA CLIENTELE ET LES ETAPES
DIAGNOSTIQUES,
LES FAMILLES DANS LA CLIENTELE.

V - La population des "morituri" dans la clientèle d'un généraliste, les liens entre leurs maladies et leur mort, les recours au système de santé médical, les séquences temporelles du passage dans la clientèle et les étapes diagnostiques, les familles dans la clientèle.

V.1. Les problèmes théoriques rencontrés

V.2. Les tableaux analytiques concernant les liens entre la mortalité et la morbidité chez les morituri

V.2.1. Tableau analytique des causes de mort en fonction des morbidités

V.2.2. Tableau analytique des recours au système médical

V.2.3. Tableau analytique des études temporelles

V.2.4. Les limites dans le recueil des données

V.3. Etude synthétique : Répartition des causes immédiates de mort, des causes morbides principales et associées, enregistrées chez les morituri

V.3.1. Tableau de répartition

Histogramme et commentaires

V.3.2. Etude synthétique des causes immédiates de mort corrélées aux maladies principales enregistrées

- Tableau de leur répartition et commentaires.

- Histogramme, commentaires.

- Les 4 premières maladies principales corrélées aux causes immédiates de mort - histogramme et commentaires

V.3.3. Les causes immédiates de mort et leur degré d'identification

V.4. Le recours au système médical pour les causes immédiates de décès

V.4.1. Le recours au spécialiste de ville ou d'hôpital pour les cinq premières causes immédiates de mort

- Tableau - Histogramme - Commentaires

V.4.2. Autres recours au système médical

- Tableau - Histogramme - Commentaires

- examens complémentaires

- séjours hospitaliers

- interventions chirurgicales.

./.

V.5. Etude des séquences temporelles du passage dans la clientèle

V.5.1. Ancienneté et fréquences de consultation des patients chez leur généraliste

- Diagramme des anciennetés, commentaires
- Tableau des ancienneté pour les cinq premières causes de mort et fréquence des consultation - commentaires.

V.5.2. Etude des séquences temporelles depuis l'entrée dans la clientèle au premier signe et, de là, au diagnostic de la maladie mortelle

- Diagramme de tous les malades et de leurs séquences - commentaires.
- Tableaux des séquences temporelles de la maladie mortelle du premier signe au diagnostic et des fréquences des consultations commentaires.

V.5.3. Etude des familles des défunts dans la clientèle du généraliste

- Diagramme de tous les morituri et de leur famille
- commentaires
- synthèse de l'étude des familles des défunts dans la clientèle en fonction des causes de décès

V.5.4. Les fiches d'évaluation type

V.6. Quelques exemples de suivi en clientèle

V.1. Les problèmes théoriques rencontrés

La plus grande partie des problèmes préalables qu'il nous a fallu résoudre pratiquement pour mettre en oeuvre notre méthodologie, a déjà fait l'objet de développements dans les deux précédents chapitres :

- III - la Mortalité
- IV - la Morbidité dans le groupe des morituri.

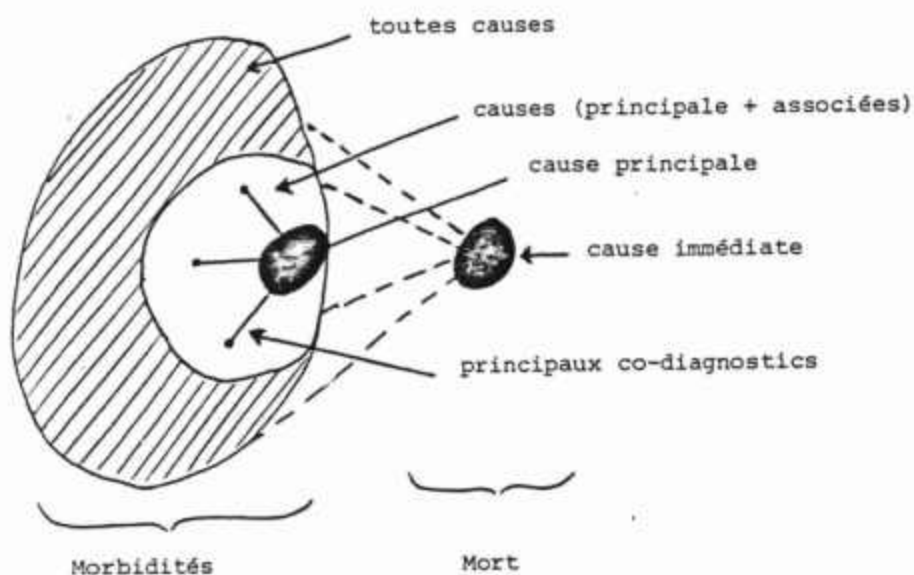
Ces problèmes et leur résolution sont donc implicites dans notre présent chapitre ; rappelons qu'il s'est agit essentiellement de préciser :

- les notions de causes immédiates : principales et associées, ainsi que des co-diagnostic,
- la notion de confirmation :
 - . de la cause immédiate de mort

{	- indéterminée
	- probable
	- certaine
 - . des morbidités rencontrées et de leur degré d'identification (A, B, C, Ce, D, De)
- les classifications utilisées (celle de l'O.M.S., du Docteur R.N. BRAUN).

En ce qui concerne plus particulièrement notre présente étude sur les liens pouvant exister entre la mort et les maladies qui l'ont précédée, quelques problèmes préalables se sont aussi posés :

- classification :
afin de nous trouver dans le même référentiel pour les causes de mort que pour les morbidités, nous pensons préférable d'utiliser la nomenclature et les groupes de l'O.M.S. Cette nomenclature a, en effet, été utilisée pour présenter notre démarche dans les deux chapitres consacrés à la "Mortalité et à la Morbidité", la nomenclature du Docteur R.N. BRAUN étant plus particulièrement utilisée pour l'approche des seuls cas de morbidité ;
- mise en parallèle des causes :
l'une des sous-études qui va suivre consiste en une mise en parallèle des causes principales associées immédiates. Le schéma suivant, valable pour un malade donné, mais extrapolable sur l'ensemble des "morituri" résume notre démarche comparative :



- études temporelles :

nous avons voulu, dans ce chapitre (cf. V.5.), montrer l'aspect évolutif des problèmes médicaux de nos morituri, donc de leur histoire dans la clientèle du médecin généraliste, de la première consultation à la mort.

Alors que dans les études statiques qui ont précédé et celles qui vont suivre dans les chapitres V.3. et V.4., les diverses fréquences sont appréhendées en termes de pourcentage d'apparition chez nos malades, les études temporelles vont plutôt dégager des fréquences en termes de nombre de consultations, d'exams, ... par mois, année, etc...

En remontant dans le passé de nos défunts, on recherchera le premier signe éventuellement décelé, le diagnostic établi de la maladie qui allait s'avérer mortelle, les diverses consultations...

Nous avons appelé "premier signe" de la maladie mortelle (ou cause immédiate) éventuellement différente de la maladie principale, tout signe ou syndrome prémonitoire de cette maladie (groupe IND, indéterminé du chapitre IV).

Nous avons appelé "diagnostic" de la maladie mortelle, tout diagnostic certain et, par extension, tout tableau de maladie établi, relatif à la cause immédiate (groupe PROB + CERT du chapitre IV).

Un cas particulier de cette définition est constitué par le groupe des "Traumatismes" (groupe 17), pour lequel nous avons choisi comme signes et diagnostics ceux correspondant à des troubles psychiques qui ont pu entraîner le traumatisme, surtout lorsqu'il s'agissait de suicidés qui représentent

une proportion notable de nos décès par traumatisme.

Les familles de nos "morituri" ont été aussi abordées dans nos études temporelles. Nous avons pris la notion de famille en terme restreint de la cellule familiale :

- . conjoint
- . enfants.

- problèmes divers :

une des sous-études qui va suivre traite de la mise en oeuvre globale du système médical pour les "morituri". Ce système a été vu au travers des actions déclenchées le plus souvent par le médecin généraliste puisqu'il s'agit :

- . des examens complémentaires effectués
- . des appels aux spécialistes
- . des séjours hospitaliers
- . des interventions chirurgicales.

Tous ces recours, de même que dans les autres études, seront ventilés par cause immédiate de mort, telle qu'elle a été présentée dans le chapitre III (les 97 malades du groupe PROB - CERT, c'est-à-dire ceux dont la cause de mort n'est pas indéterminée).

Note explicative :

- les colonnes : - sexe
 - cause immédiate
 - cause principale
 - causes associées
 } avec le groupe O.M.S. correspondant
- ainsi que les co-diagnostic principaux ont déjà été explicités dans les chapitres précédents.

- la colonne : "degré d'identification" de la cause immédiate indique s'il y a eu au moins un signe, un syndrome, un tableau ou un diagnostic certain émis dans le dossier du malade, lors d'une consultation datée concernant la cause immédiate de mort et selon la classification proposée dans le chapitre précédent: A, B, C, D, Ce et De. On peut ainsi suivre l'évolution de ce degré d'identification de la maladie mortelle depuis ce premier signe (éventuel) jusqu'au diagnostic certain (éventuel).

- L'absence d'indication dans le dossier sur la cause immédiate se traduit sur le tableau par une barre horizontale dans le champ des degrés d'identification.

Note explicative :

Le champ "cause immédiate" a déjà été expliqué. La présence d'une barre horizontale dans la case correspondante signifie "cause immédiate indéterminée".

Les recours aux spécialistes ont été répartis en quatre types :

. spécialistes consultés en ambulatoire, en séjour hospitalier médical et en séjour hospitalier chirurgical. Les examens complémentaires ont été traités séparément.

- Pour les recours aux spécialistes "en ambulatoire", on a indiqué :

. le type de spécialité (cardiologue ...)

. le nombre d'appels par malade

. sur ces appels, ceux qui ont : confirmé

infirmé

n'ont pas fait progresser l'information
du médecin généraliste.

- Pour les séjours hospitaliers médicaux, ont été mentionnés :

. le domaine (chirurgie ...)

. le nombre de séjours par domaine.

- Pour les séjours hospitaliers chirurgicaux :

. seul le type d'intervention a été noté.

- Pour les examens complémentaires, on a indiqué :

. le type

. le nombre d'examens par type.

V.2.3. Tableau analytique des études temporelles

Le tableau analytique type :

Le tableau analytique, ayant permis la réalisation des études temporelles, est décomposé, pour des raisons de commodité de présentation, en deux sous-tableaux :

- l'un recueille les séquences chronologiques ayant marqué la présence du morituri et de sa famille dans la clientèle de notre médecin ;
- l'autre recueille ses recours au système de soins survenus pendant les séquences chronologiques répertoriées au sous-tableau précédent.

V.2.3. Sous-tableau analytique des séquences chronologiques qui ont marqué la présence des mortuiri dans la clientèle

N° Malade	Cause immédiate classe O.M.S.	Date de la mort : T	Date de la première consulta. P	Début ou talon de maladie D	Durée du diagnostic T - D	Premier Symptôme S	Antécédent du système T - S	Durée entre S et D D - S	Période de consult J'1 nombre de la famille : (F, P')	Antécédent de la famille 1980 F	Période de consult de la famille après la mort : R	Durée de l'absence R - T
1	9	> 10.77	22.12.76						03.61 10.77	19 ans	10.77	0
2	9	08.77	26.10.61	20.07.77	1 mois	27.01.76	1 an 7 mois	1 an 6 mois	06.61 08.77	19 ans	08.77	0
3												
4												
5	7	03.78	08.01.59	07.12.76	15 mois	07.12.76	1 an 3 mois	0	08.59 03.78	21 ans	03.78	0
6												
7	7	08.72	24.05.62	14.11.67	4 ans 9 mois	27.06.64	8 ans 2 mois	3 ans 5 mois	03.69 08.72	11 ans	08.72	0
8	2	> 06.75	07.01.63	22.04.75	2 mois	22.04.75	2 mois	0	01.63 06.75	17 ans	06.75 12.79	0
9	8	16.09.78	03.01.68	23.08.78	1 mois	12.03.69	9 ans 6 mois	9 ans 5 mois	09.74 09.74	6 ans		JR
10	2	26.09.74	12.10.62	06.08.74	1 mois	30.12.63	10 ans 9 mois	10 ans 8 mois				
11	2	25.02.78		11.76	1 an 3 mois				01.77 02.78	3 ans	02.78 11.78	0
12	4	02.01.78	13.05.61	12.74	3 ans 1 mois				06.61 01.78	19 ans	01.78	0
13	8	06.02.80	27.12.79	27.12.79	2 mois							
14	17	03.79	11.11.62	11.11.62	16 ans 4 mois	11.11.62	16 ans 4 mois	0	03.61 03.79	19 ans	03.79	0
15	2	06.78	02.07.70									
16	17	02.80	03.01.78						01.69 02.80	11 ans	02.80	0
ETC.												

V.2.3. Sous-tableau analytique des recours au système de soins pendant les séquences chronologiques chez les morituri

N° MALADIE	CAUSE IMMEDIATE CLASSE O.N.S.	DATE DE LA MORT T	NOMBRE DE CONSULT. ENTRE LA 1 ^{re} CONSULT. ET LA MORT P et T		NOMBRE DE CONSULT. ENTRE LE DIAGNOSTIC ET LA MORT ; D et T		NOMBRE DE CONSULT. ENTRE LE SYMPTOME ET LE DIAGNOSTIC S et D		RECOURS AU SYSTEME MEDICAL ENTRE S ET D			
				TOTAL		TOTAL		TOTAL	NOMBRE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES	NOMBRE DE RECOURS AUX SPECIALISTES	NOMBRE DE SEJOURS HOSPITALIERS	NOMBRE D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES
1	9	10.77	12.76	7								
2	9	08.77	08.76 08.75 08.74 08.73 08.72 08.71 08.70 08.69 08.68 08.67 08.66 08.65 08.64 08.63 08.62 10.61	2 1 2 1 2 1 0 1 0 0 0 0 0 0 4 3 <u>17</u>	07.77	1	02.76 03.76 04.76 10.76 07.77	1 0 0 1 2	1	0	1	0
3												
4												
5	7	02.78	03.77 03.76 03.75 03.74 03.73 03.72 03.71 03.70 03.69 03.68 03.67 03.66 03.65 03.64 03.63 03.62 03.61 03.60 01.59	0 1 0 0 0 2 0 0 0 4 0 1 1 1 1 1 1 1 1	02.78 01.78 12.77 06.77 12.76	0 0 0 0 1	12.76	1	1	1	0	0
				<u>15</u>				<u>1</u>				

Note explicative :

- Plusieurs dates ont été prévues dans ces tableaux (pratiquement on n'a pas pu toujours les indiquer pour tous les malades) :

- . date de mort (\dagger)
- . date de première consultation chez le médecin généraliste (P)
- . date de premier diagnostic (ou tableau) de la maladie mortelle (D)
- . date de premier signe (ou syndrome) de la maladie mortelle (S)
- . date de consultation d'au moins un membre de la famille du défunt avant la mort (\dagger) de ce dernier :

F : date de première consultation de la famille

F' : date de la dernière consultation de la famille avant la mort (s'il n'y a pas eu d'arrêt des consultations de la famille avant la mort, on prend par convention : $F' = \dagger$)

- . dates des consultations d'au moins un membre de la famille du défunt après la mort de ce dernier ;

R : date de reprise de contact dans la clientèle par la famille après la mort (par convention $R = \dagger$ s'il n'y a pas eu d'interruption)

R' : date d'arrêt des consultations de la famille après la mort (R' est absent si la famille fait toujours partie de la clientèle du praticien en 1980).

- Plusieurs durées sont calculées dans le sous-tableau des séquences chronologiques :

- . ancienneté du diagnostic : $\dagger - D$
- . ancienneté du symptôme : $\dagger - S$
- . durée entre le symptôme et le diagnostic : $D - S$
- . ancienneté de la famille dans la clientèle : 1980 - F

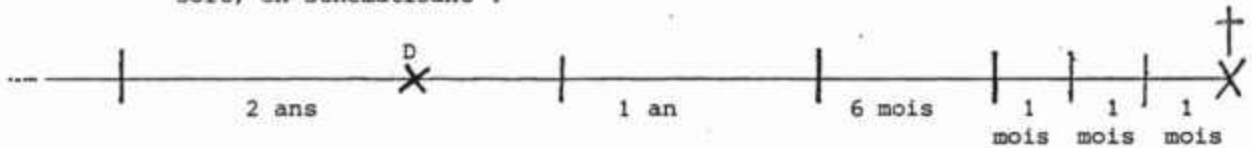
- Dans le sous-tableau des recours au système de soins, les fréquences de consultations sont appréhendées pendant trois périodes et selon les conventions suivantes :

- . celle allant de P à \dagger : en remontant dans le passé à partir de la mort (\dagger) jusqu'à la première consultation (P), les nombres de consultations sont mentionnés année par année :
 - entre \dagger et ($\dagger - 1$ ans)
 - entre ($\dagger - 1$ an) et ($\dagger - 2$ ans)
 - etc...

- . celle allant de D à : en remontant dans le passé à partir de la mort (†) jusqu'au diagnostic (D), les nombres de consultations sont calculés selon un pas variable :

- entre († - 1 mois)
- entre († - 1 mois) et († - 2 mois)
- entre († - 2 mois) et († - 3 mois)
- entre († - 3 mois) et († - 9 mois)
- entre († - 9 mois) et († - 1 an, 9 mois)
- entre († - 1 an, 9 mois) et († - 3 ans, 9 mois)
- entre († - 3 ans, 9 mois) et († - 6 ans, 9 mois)
- etc...

soit, en schématisant :



- . celle allant de S à D : du premier signe (D) jusqu'au diagnostic (D), les nombres de consultations sont calculés selon un pas variable :

- 1 mois
- 1 mois
- 1 mois
- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- etc...

- Les recours au système médical seront appréciés en nombre entre S et D :

- . examens complémentaires
- . recours aux spécialistes en ambulatoire
- . séjours hospitaliers médicaux
- . interventions chirurgicales

V.2.4. Les limites dans le recueil des données

La plupart des faits saillants relatifs aux causes immédiates de mort, aux causes principales et aux causes associées (cas particuliers, problèmes de classification ...) ont déjà été relevés et commentés dans les chapitres précédents (III : Mortalité et IV : Morbidité). Ne restent donc dans ce chapitre que quelques problèmes marginaux concernant les tableaux à venir.

V.2.4.1. A propos de l'étude analytique des causes de mort en fonction des morbidités :

- 97 malades seulement figurent dans les analyses (et donc dans les synthèses) car il nous faut rappeler que nous n'avons fait le rapprochement

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Mortalité} \\ \text{---} \\ \text{Morbidités} \end{array} \right\}$$

que pour les patients dont on avait pu identifier la cause de mort (probablement ou avec certitude : "PROB + CERT").

- parmi les 97 causes immédiates collationnées, nous n'avons pas identifié :
 - . de premier signe ni de syndrome de la maladie mortelle, mais dès le départ un tableau ou un diagnostic dans 33 cas,
 - . de diagnostic ni de tableau, mais un premier signe ou un syndrome seulement dans 11 cas,
 - . de premier signe, ni de tableau, ni de diagnostic dans 18 cas.

Ces situations particulières sont en nombre assez important; nous les interprétons comme suit :

- . la cause immédiate ne s'est pas recrutée parmi les causes principales et associées qui l'ont précédée et n'a donc pas été détectée auparavant ;
- . ou bien les consultations ont été insuffisamment nombreuses pour que l'on ait pu aboutir à un diagnostic.

(Les 33 cas restant ont reçu à la fois un premier signe et un diagnostic de la cause immédiate de mort).

- d'autre part, nous rappelons que nous avons élargi la notion de premier signe (ou de tableau ou de diagnostic) pour les causes immédiates de mort par traumatismes (12 cas), en admettant que :
 - . pour les suicides, on chercherait des signes (ou tableaux ou diagnostics) de troubles mentaux ;

./.

. pour les morts par traumatismes post-opératoires, on chercherait des facteurs de risques d'arrêt cardiaque.

Sans cette convention, il n'y aurait jamais eu de premier signe précédant un traumatisme.

V.2.4.2. A propos de l'étude analytique portant sur les recours au système médical

- appels aux spécialistes :

. On constate que dans la très grande majorité des cas (375 sur 377 appels) le spécialiste confirme le premier avis du praticien,

. les deux seules infirmités (sur 377 appels) portent sur le même malade (dossier n° 44),

. au stade où les malades leur ont été confiés, le cas où le spécialiste reste sans réponse ("indéterminée") ne s'est pas rencontré.

- séjours hospitaliers médicaux : notons que

pour les malades cancéreux on ne connaît, dans le dossier, que le premier séjour hospitalier au cours duquel a été porté le diagnostic ; les séjours ultérieurs, périodiques et systématiques de traitement par chimiothérapie, n'apparaissent pas dans les dossiers et de cette période ont dû être éludés (absence de compte-rendu en provenance des centres, sauf dans une période très récente).

- examens complémentaires :

n'ont été notés que ceux dont a pris connaissance le médecin généraliste. On peut supposer qu'un certain nombre d'examens complémentaires, non reçus pour différentes raisons, ne figurent donc pas dans les dossiers.

V.2.4.3. Etudes analytiques temporelles :

La plupart des limites dans le recueil des données déjà mentionnées, se retrouvent ici. Notons toutefois le fait que pour deux malades, il n'y a eu aucune consultation chez le praticien :

- un cas (N° 11) : psychothérapie par l'intermédiaire de l'épouse (cf. Morbidité § IV.1.),

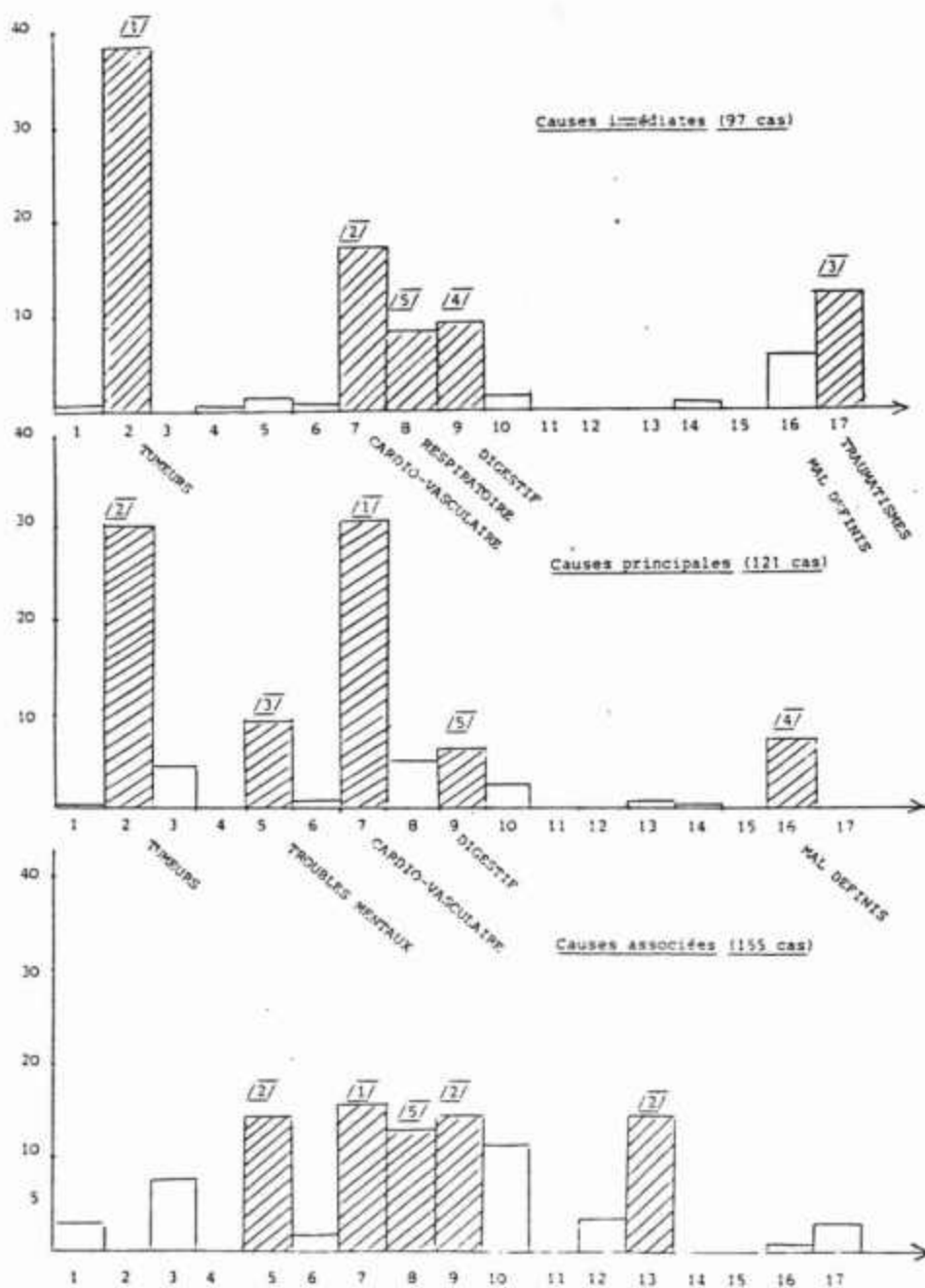
- un cas (N° 113) suivi par visites et comptes-rendus d'hospitalisation seuls présents dans le dossier.

V.3. Etude synthétique : Répartition des causes immédiates de mort, des causes morbides principales et associées, enregistrées chez les morituri

V.3.1. Tableau de répartition des causes immédiates de mort, des causes morbides principales et associées, enregistrées chez les morituri

	Causes immédiates				Causes principales				Causes associées			
	Ensemble	% général	% Hommes	% Femmes	Ensemble	% général	% Hommes	% Femmes	Ensemble	% général	% Hommes	% Femmes
- Infectieux et parasitaires	1	1	1,5	0	1	0,8	1,3	0	4	2,6	2	3,7
- Tumeurs	37	<u>38,1</u>	43	28,2	36	<u>29,8</u>	37,9	14,3	0	0	0	0
- Endocrinologie	0	0	0	0	5	4,4	2,5	7,1	11	7,1	4,9	11,1
- Sang + organes hématopoïétiques	1	1	0	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0
- Troubles mentaux	2	2	1,5	3,1	11	<u>9,1</u>	7,6	11,9	22	<u>14,2</u>	14,8	13
- Système nerveux	1	1	0	3,1	3	<u>1,6</u>	0	4,8	3	1,9	3	0
- Appareil circulatoire	17	<u>17,5</u>	18,5	15,6	37	<u>30,6</u>	26,6	38	25	<u>16,1</u>	17,8	13
- Appareil respiratoire	8	<u>8,2</u>	7,7	9,4	6	5	7,6	0	20	<u>12,9</u>	13,8	11,1
- Appareil digestif	9	<u>9,3</u>	7,7	12,5	8	<u>6,6</u>	7,6	4,8	22	<u>14,2</u>	12,9	16,6
2- Appareil génito-urinaire	2	2	3,1	0	3	2,5	1,7	4,8	16	10,3	12,3	5,6
1- Complications graves, suite de l'obole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2- Peau	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3,2	4	1,5
3- Ostéo-articulaires	0	0	0	0	2	1,6	2,5	0	22	<u>14,2</u>	11,9	15,5
4- Anomalies congénitales	1	1	0	3,1	1	0,8	0	2,4	0	0	0	0
5- Affections périnatales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6- Mal définis	6	6,2	6,2	6,3	9	<u>7,4</u>	5,1	11,9	1	0,7	1	0
7- Traumatismes	12	<u>12,4</u>	10,8	15,6	0	0	0	0	4	1,6	1	5
TOTAL	97	100	100	100	121	100	100	100	155	100	100	100

V.3.1. Histogrammes des répartitions des causes immédiates de mort, des causes morbides principales et associées enregistrées



V.3.1. Commentaire du tableau et histogramme V.3. :

Ce tableau rappelle de manière synthétique, et par ordre des fréquences décroissantes, les résultats trouvés :

- dans le chapitre III (Mortalité) pour les causes immédiates non indéterminées,
- dans le chapitre IV (Morbidité) pour les causes morbides principales et les causes morbides associées.

Causes immédiates de mort	Causes morbides principales	Causes morbides associées
1 - tumeurs	1 - affections cardiovasculaires	1 - affections cardiovasculaires
2 - affections cardiovasculaires	2 - tumeurs	2 - troubles mentaux
3 - traumatismes	3 - troubles mentaux	3 - causes mal définies
4 - maladies digestives	4 - causes mal définies	4 - maladies digestives
5 - maladies respiratoires	5 - maladies digestives	5 - maladies respiratoires

On notera, pour les causes immédiates et principales, la prépondérance des affections tumorales, circulatoires et mentales (qui, pour les causes immédiates, figurent dans la colonne traumatismes-suicides) ; on notera aussi, pour les causes associées, l'égalité répartition des soins sur l'ensemble de la pathologie générale, exclusion faite des pathologies sanguine, obstétricale, malformative et périnatale qui relèvent de la surveillance hospitalière.

On notera, enfin, la faible proportion de causes mal définies parmi les causes immédiates (6 %) et principales (7 %) de mort.

En outre, les nombres de cas sont différents pour les trois classes de causes (97, 121 et 155), car pour certains malades, il y a pu avoir plus d'une cause associée

V.3.2. Etude synthétique des causes immédiates de mort, corrélées aux causes morbides principales enregistrées

Tableau de répartition

Causes principales \ Causes immédiates	Les 5 premières causes immédiates de décès										Reste		TOTAL	
	Tumeurs		cardio-vasculaire		Traumatismes		Digestif		Respi-ratoire		Nombre	%	Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%				
1 - Infectieux											1	7/100	1	1
2 - Tumeurs	30	81/38			2	17/6	1	11/3			1	7/33	34	35
3 - Endocrinologie			2	22/67							1	7/33	3	3
4 - Sang														
5 - Troubles mentaux	1	3/11			5	42/56					3	21/33	9	9
6 - Système nerveux	1	3/50									1	7/50	2	2
7 - Appareil circulatoire	2	5/7	15	88/54	4	33/14			5	63/18	2	14/7	28	29
8 - Appareil respiratoire	1	3/33							2	25/67			3	3
9 - Appareil digestif	1	3/14					6	67/86					7	7
10 - Appareil génito-urinaire	1	3/33					1	11/33			1	7/33	3	3
11 - Grossesse suite de couche														
12 - Peau														
13 - Ostéo-articulaires											1	7/100	1	1
14 - Anomalies congénitales											1	7/100	1	1
15 - Périnatales														
16 - Mal définis					1	8/20	1	11/20	1	12/20	2	14/20	5	5
17 - Traumatismes	37	38	17	18	12	12	9	9	8	8	14	15	97	100

V.3.2. Commentaire du tableau des causes immédiates de mort, correlées aux maladies principales enregistrées

Les colonnes verticales du tableau fournissent des nombres concernant les causes immédiates, alors que les lignes horizontales concernent les maladies principales. Le croisement d'une ligne et d'une colonne fournit donc :

- . le nombre de cas enregistré d'une maladie principale donnée qui a abouti à une cause de mort donnée ;
exemple : sur 9 malades dont la maladie principale était mentale : un est décédé d'une tumeur, trois d'affections diverses, cinq par traumatisme (suicide).
- . le pourcentage (bas-gauche) du nombre précédent, par rapport au total de la ligne, c'est-à-dire la probabilité pour qu'une personne atteinte d'une maladie principale donnée meurt d'une cause donnée ;
exemple : un malade atteint d'une affection endocrinienne comme maladie principale, a 2/3 de chance de mourir d'une affection cardio-vasculaire.
- . le pourcentage (haut-droit) du nombre de cas par rapport au total de la colonne, c'est-à-dire la probabilité pour qu'un malade qui meurt d'une cause donnée ait eu auparavant une maladie principale donnée ;
exemple : 25 % des malades dont la cause de mort immédiate est respiratoire, avaient auparavant comme maladie principale une maladie respiratoire, 63 % une affection cardio-vasculaire, 12 % une maladie mal définie.

N.B. : rappelons une fois encore qu'aucune des probabilités ici évoquées n'a la moindre signification statistique, dans le cadre restreint de l'étude expérimentale que nous avons menée chez un seul médecin généraliste. Un nombre statistiquement significatif de fichiers de médecins étudiés, pourrait seul conférer aux probabilités étudiées, la signification statistique nécessaire.

Commentaires des histogrammes du tableau V.3.2. : causes immédiates de mort
correlées aux maladies principales enregistrées

- . les malades morts d'une tumeur ont été principalement des cancéreux (81 %), mais aussi des cardiaques (5 %).
- . les malades morts d'une affection cardio-vasculaire ont été principalement des cardiaques (88 %) et des cancéreux (12 %).
- . de même, les malades morts d'une affection de l'appareil digestif ont été "des digestifs" (67 %), mais ont eu aussi des tumeurs (11 %) et des troubles de l'appareil génito-urinaire (11 %).

Pour ces trois causes donc, il y a eu une grande corrélation entre la cause immédiate et la cause principale de mort.

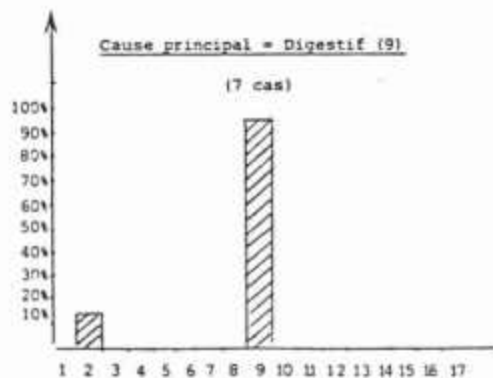
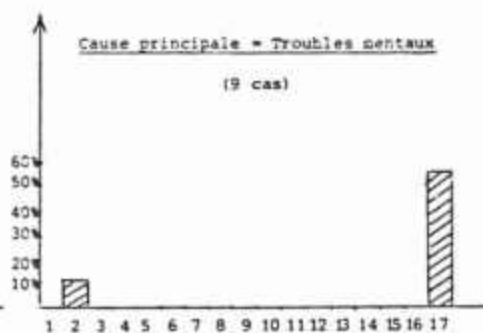
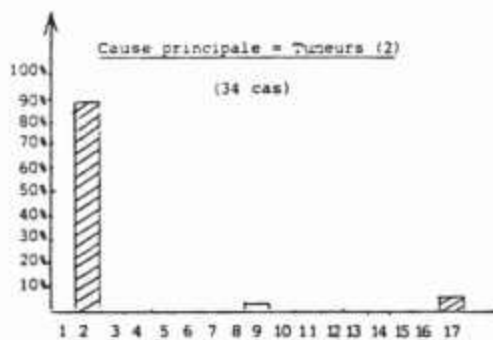
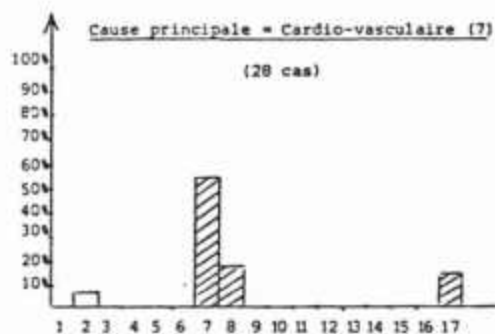
- . Pour les morts de traumatismes, par contre, aucun traumatisme proprement dit n'a été enregistré en tant que morbidité ; les malades ont été soignés principalement :

- pour des troubles mentaux (42 %)
- pour des affections cardio-vasculaires (33 %)
- pour des tumeurs (17 %)
- pour différentes autres raisons (8 %)

C'est pourquoi, dans les études temporelles ultérieures nous prendrons les troubles mentaux et cardio-vasculaires comme premiers signes, tableaux ou diagnostics, c'est-à-dire comme points de départ morbide, des traumatismes mortels.

- . En ce qui concerne les morts d'une affection de l'appareil respiratoire, ils étaient principalement soignés pour des troubles cardiaques (63 %) et accessoirement pour des troubles respiratoires (25 % seulement).

V.3.2. Histogrammes des 4 premières maladies principales corrélées aux causes immédiates de mort



V.3.2. Les 4 premières maladies principales corrélées aux causes immédiates de mort enregistrées

Seulement la moitié des cardiaques sont morts du coeur ; les autres sont morts de troubles respiratoires, de traumatismes ou de tumeurs.

- . La grande majorité (88 %) des cancéreux sont morts de leur tumeur.
- . Les malades atteints de troubles mentaux sont morts de traumatismes (56 %) : suites suicidaires des angoisses, dépressions, éthylisme, mais aussi des tumeurs (11 %) et de différentes causes variées (33 %).
- . Les malades de l'appareil digestif sont morts, principalement, de leur maladie (86 % surtout cirrhose), mais aussi de tumeurs (14 %).

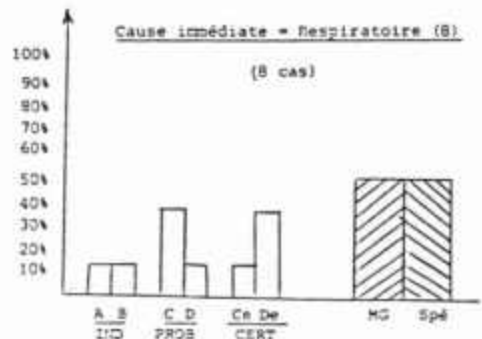
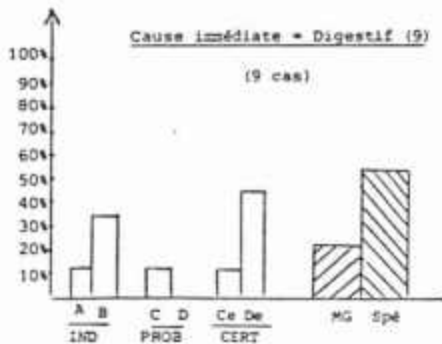
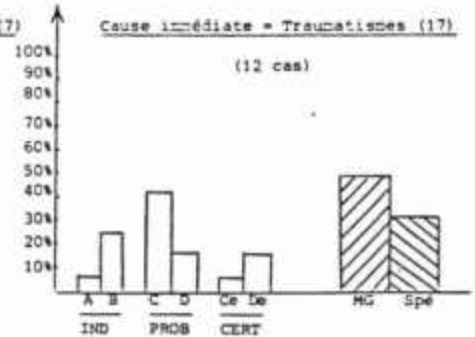
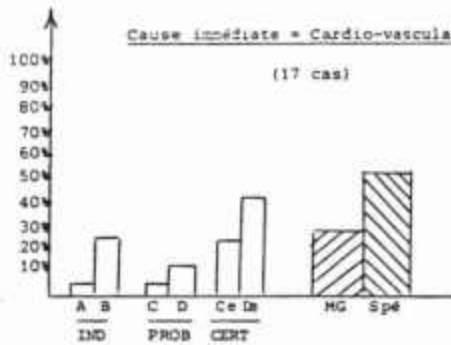
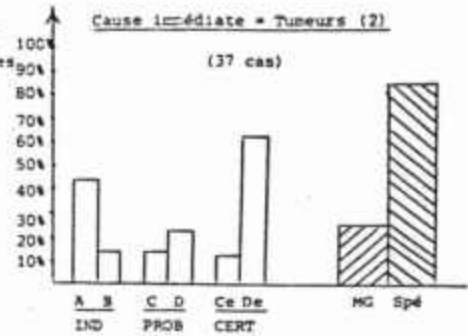
L'ensemble de ces corrélations entre les causes immédiates de mort et les maladies principales et associées enregistrées, ramène l'attention sur la poly-pathologie qui se manifeste chez les morituri, comme chez les patients tout venant, lorsqu'ils sont suivis et traités en médecine générale où la prise en charge du "reste" apparaît aussi importante que celle de la maladie mortelle.

V.3.3. Les causes immédiates de mort et leur degré d'identification

Causes de mort Positions diagnostiques	Les 5 premières causes immédiates de décès										TOTAL
	Tumeurs		cardio-vasculaire		Traumatismes		Digestif		Respi- ratoire		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Nombre de morts (rappel)	37	100	17	100	12	100	9	100	8	100	83
Groupe "INDETERMINE"											
A - Symptôme	16	43	1	6	1	8	1	11	1	12	20
B - Syndrome	5	13	4	24	3	25	4	36	1	12	17
TOTAL	21	56	5	30	4	33	5	47	2	25	37
Groupe "PROBABLE"											
C - Tableau M.G.	5	13	1	6	5	42	1	11	3	38	15
D - Tableau spécialiste	8	22	2	12	2	17	0	1	1	12	13
TOTAL	13	35	3	18	7	58	1	11	4	50	28
Groupe "CERTAIN"											
Ce - diagnostic certain du MG	4	11	4	24	1	8	1	11	1	12	11
De - diagnostic certain du spécialiste	23	62	7	41	2	17	5	45	3	38	40
TOTAL	27	73	11	65	3	25	6	56	4	50	50
TOTAL GENERAL	61	165	19	113	14	117	12	133	10	125	115
DONT : dans le total (CERT + PROB) :											
Avis du M.G.	9	24	5	29	6	50	2	22	4	50	26
Avis du spécia- liste	31	84	9	53	4	33	5	56	4	50	59

Histogrammes du tableau V.3.3.

5 premières causes immédiates de mort en fonction des positions diagnostiques successives qui les ont annoncées : signes, tableaux, diagnostics.



V.3.3. Les causes immédiates de mort et leur degré d'identification

Ce tableau est à rapprocher d'un tableau similaire réalisé dans le chapitre IV sur la morbidité, qui ventilait tous les cas de morbidité (2 754 cas) en fonction de leur degré d'identification. Ici, il s'agit du même type de répartition, mais seuls les signes, tableaux de maladie, diagnostics (ou événements) annonçant la cause immédiate de mort ont été mentionnés.

A noter que pour une même cause de décès, il peut y avoir eu plusieurs positions diagnostiques successives allant du signe au tableau de maladie et/ou au diagnostic certain. Ceci explique les pourcentages de positions diagnostiques dépassant 100 %.

1 - Généralités

Il apparaît, dans le cas des causes immédiates de mort par affections cardio-vasculaires, digestives et respiratoires, qu'une faible partie des consultations seulement se fonde sur la seule constatation de symptômes pathologiques (colonne A : 6 à 12 % des consultations). Le passage au syndrome est fréquent (colonne B) et mène rapidement aux positions diagnostiques fondées (tableaux de maladies C et D) ou diagnostics certains (Ce et De).

Par contre, dans le cas des tumeurs, on passe au diagnostic certain après une série plus longue de consultations fondées sur des signes pathologiques non évocateurs d'un syndrome particulier.

Dans le cas des décès par traumatismes, on est resté plus souvent au stade du tableau de maladie selon le généraliste ; rappelons qu'il s'agit ici des affections psychiatriques ayant précédé un suicide ou des affections cardio-vasculaires ayant précédé un décès post-opératoire.

2 - Pour les morts d'une tumeur :

Le médecin généraliste a trouvé un premier signe ou un syndrome dans 56 % des cas. Des tableaux de cancer ont été établis pour 35 % d'entre eux ; les diagnostics certains ont été atteints pour 73 % seulement.

La part du spécialiste dans la détermination du diagnostic est prépondérante, alors que le médecin généraliste arrive au même résultat pour 1/4 des malades. Remarquons aussi que c'est pour les cancéreux qu'il a existé le plus grand nombre d'étapes successives nécessaires à la détermination du diagnostic certain (165 %).

3 - Pour les morts "du coeur" :

Des signes et des syndromes cardio-vasculaires ont été relevés pour 30 % des malades, des tableaux de maladie ont été établis pour 18 %, des diagnostics

certaines pour 65 %.

Le médecin spécialiste a le plus grande part de la détermination des diagnostics certains, mais presque 1/3 des déterminations certaines sont réalisés par le praticien.

4 - Pour les morts d'un traumatisme :

Des signes de troubles mentaux ou des signes cardiaques ont été notés pour 33 % des malades ; des tableaux correspondants pour 58 % et des diagnostics certains pour 25 %. Ici, c'est le médecin généraliste qui est principalement responsable des déterminations certaines (50 %).

5 - Pour les morts de l'appareil digestif :

47 % ont pu bénéficier de la découverte de signes ou de syndromes ; il y a eu très peu de tableaux de maladie (11 %) tous faits par le médecin généraliste ; et surtout des diagnostics certains (56 %) dans lesquels le spécialiste a pris la plus grande part.

6 - Enfin, les morts d'une affection respiratoire :

Ces morts ont bénéficié de relativement peu de signes (25 %), principalement de tableaux de maladie (50 %) et de diagnostics certains (50 %).

Médecins généraliste et spécialistes se partagent ici équitablement la responsabilité dans la détermination certaine de la maladie mortelle.

V.4. Le recours au système médical pour les causes immédiates de décès

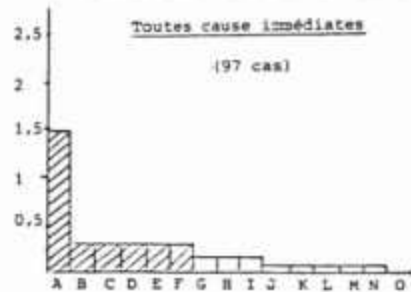
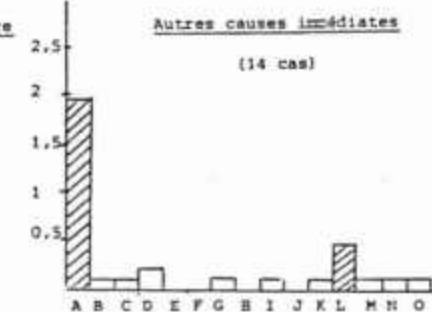
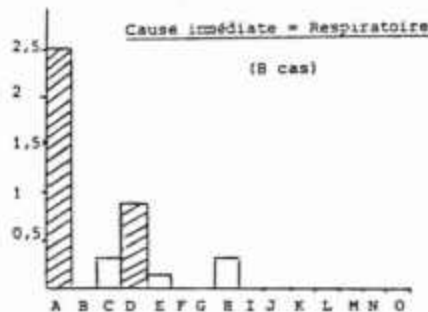
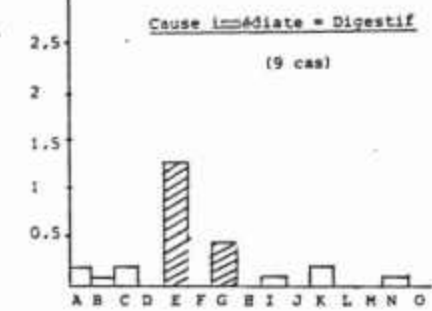
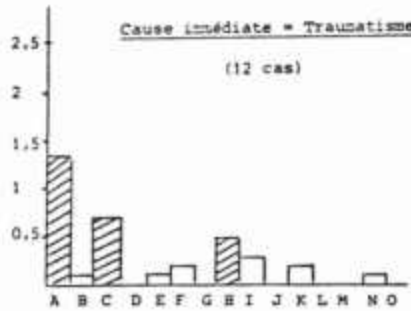
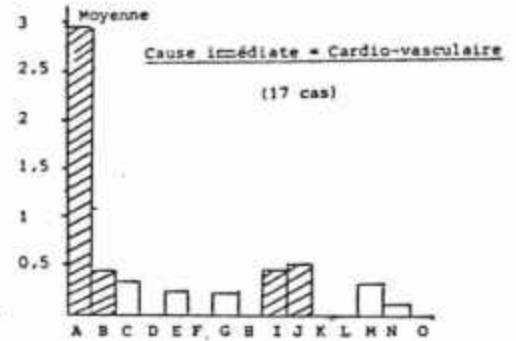
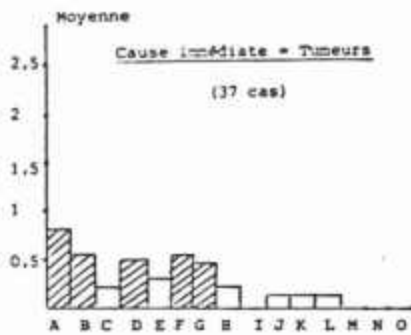
V.4.1. Le recours au spécialiste de ville ou d'hôpital pour les cinq premières causes immédiates de mort

Causés immédiates Nombre de recours	Les 5 premières causes immédiates de décès										Reste		TOTAL	
	Tumeurs		Cardio-vasculaire		Traumatismes		Digestif		Respi-ratoire		Nombre de recours	Moy- enne	Nombre de recours	Moy- enne
	Nombre de recours	Moy- enne	Nombre de recours	Moy- enne	Nombre de recours	Moy- enne	Nombre de recours	Moy- enne	Nombre de recours	Moy- enne				
Nombre de morts	37		17		12		9		8		14		97	
A - <u>Cardiologie</u> dont : (confirmations (infirmités)	30	0,8	49	2,9	16 15 1	1,3	2	0,2	20	2,5	26	1,9	143	1,5
B - <u>Chirurgien</u>	21	0,6	6	0,4	1	0,1	1	0,1			2	0,1	31	0,3
C - <u>Uro-Néphrologue</u> dont : (confirmations (infirmités)	9	0,2	5	0,3	8 7 1	0,7	2	0,2	2	0,3	2	0,1	28	0,3
D - <u>Pneumologue</u>	17	0,5	1	0,-					6	0,8	3	0,2	27	0,3
E - <u>Gastro-Entérologue</u>	10	0,3	4	0,2	1	0,1	11	1,2	1	0,1			27	0,3
F - <u>Cancérologue</u>	23	0,6	1	0,-	2	0,2							26	0,3
G - <u>ORL</u>	13	0,4	4	0,2			4	0,4			1	0,1	22	0,2
H - <u>Neuro-Psychiatre</u>	7	0,2			6	0,5			2	0,3			15	0,2
I - <u>Ophthalmologue</u>	2	0,-	7	0,4	3	0,3	1	0,1			2	0,1	15	0,2
J - <u>Dermatologue</u>	3	0,1	8	0,5									11	0,1
K - <u>Gynécologue</u>	3	0,1	1	0,-	2	0,2	2	0,2			1	0,1	9	0,1
L - <u>Hématologue</u>	3	0,1	1	0,-							5	0,4	9	0,1
M - <u>Endocrinologue</u>	1	0,-	5	0,3							1	0,1	7	0,1
N - <u>Rhumatologue</u>	1	0,-	2	0,1	1	0,1	1	0,1			1	0,1	6	0,1
O - <u>Immunologue</u>											1	0,1	1	0,-
TOTAL e par malade	143	3,9	94	5,5	43	3,3	24	2,-	31	3,9	45	3,2	377	3,9

Tableau synthétique des recours aux spécialistes

Par spécialité et par cause immédiate de mort, le tableau indique le nombre de recours aux spécialistes, ainsi que le nombre moyen de recours par malade.

Histogrammes du nombre de recours moyen aux spécialistes pour les causes immédiates de mort



- Légende :
- A Cardiologue
 - B Chirurgien
 - C Uro Néphrologue
 - D Pneumologue
 - E Gastrologue Entérologue
 - F Cancérologue
 - G O.R.L.
 - H Neuro Psychiatre
 - I Ophtalmologue
 - J Dermatologue
 - K Gynécologue
 - L Hématologue
 - M Endocrinologue
 - N Rhumatologue
 - O Immunologue

Commentaire :

Les principaux faits ressortant de cette étude peuvent être les suivants :

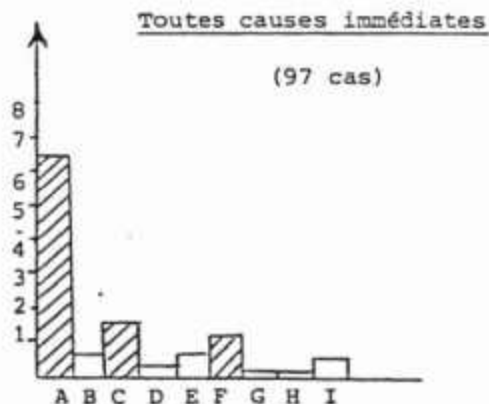
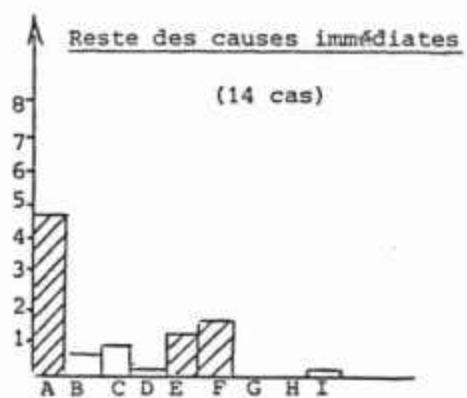
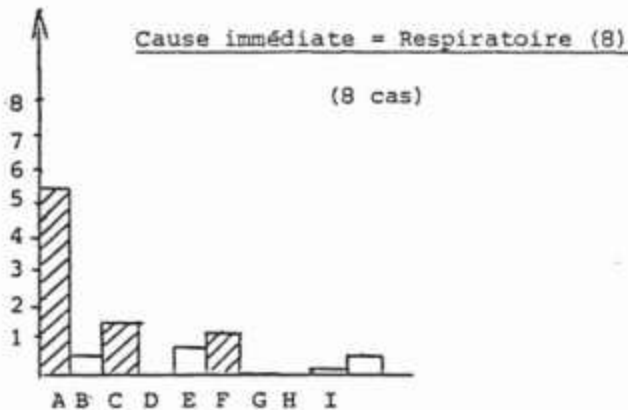
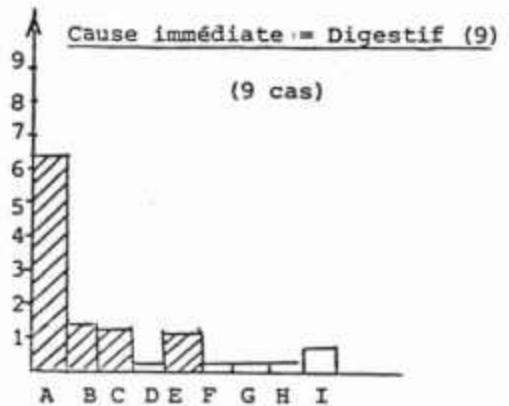
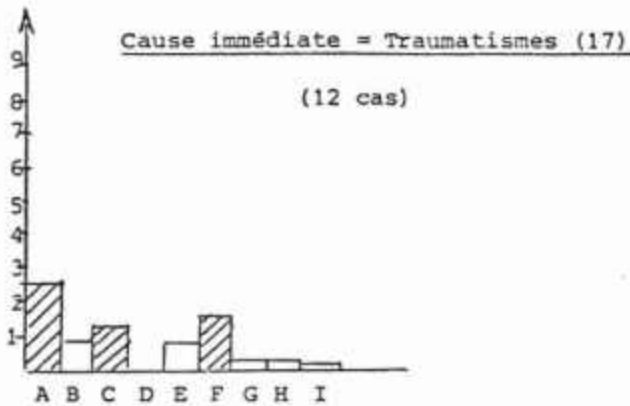
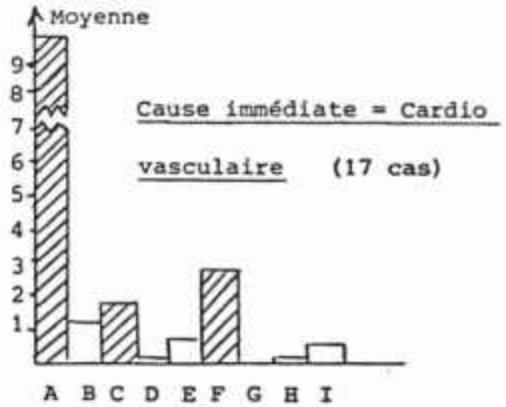
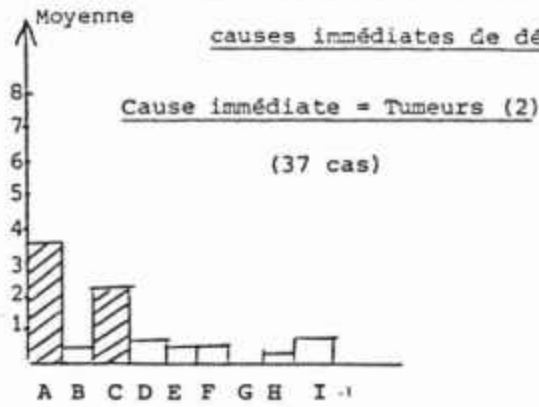
- . le cardiologue arrive nettement en tête des recours (5 à 15 fois plus fréquemment que les autres, soit 1,5 recours en moyenne par malade), puis sur un plan égal, le chirurgien, l'uro-néphrologue, le pneumologue, le gastro-entérologue et le cancérologue (0,3 recours moyen).
- . Pour les morts de tumeurs, tous ces spécialistes ont été impliqués de manière égale en moyenne 3,9 recours par malade, le cardiologue ayant été consulté relativement plus souvent, le cancérologue moins qu'on aurait pu s'y attendre (0,6 recours par malade), chaque spécialité se chargeant aussi des tumeurs de son domaine.
- . Pour les morts "du coeur" c'est, bien sûr, le cardiologue qui arrive nettement en tête avec 2,9 recours par malade, mais l'ophtalmologue et le dermatologue ont eu des recours non négligeables !
Au total, 5,5 recours par malade au spécialiste.
- . Pour les morts de traumatismes, on voit apparaître le neuro-psychiatre, mais pour 0,5 recours seulement dans un recours total à 3,3 spécialistes par malade (dont 1,3 recours au cardiologue).
- . Pour les morts de l'appareil digestif, c'est le gastro-entérologue qui a été le plus consulté (1,2 recours) avec au total 2,6 recours au spécialiste par malade.
- . Pour les causes respiratoires, cardiologue et pneumologues arrivent en tête des recours avec 2,5 et 0,8 recours, dans un total de 3,9 recours au spécialiste par malade.

En somme, les spécialistes concernés ont été impliqués, pour les morts par affections du coeur, de l'appareil digestif et respiratoire, en moyenne plus d'une fois.

Pour les morts par traumatisme, compte-tenu de la manière dont nous avons délimité ce champ, la présence du cardiologue et du psychiatre s'explique : il s'agit de morts par accident cardiaque per ou post-opératoire et par suicide. Seuls les cancérologue ne sont pas présents dans tous les cas de tumeur, ce qui s'explique par le caractère relativement récent, et encore partagé, de leur compétence.

V.4.2. Autres recours au système de santé pour les causes immédiates de décès

	Les 5 premières causes immédiates de décès										Reste		TOTAL	
	Tumeurs		Cardio-vasculaires		Traumatismes		Digestif		Respi-ratoire		Autres		TOTAL	
	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000	Nombre de décès	Mo/1000
Nombre de morts	37		17		12		9		8		14		87	
EXAMENS COMPLEMENTAIRES														
ETIOLOGIE														
- Sangins	131	2,5	302	7,8	30	2,5	57	4,3	43	5,4	67	4,8	631	6,5
- Urinaires	13		21	1,7	11	0,9	12	1,3	4	0,5	10	0,7	71	0,7
RADIOGRAPHIE														
- Pulmonaire	30	0,8	10	0,8	4	0,3			5	0,4	4	0,4	55	0,4
- Osseuse	13	0,4	4	0,4	4	0,3	3	0,3	2	0,3	3	0,2	31	0,3
- Transit gastro-duo-décal	17		9	0,5	1	0,1	5	0,6	2	0,3			34	0,4
- Lomographie intra-urinaire	8	0,2	4	0,2	1	0,1			2	0,3	1	0,1	16	0,2
- Autres	13	0,4	3	0,2	5	0,4	3	0,3			2	0,1	28	0,3
Sous-Total	83	2,7	32	1,9	15	1,2	11	1,2	11	1,4	12	0,9	184	1,7
SCOPES	22	0,4	7	0,1	1	0,1	2	0,2			2	0,2	30	0,3
BACTERIOLOGIE	13	0,4	13	0,8	9	0,8	10	1,1	4	0,8	17	1,2	68	0,7
EXAMENS ELECTRIQUES														
- ECG	20	0,5	47	2,8	20	1,7	2	0,2	9	1,1	22	1,6	120	1,2
- EEG	2	0,1			2	0,2	2	0,2					6	0,1
BIOPSIES	4	0,2	3	0,2	2	0,2	2	0,2	1	0,1			14	0,1
AUTRES	24	0,7	8	0,5	1	0,1	7	0,8	4	0,5	2	0,1	48	0,5
T. O. T. & L.	316	9,5	429	10,2	91	7,6	105	11,7	78	9,8	132	9,5	1152	11,9
SEPTORS HOSPITALIERS														
CHIRURGIE GENERALE														
	49	1,3	9	0,5	8	0,7	4	0,4			9	0,6	79	0,8
MEDICINE														
	12	0,8	10	0,4	5	0,4	9	1,1	2	0,3	9	0,6	47	0,7
PNEUMOLOGIE														
	21	0,6	5	0,3					20	2,5	4	0,4	52	0,5
ONCOLOGIE														
	1	0,1	4	0,4					5	0,6			12	0,1
URO-NEPHROLOGIE														
	2	0,1	3	0,2	5	0,4					1	0,1	11	0,1
CHIRURGIE VASCULAIRE														
	1	0,1	3	0,2					3	0,4			7	0,1
NEURO-PSYCHIATRIE														
	2	0,1			3	0,3	3	0,3					8	0,1
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE														
	2	0,1	3	0,2			1	0,1					6	0,1
NEURINATION														
			4	0,2	1	0,1	1	0,1					6	0,1
CHIRURGIE THORACIQUE														
	3	0,1			1	0,1			1	0,1			5	0,1
ENTOLOGIE														
			1	0,1									1	0
PEDIATRIE														
											1	0,1	1	0
T. O. T. & L.	112	3,1	44	2,6	23	1,9	18	2,1	31	3,9	24	1,9	255	2,6
INTERVENTIONS														
CHIRURGIE GENERALE														
	21	0,4	8	0,5	4	0,5	4	0,4			8	0,6	47	0,5
CHIRURGIE UROLOGIQUE														
	21	0,4	2	0,1	1	0,1					1	0,1	25	0,3
CHIRURGIE VASCULAIRE														
			2	0,1					1	0,1	1	0,1	4	0
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE														
	2	0,1	3	0,2			1	0,1					6	0,1
CHIRURGIE THORACIQUE														
	3	0,1			1	0,1							4	0
NEURO-CHIRURGIE														
							2	0,2					2	0
ENTOLOGIE														
			1	0,1									1	0
T. O. T. & L.	47	1,3	16	0,4	8	0,7	7	0,8	1	0,1	10	0,7	89	0,9

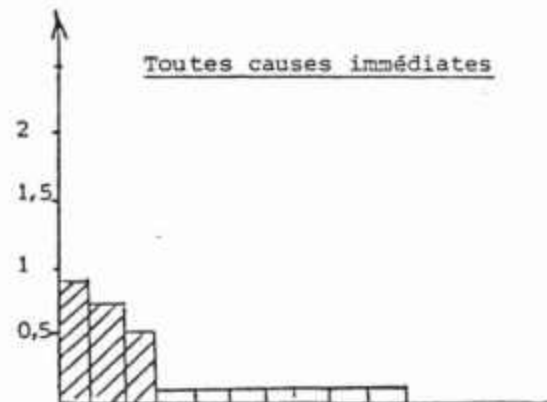
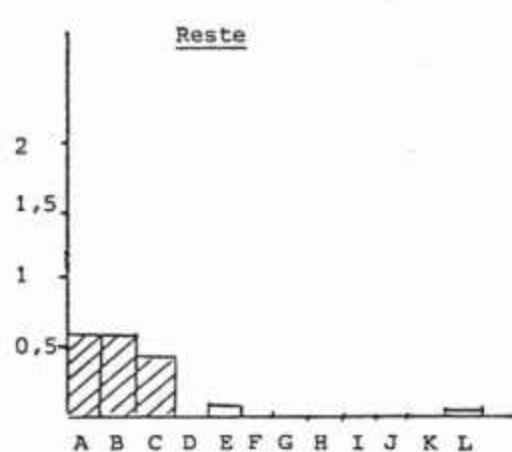
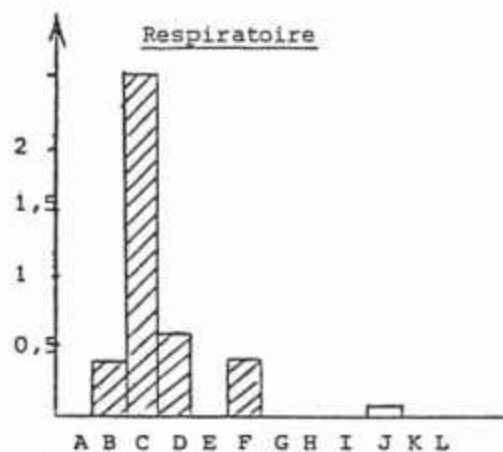
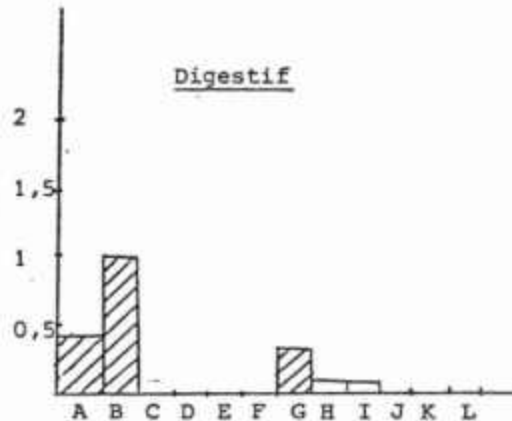
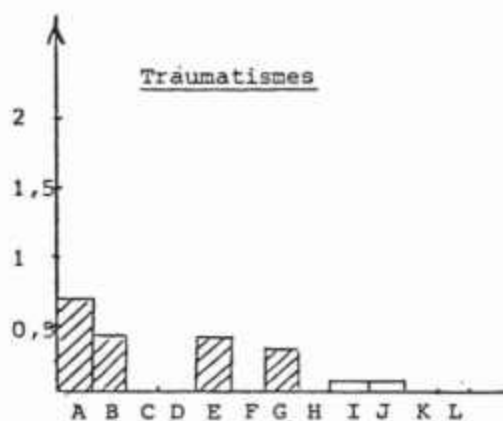
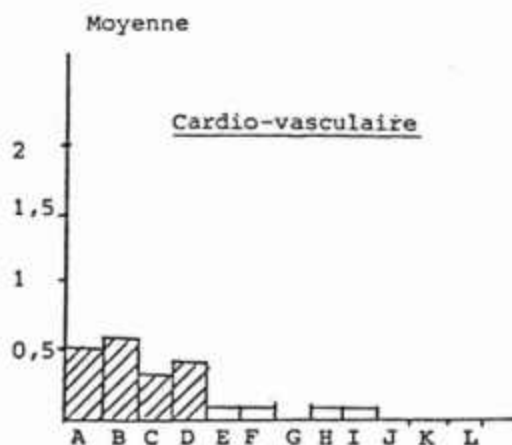
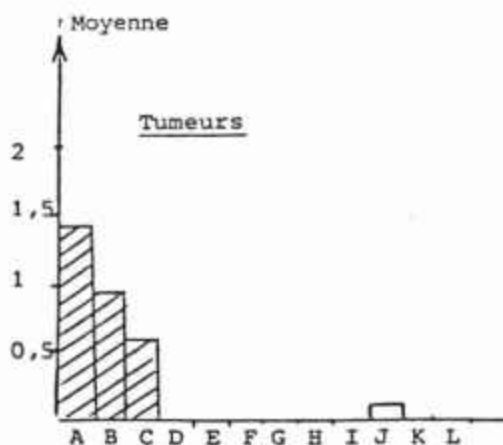


Légendes :

- A Biologie sanguine
- B Biologie urinaire
- C Radios
- D Scopies (autres que radioscopies fibroscopies etc)
- E Bactériologie
- F Electro cardiogramme (ECG)
- G Electro encéphalogramme (EEG)
- H Biopsie
- I Autres examens

- Recours aux examens complémentaires :

Ce sont les examens de biologie sanguine, les radiographies et les électrocardiogrammes qui sont les plus utilisés, avec respectivement 6,5 - 1,7 et 1,2 examens en moyenne par malade, toutes causes confondues.



Légendes :

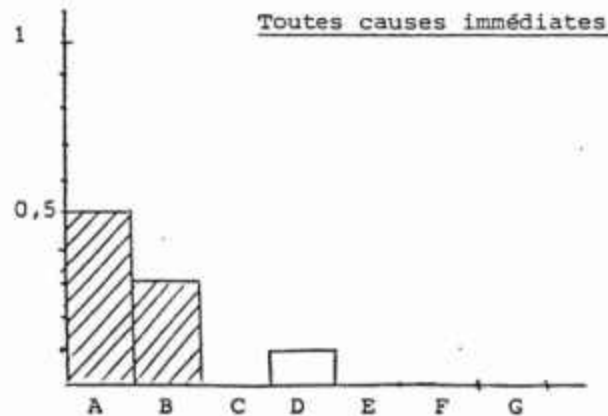
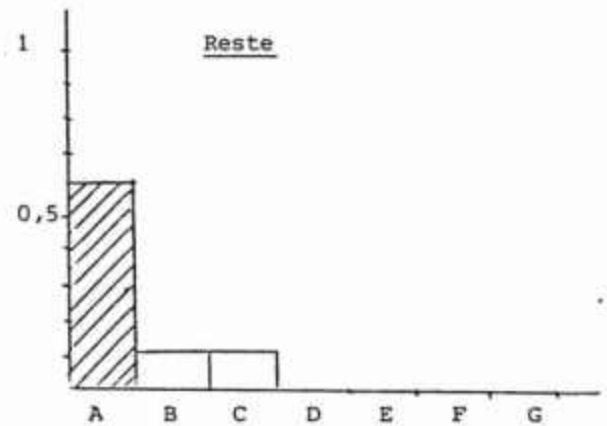
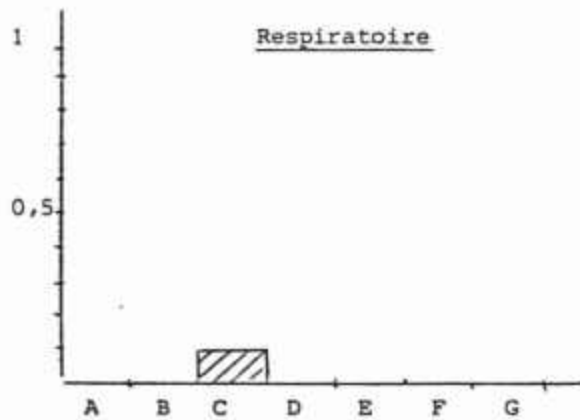
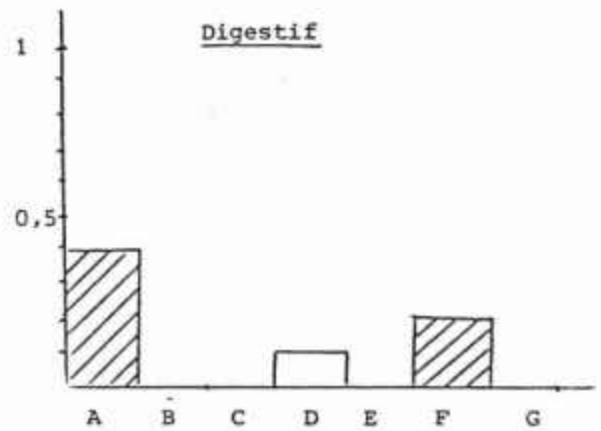
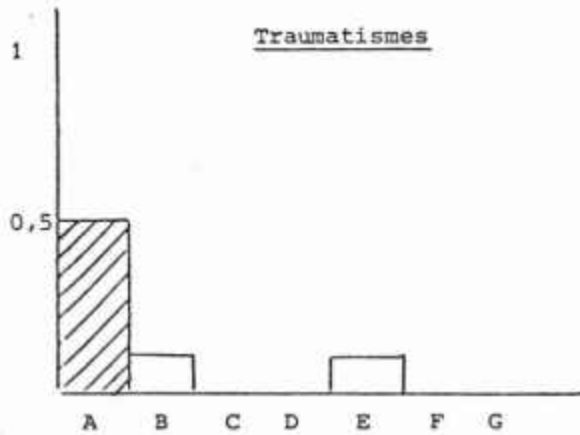
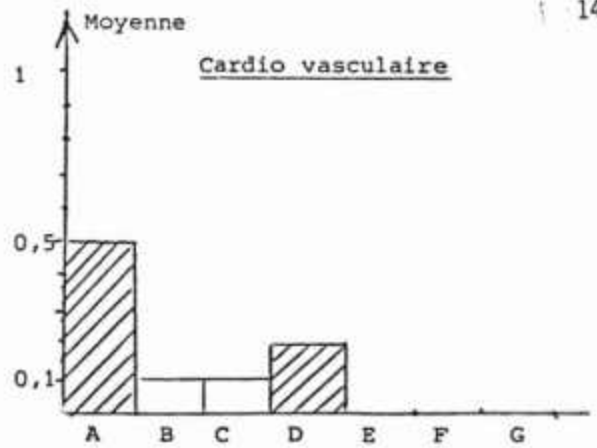
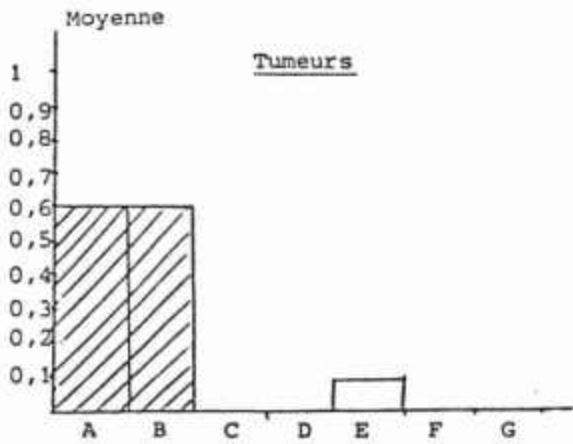
- A Chirurgie générale
- B Médecine
- C Pneumologie
- D Cardiologie
- E Uro-Néphrologie
- F Chirurgie vasculaire
- G Neuro-Psychiatrie
- H Chirurgie Orthopédique
- I Réanimation
- J Chirurgie Thoracique
- K Gynécologie
- L Pédiatrie

- Séjours hospitaliers :

Chaque malade a eu en moyenne 2,6 fois un séjour hospitalier.

Trois principaux domaines sont concernés :

- . la chirurgie générale : avec 0,8 séjour en moyenne
- . la médecine : avec 0,7 séjour en moyenne
- . la pneumologie : avec 0,5 séjour en moyenne



Légende :

- A Chirurgie générale
- B Chirurgie urologique
- C Chirurgie vasculaire
- D Chirurgie orthopédique
- E Chirurgie thoracique
- F Neuro-Chirurgie
- G Gynécologie

- Les interventions chirurgicales :

Chaque malade a eu en moyenne 0,9 fois une intervention chirurgicale.

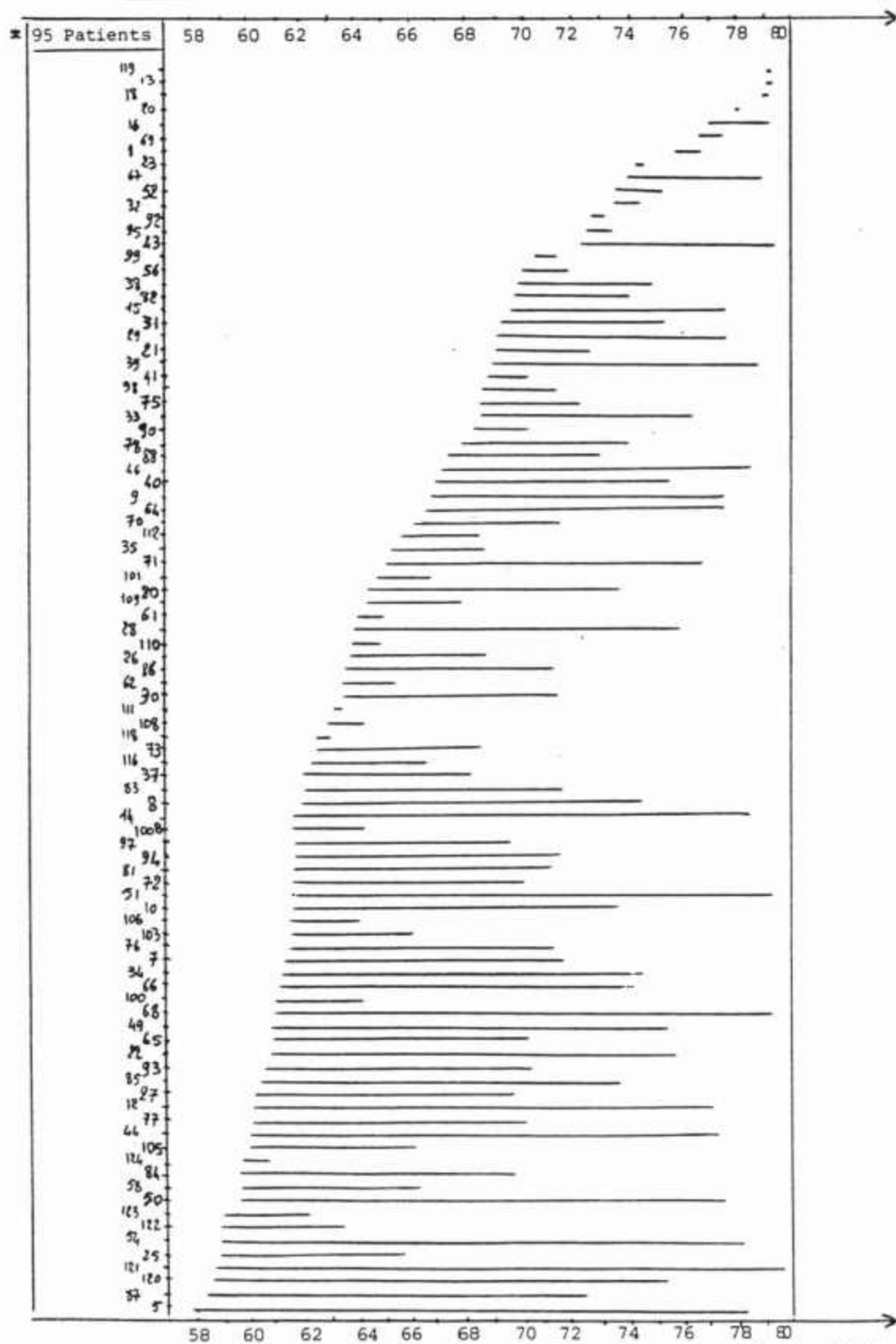
Les plus fréquemment effectuées sont celles de :

- . chirurgie générale : 0,5 interventions par malade en moyenne
- . chirurgie urologique : 0,3 interventions par malade en moyenne
- . chirurgie orthopédique : 0,1 interventions par malade en moyenne

Ce sont les cancéreux qui ont eu à subir le plus d'interventions chirurgicales (1,3 en moyenne par malade).

Ce sont les morts d'affections respiratoires qui en ont subi le moins (0,1 en moyenne) et uniquement des opérations de chirurgie vasculaire.

V.5.1. Ancienneté des patients chez le médecin généraliste, fréquence
des consultations - Diagramme de l'ancienneté de tous les malades



V.5.1. Commentaire

95 patients sont représentés sur ce diagramme ; il s'agit de ceux qui ont une cause déterminée de mort (97 malades) excepté 2 malades pour lesquels il n'y a jamais eu de consultation au cabinet. Chaque malade est représenté par un vecteur dont :

- l'origine est la date de 1ère consultation (P) : entrée en clientèle,
- la flèche est la date de mort (†) ; cette date de mort a été estimée par convention égale à la date de dernière consultation, quand le médecin généraliste ignore la date exacte du décès (33 cas).

Ce diagramme simple permet, à première vue, de relever un fait important :

- les défunts de la clientèle du médecin généraliste sont souvent de "vieux clients" pour 71 d'entre eux, en effet, la première consultation a eu lieu dans la première moitié de la carrière du médecin généraliste (de 1958 à 1969).
- plus précisément 48 défunts sont restés plus de 5 ans clients de ce médecin, dont 24 plus de 10 ans.

Tableau des anciennetés des patients et de la fréquence moyenne annuelle des consultations

	Les 5 premières causes immédiates de mort					Reste	TOTAL
	Tumeurs	Cardio-vasculaire	Traumatisme	Digestif	Respiratoire		
Nombre de morts	36	17	12	8	8	14	95
Ancienneté moyenne des patients chez le médecin généraliste, de la 1ère consultation à la mort. (en années)	6,2	8,8	8	7,8	6,1	6,8	7,1
FREQUENCE MOYENNE ANNUELLE DES CONSULTATIONS entre la 1ère consultation et la mort							
Moyenne générale	3,1	3,6	1,9	3,3	3,2	2,33	3
Dernière année avant la mort = N	4	2,7	3,2	6,6	2	2,1	3,4
Avant-dernière année avant la mort = N - 1	2,6	3,9	1,7	3,1	0,8	1,3	2,4
N - 2	2,5	4,4	1,2	4,3	0,8	0,7	2,4
N - 3	1,7	2,5	0,9	2,1	0,9	0,8	1,6
N - 4	1,9	2,8	1,3	1,1	2,6	1,3	1,9
N - 5	1,9	2,8	2	1,1	2,1	0,9	1,9
N - 6	1,2	2,4	0,8	0,5	1,9	1,4	1,4
N - 7	1,1	2,6	0,2	0,9	1,4	0,6	1,2
N - 8	0,9	1,8	1,2	1,3	2,4	0,8	1,2
N - 9	0,7	2,3	0,6	1	1,4	0,8	1,1
N - 10	0,3	1,4	0	0,4	0,3	0,6	0,5
N - 11	0,4	0,5	0,1	0,4		0,8	0,4
N - 12	0,2	0,5	0,5	0,4		0,4	0,3
N - 13	0,2	0,2	0,3	0,5		0,9	0,3
N - 14	0,1	0,2	0,6	1		0,6	0,3
N - 15		0	0,2	0,8		0	0,2
N - 16		0	0,2	0,3		0,9	0,2
N - 17		0,1	0,3	0		0,5	0,1
N - 18		0	0	0,3		0,1	0
N - 19			0,3	2			0,1
N - 20			0,1				0

Commentaire :

Les faits visuellement évidents, qui viennent d'être mentionnés, sont confirmés par le calcul et sont complétés par des renseignements plus précis quant aux fréquences de consultation, aux moyennes de recours au système médical en évolution dans le temps. Les divers nombres sont des moyennes :

- ancienneté moyenne pour les 5 premières causes de mort immédiate (en années)
- fréquence des consultations (en nombre de consultations annuelles par malade, selon un pas constant d'une année à partir de la mort, ainsi qu'une "moyenne générale" des consultations par malade, selon l'ancienneté moyenne des patients.

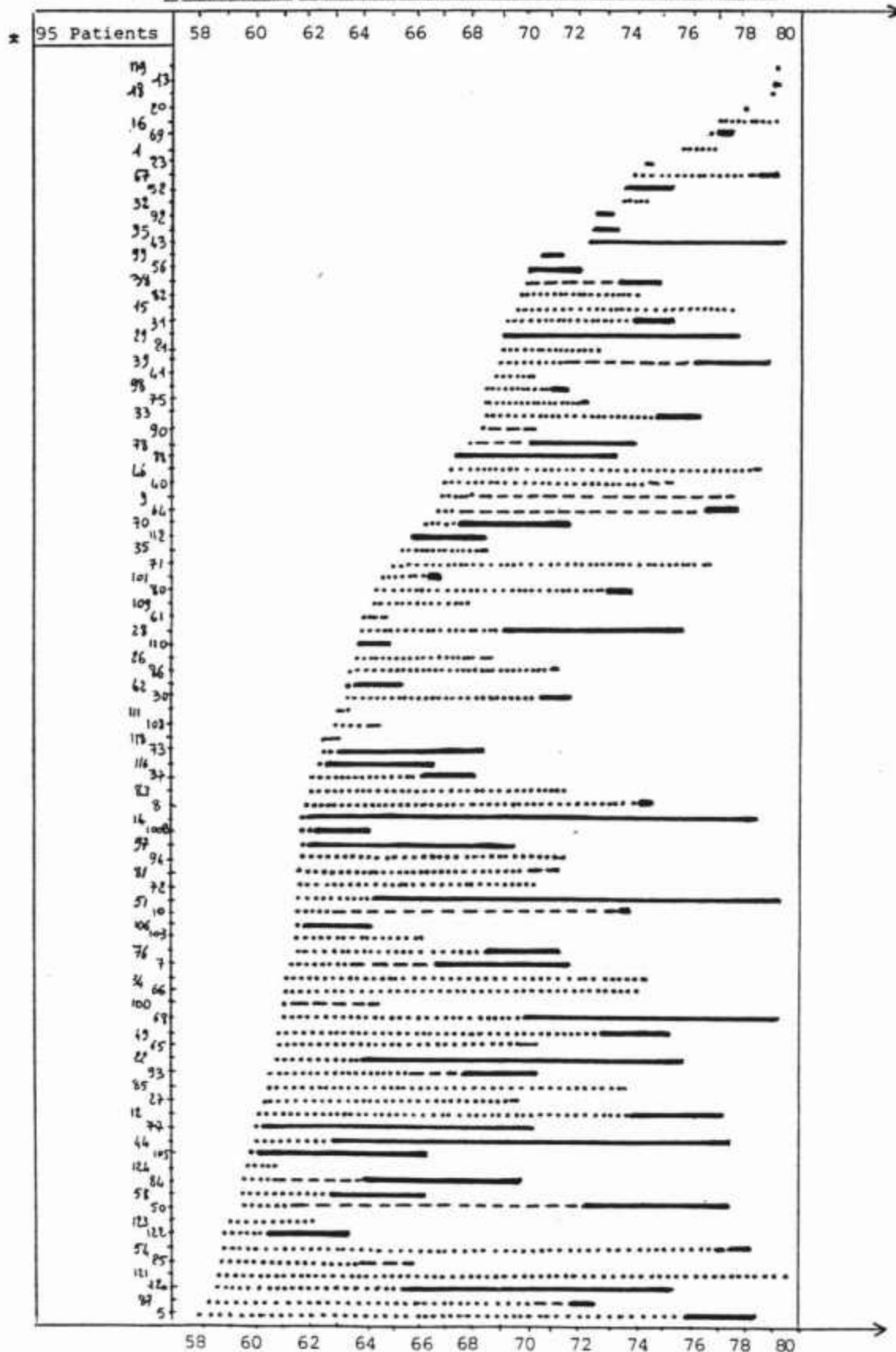
On constate que l'ancienneté des défunts dans la clientèle dépasse 6 ans en moyenne, dans le cas des morts par tumeurs et par affections respiratoires. Elle atteint 8 ans pour les affections cardio-vasculaires, les traumatismes et les affections digestives. Rappelons que dans notre définition les traumatismes incluent les morts par suicide et accidents cardio-vasculaires per et post-opératoires.

La fréquence moyenne annuelle des consultations connaît trois paliers qu'on retrouve, à peu de chose près, pour les cinq premières causes immédiates de mort. Inférieure à 1 consultation par an et par malade jusqu'à la dixième année avant la mort, elle double vers la 9ème année avant le décès, se maintient à peu près stable jusqu'à 2 ans avant la mort, augmente alors un peu et double à nouveau la dernière année avant le décès. Elle atteint alors la moyenne de 3 consultations par an et par malade.

Notons que même si l'on tient compte du fait qu'il ne s'agit que des consultations au cabinet médical et que les visites à domicile augmentent les fréquences réelles d'appel au médecin généraliste, la fréquence d'appel au médecin dans cette population de morituri reste remarquablement modeste tout au long de leur passage dans la clientèle de ce médecin.

Rappelons que les séjours hospitaliers sont, eux aussi, faibles : 2,6 par malade pour toute la période.

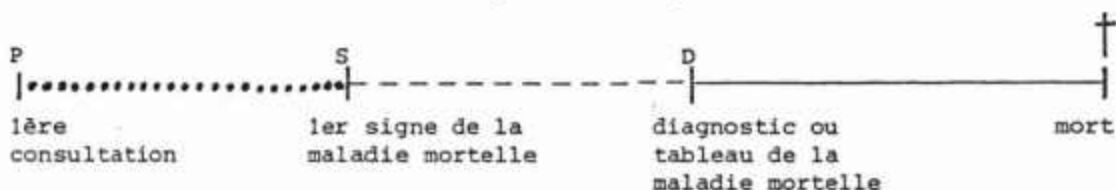
- Diagramme de tous les malades et de leurs conséquences



* : 2 patients dont on ignore la date de la 1ère consultation (N° 11 et 113)

Commentaire :

Du point de vue de l'apparition de la maladie mortelle dans le cursus de chaque malade, ce qui apparaît visuellement dans ce diagramme est la prépondérance de ceux pour lesquels on est passé directement au stade d'un diagnostic ou d'un tableau de maladie, sans passer par un premier signe. Très peu de malades (12 en tout) ont, en effet, présenté ce qui aurait été un schéma standard:



L'explication de cette anomalie apparente réside dans le fait que l'unité de séquence temporelle de ce diagramme est de 1 année. Or la durée de temps écoulé entre le 1er signe et le diagnostic est inférieure à un an chez ces malades. Elle est même très notablement inférieure comme va le confirmer le tableau à venir.

V.5.2. Tableaux des séquences temporelles de la maladie mortelle

	5 premières causes immédiates de mort					Reste	TOTAL
	Tumeurs	Cardio-vasculaire	Traumatisme	Digestif	Respiratoire		
Nombre de morts	36	17	12	8	8	14	95
Ancienneté moyenne du diagnostic	1 an 6 mois	5 ans 4 mois	5 ans 6 mois	1 an 3 mois	2 ans 9 mois	2 ans 6 mois	3 ans
Ancienneté moyenne du 1er signe	2 ans 2 mois	6 ans 1 mois	7 ans 7 mois	2 ans 2 mois	4 ans 9 mois	2 ans 11 mois	4 ans 2 mois
Durée moyenne entre S et D	8 mois	9 mois	2 ans 1 mois	9 mois	2 ans	5 mois	1 an 2 mois
Durée moyenne corrigée entre S et D (sans les 4 cas atypiques : malades n° 9, 10, 50 et 64) *	4,5 mois *	3 mois *	14 mois *	9 mois	11 mois *	5 mois	8 mois
FREQUENCE DES CONSULTATIONS entre le diagnostic et la mort (en consultation/malade)							
- 1 mois	0,9	0,5	0,6	1,2	1,2	1,8	1
- 1 mois	0,3	0,2	0,3	1,8	0,5	0,2	0,5
- 1 mois	0,3	0,3	0	1,5	0,3	0	0,3
- 6 mois	0,3	0,1	0,4	0,9	0,2	0,08	0,3
- 1 an	0,2	0,1	0,2	0,7	0,05	0,07	0,2
- 2 ans	0,3	0,3	0,2	0,4	0,05	0,06	0,2
- 3 ans	2,7	0,2	0,3		0,2	0,06	0,2
- 4 ans		0,3	0,4		0,03	0,07	0,2
- 5 ans		0,06	0,08			0,07	0,07
FREQUENCE DES CONSULTATIONS entre le 1er signe et le diagnostic (en consultation/malade)							
+ 1 mois	1,8	1,8	1,5	2,5	1	1,5	1,8
+ 1 mois	0,8	0,7	0	0,5	0	1,5	0,7
+ 1 mois	0,9	0	0,3	0	0	1	0,6
+ 6 mois	0,2	0,2	0,1	0,2	0	0,2	0,2
+ 1 an	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2
+ 2 ans	0,04	0,2	0,04		0,04		0,1
+ 3 ans	0,09	0,2	0,05		0,1		0,1
Nombre de recours au système médical entre le 1er signe et le diagnostic (moyenne/malade)							
Examens complémentaires	2,9	1,5	1,3	2,8	3	1	3,8
Spécialistes	1,1	1,7	1	0,8	0	1	1,1
Séjours hospitaliers	1,8	1	1	1,3	1	0	1,5
Interventions	1,2	0	0,5	0,3	0	0	0,9

Commentaire du tableau des séquences temporelles pour les 5 premières causes
immédiates de mort

La répartition concerne :

- d'une part, les anciennetés ou les durées moyennes :
 - . du diagnostic
 - . du premier signe
 - . de l'écart entre le 1er signe et le diagnostic.
- d'autre part, les fréquences de consultations entre le diagnostic et la mort (le pas étant variable à partir de la mort qui est prise comme point de départ) :

1 mois
1 mois
1 mois
6 mois
1 an
2 ans
3 ans
4 ans
etc...

puis les fréquences entre le 1er signe et le diagnostic, selon le même pas variable à partir du 1er signe pris comme point de départ.

Enfin, les recours au système hospitalier sont précisés, en nombre, entre le 1er signe et le diagnostic.

Nota : pour ce qui est de la durée moyenne entre S et D, 4 malades seulement ont des durées très longues, au point de se distinguer totalement du reste du groupe ; il s'agit des cas :

9 : 9 ans 5 mois
10 : 10 ans 8 mois
50 : 10 ans 2 mois
64 : 10 ans 3 mois.

Ces 4 malades sont analysés spécialement en termes d'appréciation de la qualité des soins, dans le chapitre V.6. "quelques exemples de suivi de clientèle". On s'aperçoit que le choix du 1er signe de la maladie a dû être fait de façon totalement arbitraire et chez ces malades sur des hypothèses finalement insuffisamment fondées.

Nous avons donc extrait ces cas atypiques pour calculer une 2ème durée moyenne corrigée entre S et D (marquée d'une "x").

Résultats

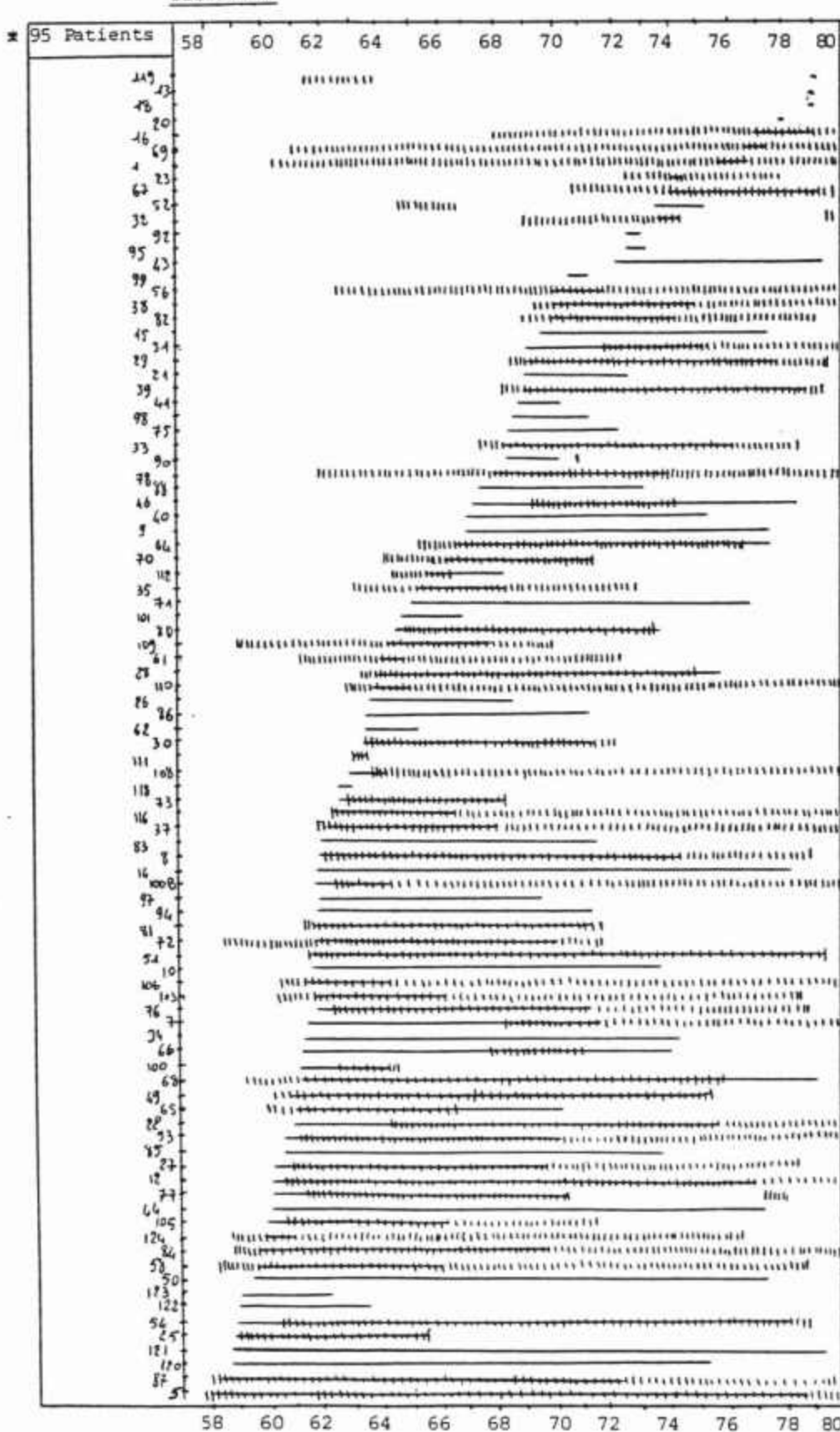
- Les durées moyennes entre l'apparition du 1er signe et le diagnostic de la maladie chez nos morituri ont été finalement de :
 - . 3 mois pour les affections cardio-vasculaires
 - . 4,5 mois pour les affections cancéreuses
 - . 9 mois pour les affections digestives
 - . 11 mois pour les affections respiratoires
 - . 14 mois pour les affections mentales et cardio-vasculaires induisant la plupart de nos morts parmi les cas de "trauma" opératoire.

La durée exceptionnellement longue mise à faire émerger le diagnostic chez ces 12 malades morts par trauma, suggère la nécessité d'une évolution séparée de ces dossiers par le médecin, s'agissant de cas manifestement peu clairs et difficiles. Nous en donnons un exemple dans l'étude du cas N° 50 au chapitre V.6.

- Pour ce qui est des fréquences de consultations entre le diagnostic et la mort, on voit, comme on pouvait s'y attendre, cette fréquence doubler à 6 mois avant le décès et augmenter de nouveau un mois avant la mort.
- Pour ce qui est des fréquences de consultations entre le 1er signe et le diagnostic, c'est dans les trois premiers mois qui suivent l'apparition du 1er signe que le nombre de consultations est le plus élevé; lorsque le diagnostic tarde le nombre des consultations baisse notablement.
- Pour ce qui est des recours au système médical, entre le 1er signe et le diagnostic, toutes les causes immédiates de mort ont vu mettre en oeuvre pour le diagnostic de ce malade causale, des examens complémentaires et un séjour hospitalier.

Les seules interventions chirurgicales notées pendant cette séquence diagnostique concernent les cancers et les traumatismes.

- Diagramme de tous les morituri et de leurs famille dans la clientèle



* : 2 patients dont on ignore la date de la 1ère consultation (N°11 et 113)

Commentaire :

Les hachures "|||||" précisent, par rapport au vecteur de base de chaque malade, la période de consultation d'au moins un membre de la famille du défunt, ce qui est le cas de 62 d'entre eux.

Le diagramme montre alors la grande fidélité de la famille des défunts vis-à-vis du médecin généraliste, fidélité qui se manifeste par les durées de présence dans la clientèle des familles, qui sont plus longues que la durée de présence des morituri eux-mêmes ; ainsi :

. 40 familles de morituri ont continué à être suivies par le médecin généraliste après sa mort et sans interruption.

22 familles seulement ont quitté la clientèle avant ou après le décès. Deux seulement d'entre elles ont repris contact, mais 7 et 5 ans après le décès (malades 77 et 32). Tout se passe comme si le personnage du médecin restait lié à l'idée de la mort, idée que l'on évite. 33 défunts n'avaient jamais eu de membre de leur famille dans la clientèle de leur médecin.

Synthèse de l'étude des familles des défunts dans la clientèle, en fonction des causes de décès

	5 premières causes immédiates					Reste	Total
	Tumeur	Cardio-vasculaire	Trauma	Digestif	Respiratoire		
Nombre de morts	36	17	12	8	8	14	95
Ancienneté moyenne des patients (rap-pel)- en années	6,2	8,8	8	7,8	6,1	6,8	7,1
Ancienneté moyenne de la famille chez le praticien jus-qu'en 1980 - en années	14,9	17,4	15,4	17,9	13,3	17,3	17
Nombre de défunts dont la famille a quitté le prati-cien après la mort	7 soit 19 %	5 soit 29 %	2 soit 17 %	0 soit 0 %	1 soit 12 %	2 soit 14 %	17 soit 18 %
En cas de fidélité de la famille, du-rée moyenne de l'absence de la famille après la mort - en années	0	0 sauf 1 famille (7 ans)	0	0	0	0 sauf 1 famille (5 ans)	0 sauf 2 famil- les

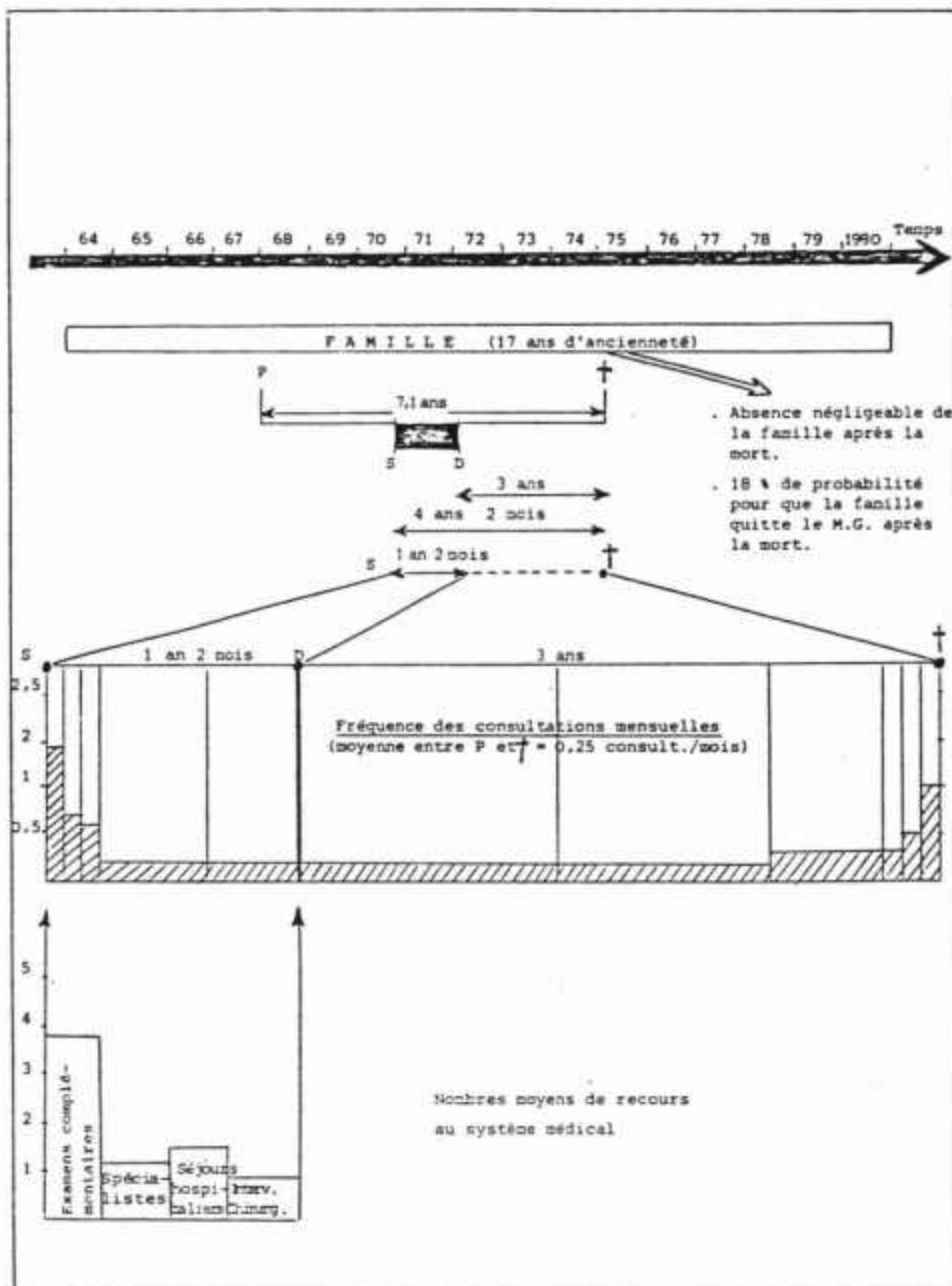
Commentaire :

Ce tableau montre toute l'ampleur du phénomène "médecin de famille" :

- . En moyenne le médecin a soigné pendant 7 ans un défunt, dont il soigne d'autres membres de la famille depuis 17 ans ;
- . 18 % seulement des familles ont quitté le médecin après le décès d'un des leurs, en moyenne, avec deux écarts : 0 %, dans le cas de mort pour cause digestive et 29 % des cas, dans le cas de mort pour cause cardio-vasculaire. C'est dans les maladies cardiaques que l'échec thérapeutique semble le plus mal accepté.

v.5.4. Les fiches d'évolution-type par cause de mort

EVOLUTION-TYPE DU DEFUNT
chez le Médecin généraliste
 (toutes causes de mort confondues)



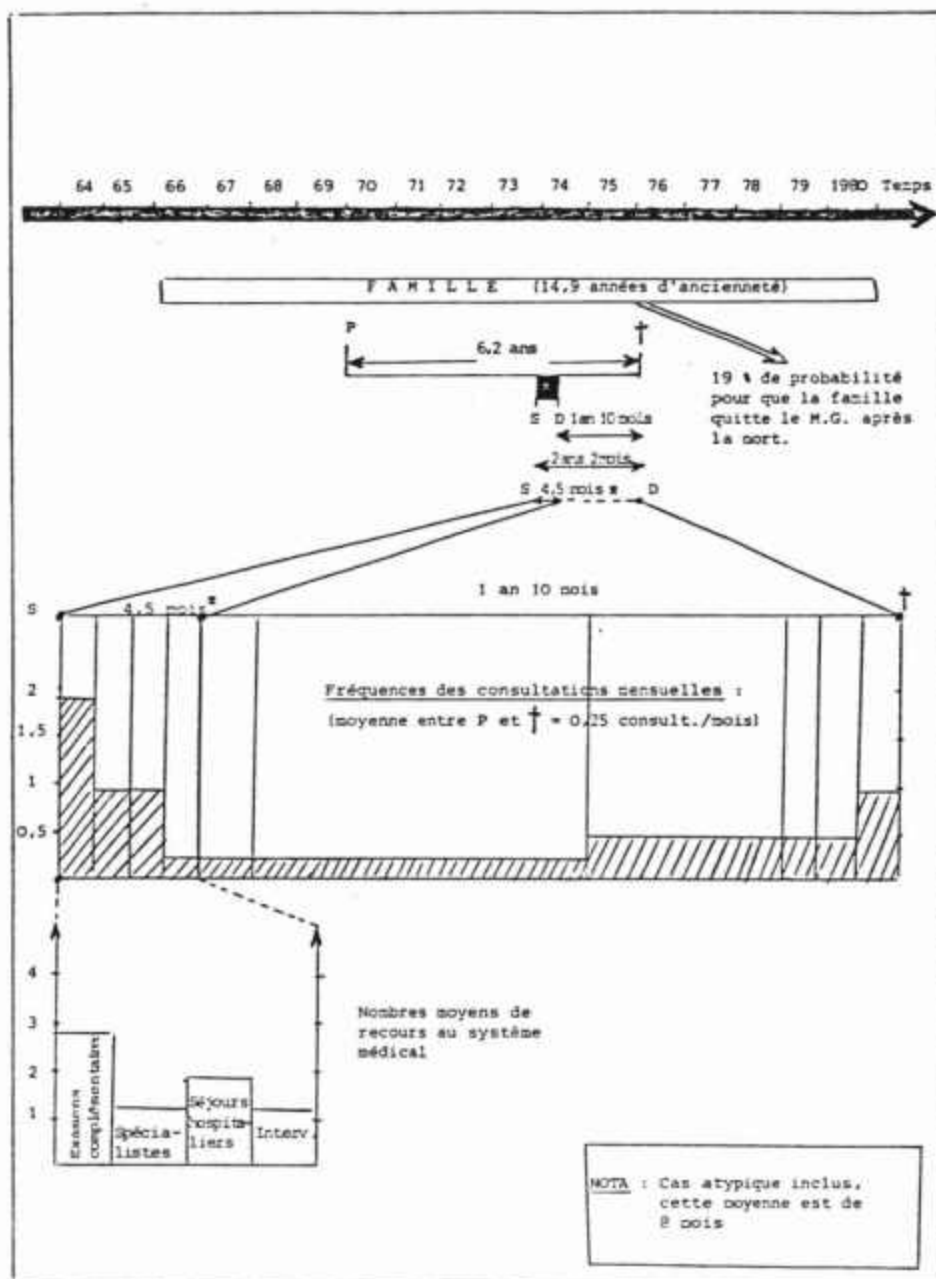
V.3.4. Les Fiches d'Evolution-type :

par malade moyen rassemblent, sous une forme synoptique, tous les résultats des synthèses chiffrées.

- Le défunt moyen, toutes causes de mort confondues, représente les 95 patients morts d'une cause identifiée :
 - . la famille est très fidèle : 17 ans (sur les 22 ans de carrière),
 - . 18 % des familles ont quitté définitivement le praticien après la mort du défunt,
 - . la durée de vie du défunt dans la clientèle a été d'environ 7 ans,
 - . le 1er signe de la maladie mortelle (quand on l'a trouvé) a été noté environ 4 ans avant sa mort ; il s'est ensuite écoulé 8 mois pour confirmer ce 1er signe par un tableau de maladie ou un diagnostic (quand il a été établi),
 - . après ce tableau ou ce diagnostic, 3 années se sont écoulées jusqu'à la mort,
 - . la fréquence moyenne des consultations pendant les 7 années dans la clientèle, a été de 3 par an (soit 0,25 par mois),
 - . cette fréquence a comporté d'importantes variations par rapport à la moyenne précédente, entre le 1er signe et la mort :
 - de très forte (1,8 et 0,7 par mois) pendant les 1er et 2ème mois après le 1er signe, cette fréquence se stabilise à 0,2 jusqu'au diagnostic et même au-delà jusqu'à 3 mois avant la mort,
 - entre le 1er signe et le diagnostic (soit pendant environ 8 mois) on a eu recours au système médical dans son ensemble pour :
 - 3,8 examens complémentaires
 - 1,1 recours aux spécialistes
 - 1,2 séjour hospitalier
 - 0,8 intervention chirurgicale.

./.

EVOLUTION-TYPE
du malade mort d'une TUMEUR



- La Fiche du défunt mort d'une tumeur : ne se distingue du schéma-type que par les éléments suivants :

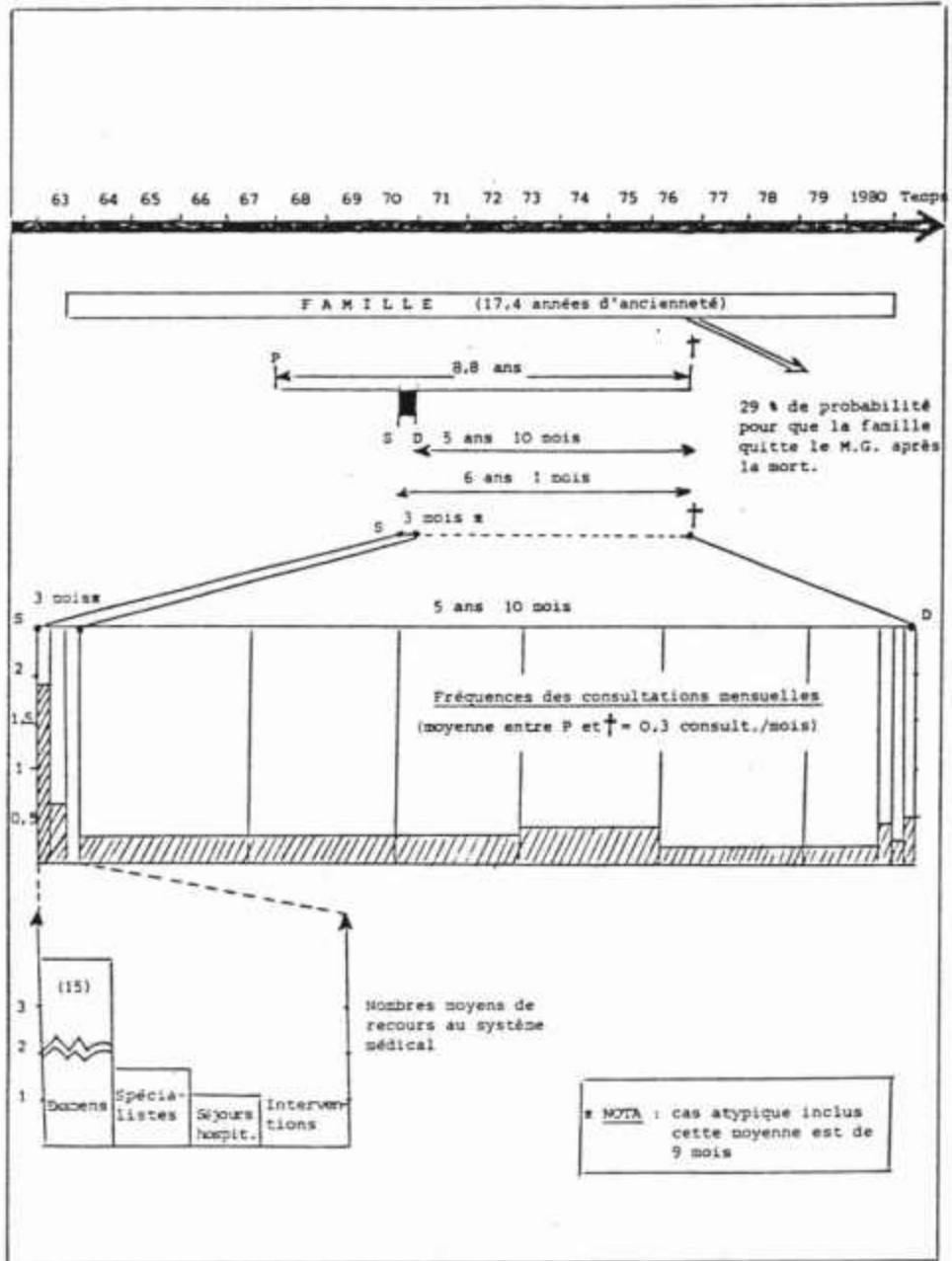
- . la durée en clientèle est d'environ 6 ans,
- . les durées de vie entre le 1er signe et la mort, et entre le diagnostic et la mort, sont pratiquement la moitié des durées moyennes-type (2 ans et 1,5 an environ).

Remarquons toutefois que la durée entre le 1er signe et le diagnostic, qui est de 8 mois en moyenne, n'est plus que de 4,5 mois, soit la moitié.

Les autres éléments (fréquence de consultations, recours au système médical, famille ...) sont très similaires à ceux du défunt-type.

EVOLUTION-TYPE

du malade mort d'une affection CARDIO-VASCULAIRE

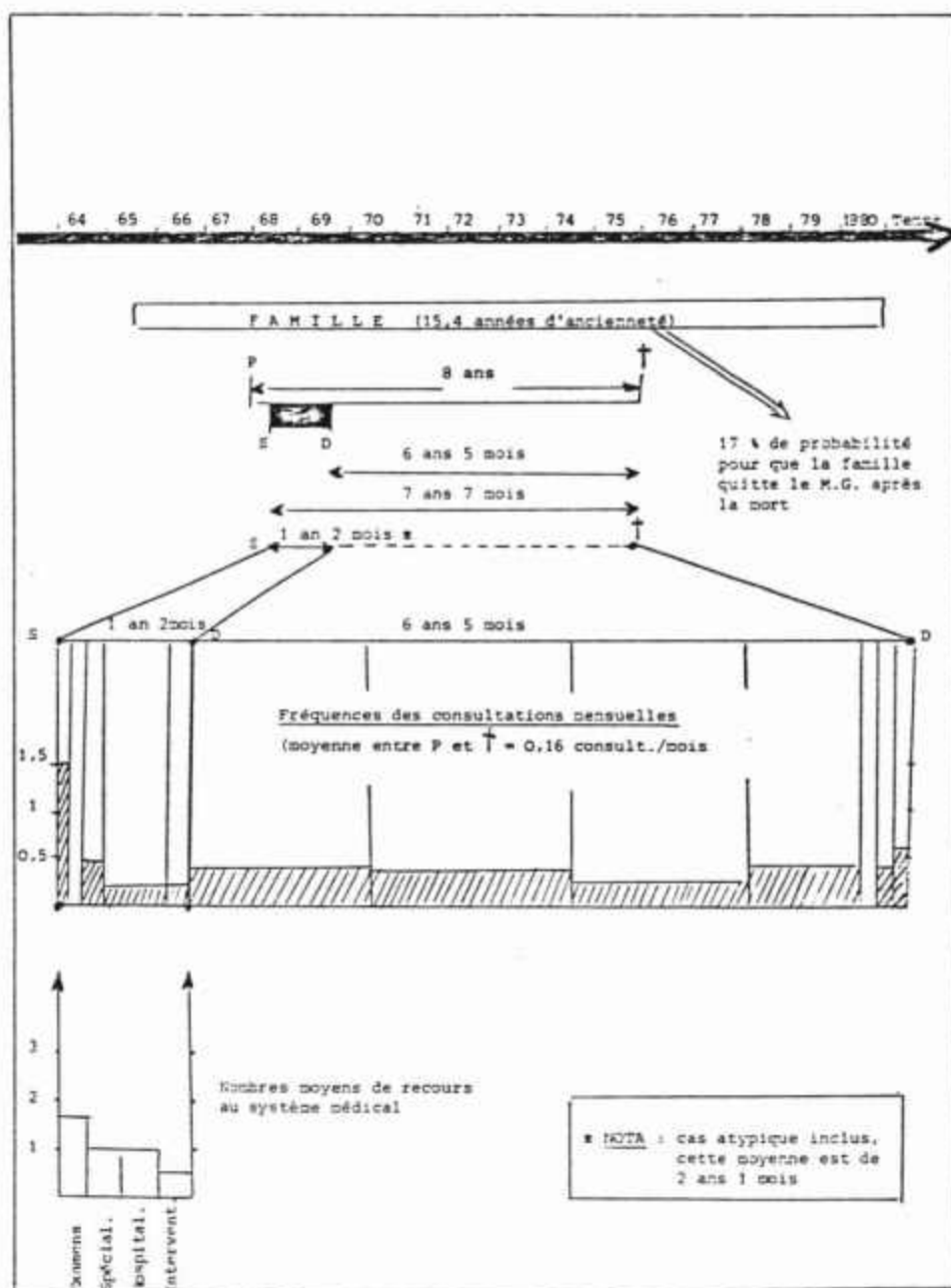


- La Fiche du défunt mort d'une affection cardio-vasculaire : les éléments distinctifs, par rapport au schéma-type, sont les suivants :

- . la famille quitte davantage le médecin généraliste après la mort (29 %),
- . les durées de vie sont nettement plus longues, après la 1ère consultation (~ 9 ans), après le 1er signe (~ 6 ans), après le diagnostic (~ 5 ans). La durée moyenne entre ce 1er signe et le diagnostic (3 mois), est la plus brève de toutes,
- . la fréquence moyenne des consultations est plus élevée (0,3 consultation par mois),
- . l'augmentation des consultations avant la mort est moins marquée,
- . le recours aux examens complémentaires (biologie sanguine, E.C.G....) est très élevé (15 recours en moyenne par malade),
- . il n'y a aucune intervention chirurgicale entre le 1er signe et le diagnostic.

./.

EVOLUTION-TYPE
du malade mort d'un TRAUMATISME

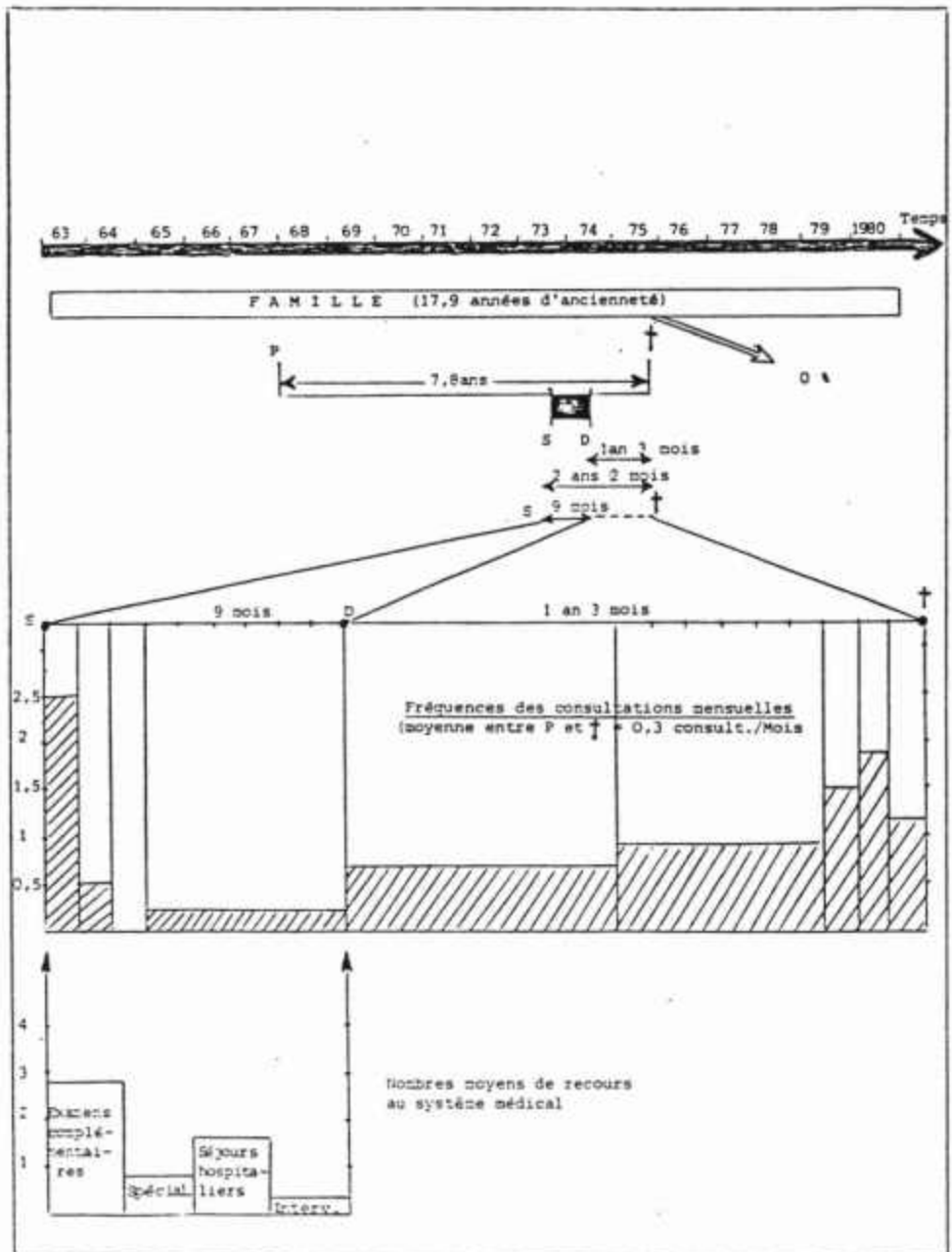


- La Fiche du défunt mort d'un traumatisme : se distingue par les éléments suivants :

- . le 1er signe a pratiquement été en même temps que la 1ère consultation, soit environ 8 ans avant la mort,
- . le diagnostic n'a été établi que 2 ans après,
- . la durée relativement longue s'écoulant entre le 1er signe et le diagnostic (2 ans) doit être modulée en fonction du cas atypique (malade N° 50), pour lequel cette durée est d'environ 10 ans : elle tombe alors à 1 an 2 mois, ce qui représente la moyenne générale, tous défunts confondus,
- . la fréquence des consultations est plus faible que la moyenne (0,16 au lieu de 0,25),
- . la courbe des fréquences de consultations n'est pas aussi régulière que dans la courbe-type,
- . il y a eu relativement moins de recours aux examens complémentaires (rappelez qu'il s'agit, en effet, de troubles mentaux en majorité).

EVOLUTION-TYPE

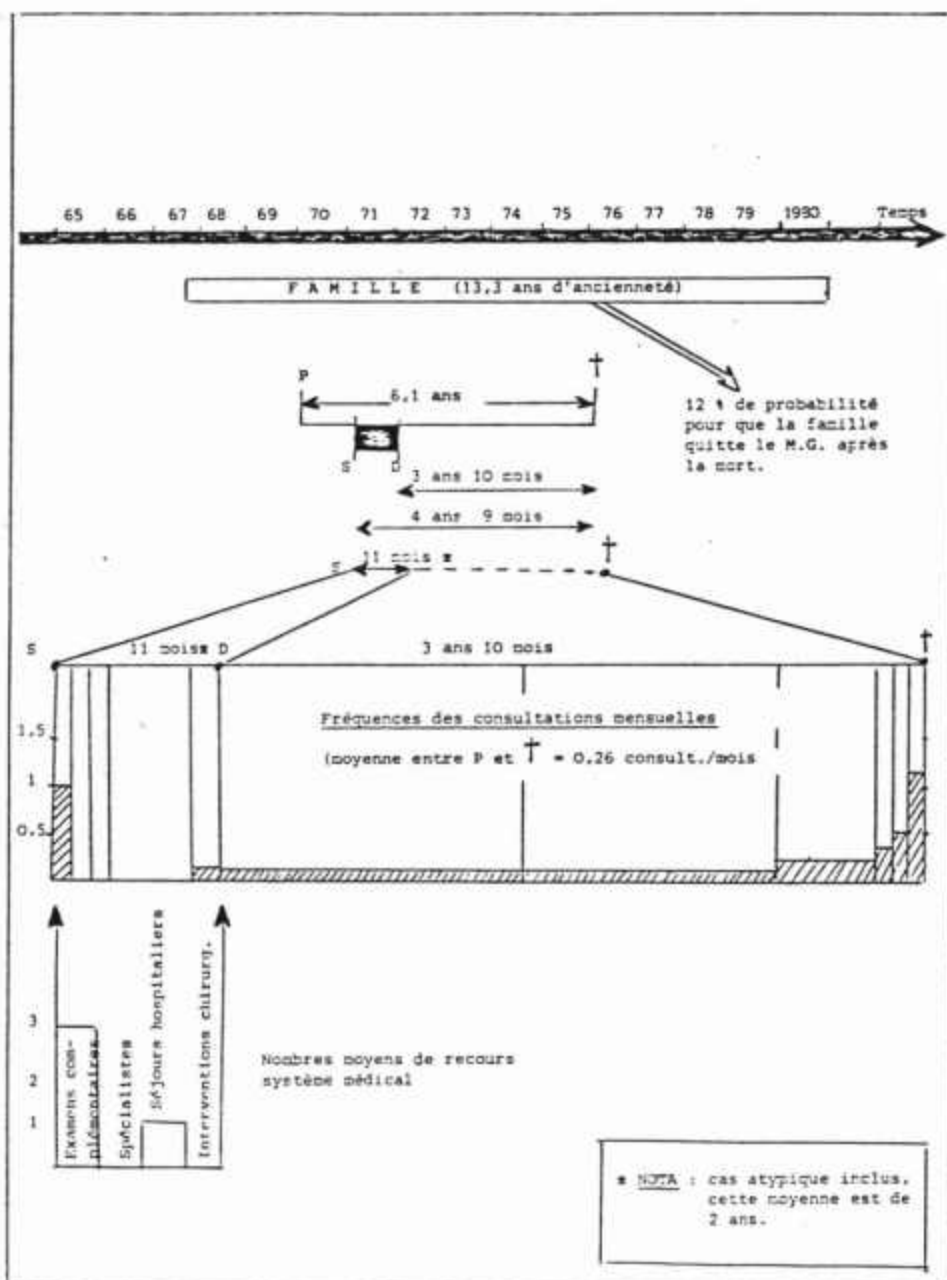
du malade mort d'une affection de l'appareil DIGESTIF



- La Fiche du défunt mort d'une affection digestive : se distingue par les éléments suivants :
- . aucune famille n'a quitté le médecin généraliste après la mort,
 - . la durée de vie, après le 1er signe, n'est que de 2 ans ; celle suivant le diagnostic est de 1 an 3 mois,
 - . la fréquence des consultations mensuelles est légèrement plus élevée que la moyenne (0,3),
 - . les pointes de consultation, après le 1er signe et avant la mort, sont aussi plus élevées (2,5 et 2 consultations par mois),
 - . il y a un plus grand nombre de séjours hospitaliers (1,6 en moyenne).

EVOLUTION-TYPE

du malade mort d'une affection de l'appareil RESPIRATOIRE



- La Fiche du défunt mort d'une affection respiratoire : se distingue par les éléments suivants :

- . 12 % des familles seulement ont quitté le médecin généraliste après la mort,
- . la durée moyenne entre le 1er signe et le diagnostic est de 11 mois,
- . la fréquence des consultations entre le 1er signe et la mort est bien plus faible que la moyenne et il y a de grands arrêts de consultation presque immédiatement après le 1er signe,
- . ces arrêts de consultation ne sont pas compensés par des recours aux spécialistes, puisqu'aucun n'a été consulté entre le 1er signe et le diagnostic.

Il semble bien que dans ces affections, qui se terminent essentiellement dans l'insuffisance respiratoire, une phase de latence complète prolongée existe après le premier signe de la maladie.

V.6. Quelques exemples de suivi de clientèle

Avant de tirer les conclusions de ce dossier, il nous a semblé utile de décrire complètement l'histoire de quelques patients décédés. Tous les éléments de ces histoires ont, bien entendu, figuré dans les informations qui ont été codifiées, répertoriées, classées et synthétisées au même titre que celles des autres malades, pour la mise en oeuvre de notre méthodologie.

Ces cas - qui vont être relatés d'une manière plus usuelle pour des praticiens et moins "mathématiquement" qu'ils ont pu l'être dans les pages qui précèdent - n'ont cependant pas été choisis au hasard : ils représentent les quatre cas atypiques du chapitre V.5. (durée exceptionnellement longue entre le premier signe et le diagnostic de la maladie mortelle) et il nous a paru intéressant de les analyser aussi du point de vue de la qualité des soins. Ils illustrent également les cas où une perplexité de codage a dû être levée de façon forcément arbitraire.

A - Cas n° 9 : cause immédiate de mort : respiratoire :

Il s'agit d'un homme né en 1914 et mort en 1978 (donc à l'âge de 64 ans).

- . Il consulte pour la première fois le médecin généraliste en août 1967 pour des troubles arthrosiques et des problèmes dermatologiques, puis quatre fois en 1968 pour de la fatigue et de la colite.
- . En mars 1969, il émet quelques crachats sanglants qui déclenchent, sans résultat pathologique, les contrôles radiologiques pulmonaires et digestifs, ainsi que l'examen ORL d'usage.
- . Il revient un an et demi après et consulte l'associé du généraliste pour troubles digestifs, puis pour asthénie.
- . En septembre 1972, il présente des troubles vésicaux et prostatiques ; en 1973, il souffre d'asthénie et de vertiges.
- . Puis s'écoulent cinq ans sans aucune consultation au cabinet.
- . En août 1978, la remplaçante du médecin décèle une pneumopathie sub-aigüe fébrile et fait aussitôt hospitaliser le malade ; un mois plus tard il décède au Centre de Pneumologie dans un tableau de choc avec arrêt cardiaque. On suppose la cause de mort suivante : "décès par embolie pulmonaire massive probable, après trois semaines d'évolution d'une pneumopathie sub-aigüe rendant plausible l'hypothèse d'un premier accident embolique survenu à bas bruit, compliqué d'infarctus pulmonaire et d'épanchement pleural".

La conclusion de la nécrops ultérieure est beaucoup moins affirmative : "on n'a pas de diagnostic précis et surtout fiable à fournir devant les images

rencontrées ; on est probablement gêné par le caractère limité des fragments examinés ; une vision d'ensemble des poumons aurait peut-être fourni davantage d'éléments pour la discussion. On avance ici deux hypothèses : celle d'un petit infarctus périphérique ayant suscité un épanchement pleural réactionnel, ou celle d'un petit foyer inflammatoire en voie de remaniement ; il est, de toute manière, difficile de relier les aspects observés avec la gravité de l'état du patient et avec le décès".

Ce cas est intéressant car :

- 1) - entre 1968 et 1973, un homme consulte pour divers troubles fonctionnels d'aspect banal.

En août 1978, il appelle la remplaçante du généraliste en visite à domicile ; celle-ci constate une pneumopathie fébrile, fait hospitaliser le malade qui meurt après trois semaines de soins dans un Centre de Pneumologie hautement spécialisé. Les très nombreux examens pratiqués à cette occasion, et même la nécrops, ne permettent pas le diagnostic de mort certain. On en reste au syndrome : "mort par choc avec arrêt cardiaque irréversible".

- 2) - lors d'une seule des consultations au cabinet du généraliste en mars 1969, le malade s'est plaint de crachats sanglants matinaux. Les examens d'usage ont été prescrits sans résultat. Dans un premier temps, nous avons considéré ce signe comme le premier signe de la maladie, dont on a supposé que le malade a pu mourir. En fait, la cause de mort est tout à fait hypothétique et le premier incident aussi.

On conclut qu'il faut se souvenir des limites de la science médicale, même sur le plan du simple diagnostic.

B - Cas n° 10 : cause immédiate de mort : tumeur :

Il s'agit d'un homme né en 1885 et mort en 1974, à l'âge de 89 ans.

Il consulte le praticien pour la première fois en octobre 1962 (à l'âge de 77 ans) pour hoquet.

. En 1963, il présente une pneumopathie gauche.

. En 1964, une hernie inguinale est opérée. L'intervention se complique d'une thrombose iliaque externe et de la fémorale commune, nécessitant un pontage veineux ilio-fémoral pratiqué dans un second temps.

Puis silence des consultations jusqu'au 3 juillet 1973 où le malade consulte pour hématurie et méléna pour lesquels des examens radiologiques sont deman-

dés.

Le malade ne revient qu'un an après, le 4 juillet 1974, porteur d'une dyspnée d'effort avec cyanose et matité globale du poumon gauche. Il est hospitalisé au Centre de Pneumologie : "pleurésie métastatique d'un cancer bronchopulmonaire".

. Le décès survient deux mois plus tard.

Le malade est mort, il est vrai, à 89 ans.

Cependant, il y a dans son dossier deux anomalies :

- une première disparition de huit ans en tant que consultant entre 1964 et 1973,
- une seconde disparition d'un an entre 1973, date de la demande d'examen complémentaires pour hématémèse et méléna, et la phase terminale de son cancer pulmonaire en 1974.

La lecture du dossier fait apparaître une grave crise de confiance entre ce malade et son médecin. Cette crise remonte à l'intervention de la hernie inguinale en 1964. Le malade était sorti de la chirurgie avec une abolition des oscillations de la jambe droite et une thrombose ilio-fémorale haute constatée par son médecin après le retour au domicile. Celui-ci le réadresse au chirurgien qui ne nie pas les faits et guide lui-même le malade vers un service de chirurgie artérielle de C.H.U. où le pontage veineux est effectué avec un plein succès. Le malade exprime à son médecin le désir de porter plainte pour faute opératoire contre le chirurgien responsable de la thrombose. Le généraliste tenant compte des démarches ultérieures du chirurgien et de l'absence totale de séquelles, établit des certificats objectifs et déconseille la procédure à son malade. Celui-ci est débouté. Il semble en avoir gardé de la rancune à son médecin.

On se demande, a posteriori, si la pneumopathie gauche en 1963 n'était pas annonciatrice de la tumeur pulmonaire gauche qui emporta le malade en 1974 et si des signes précoces auraient pu être décelés dans l'intervalle.

Une autre question restera sans réponse : en présence d'un diagnostic plus précoce de cancer pulmonaire et des traitements qui s'en seraient suivis, ce malade aurait-il atteint ou dépassé l'âge de 89 ans ?

C - Cas n° 50 : cause immédiate de mort : traumatisme (suicide) :

Il s'agit d'un jeune homme né en 1956 et mort en 1978 (à l'âge de 22 ans).

. En 1960, à l'âge de 4 ans, on le fait opérer d'une hernie ombilicale puis

- il consulte pour inapétence et "crises de pâleur sans absences réelles".
- . En 1962, il consulte une fois pour des colères, des céphalées et pour asthénie.
 - . Deux ans plus tard, il consulte une fois, toujours pour asthénie ainsi que pour inattention à l'école.
 - . Puis il y a silence des consultations entre 1964 et 1969 ; en 1969, il réapparaît une nouvelle fois et se plaint de sifflements d'oreilles, d'insomnie et d'anorexie.
 - . En 1972, il revoit le médecin généraliste pour des malaises survenus à l'école ; le médecin le fait alors hospitaliser en service psychiatrique un mois plus tard : l'électroencéphalogramme révèle un tracé "très suspect de comitialité" ; la gamma-encéphalographie est normale. Il est mis au gardénal par le neuro-psychiatre ; on entame une psychothérapie analytique avec un pédo-psychiatre hospitalier.
 - . En janvier 1973, le jeune patient tente de se suicider au Binocet ; le service hospitalier de neuro-psychiatrie évoque le "tableau de crises temporales" ; des troubles psychiatriques sont également évoqués. Les séances de psychothérapie se poursuivent sans interruption.
 - . En 1978, au terme de six années d'efforts psychothérapeutiques hautement spécialisés, le jeune adolescent se suicide d'une balle de revolver après avoir tué sa mère.

On peut donc se poser la question de situer dans le temps, le premier symptôme qui aurait pu aiguiller le médecin traitant vers le psychiatre.

Bien sûr, les malaises survenus en 1972 ont induit une hospitalisation; mais ne pouvait-on pas penser que certains signes qui les ont précédés constituaient suffisamment d'arguments pour évoquer des troubles psychiques, voire psychiatriques.

En fait, c'est la lecture du dossier de la mère qui donne la clef partielle de ce drame affreux :

- . En 1963, toute la famille a été victime d'un accident de voiture au cours duquel le père est décédé.
- . En janvier 1964, la mère "entre en dépression" ; elle sera depuis lors sous un traitement continu chez un psychiatre pour un état grave et chronique.
- . En 1969, se déclare toujours chez la mère, une néphropathie glomérulaire sévère et chronique avec H.T.A. et un syndrome néphrotique qui viendra rendre la situation encore plus difficile.

- . Le médecin suit la mère avec les spécialistes concernés, mais très rarement les deux enfants (dont ce fils).
- . C'est ainsi qu'en février 1964, il voit une fois ce garçon pour "fléchissement scolaire" (il passe du rang de 1er à 14ème). Nous notons que la mère vient d'être prise en charge par un psychiatre à ce moment là.
- . Le contact est alors rompu pour ce qui est du garçon ; jusqu'en 1969, il paraît aller bien et ne consulte alors qu'une fois (pour anorexie et insomnie, mais il vient de se casser la jambe au ski). En fait, c'est la mère qui a retenu toute l'attention du médecin. A tort, sans doute, car ce n'est qu'à l'âge de 16 ans que le fils a été dirigé par lui vers un neuro-psychiatre. Peut-être qu'une prise en charge psychiatrique aurait pu se faire plus tôt entre 1964 et 1972, c'est-à-dire dans la phase pré-pubertaire avec plus de succès.
- . Au fond, tout le monde semblait se réjouir de voir l'enfant "si peu malade".

D - Cas n° 64 : cause immédiate de mort : cardio-vasculaire :

Il s'agit d'une femme née en 1891 et morte en 1978 à l'âge de 87 ans.

- . Elle a été suivie par le médecin généraliste depuis 1967 (à 76 ans) pour diabète, H.T.A. et asthénie.
- . En 1968, il y a apparition de tachycardie à 120, asthénie, amaigrissement.
- . En 1969, elle est hospitalisée pour altération de l'état général et insuffisance ventriculaire gauche, pour laquelle elle sera régulièrement suivie.
- . En mars 1977, on diagnostique : tachyarythmie, oedème des membres inférieurs et asthénie.
- . En juillet 1977, elle est hospitalisée pour décompensation cardiaque avec hépato-mégalie douloureuse et reflux hépato-juvélaire.
- . En septembre 1977, tableau clinique de cholécystite.
- . En octobre 1977, elle est hospitalisée pour coma hypoglycémique. Lors de son séjour hospitalier, la possibilité d'une lithiase biliaire n'a pas été confirmée par la radiographie de l'abdomen sans préparation, mais il a été recommandé au médecin généraliste de faire pratiquer en ville une cholécystographie !...
- . En février 1978 : pleurésie droite qui a été ponctionnée.
- . D'août à octobre 1978, la malade fut hospitalisée pour insuffisance cardiaque globale et pleurésie. L'examen clinique de l'abdomen révéla une

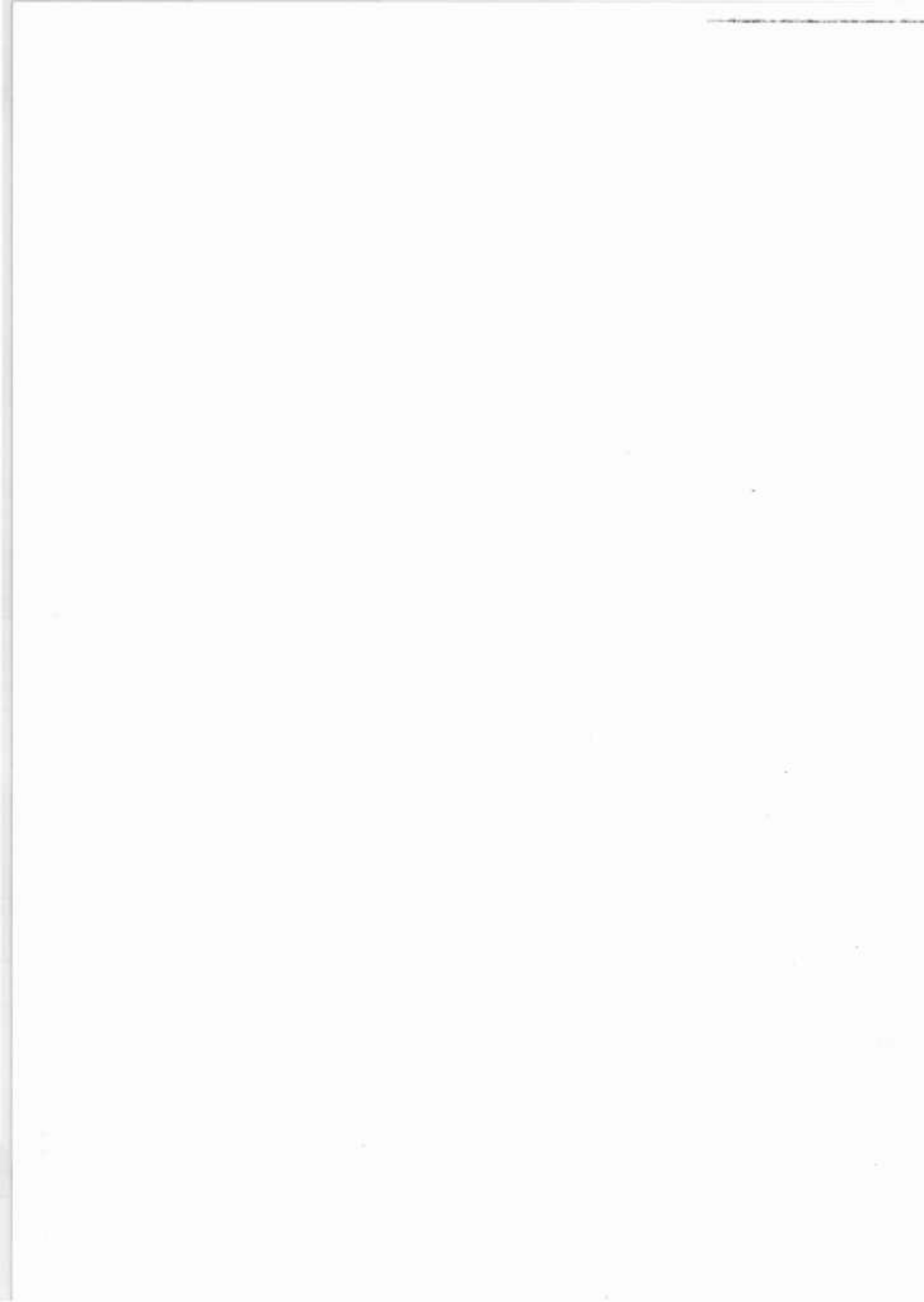
hépatomégalie dure, irrégulière, l'association à un ictère franc, une décoloration des selles et un bilan hépatique de type "ictère rétionnel" a fait évoquer l'hypothèse d'une néoplasie hépatique.

- . La malade décède d'une insuffisance cardiaque globale. Or, l'hypothèse d'une néoplasie hépatique semble contenir une contradiction : en effet, à l'occasion d'un séjour hospitalier, la supposition d'un cancer hépatique avait été éliminée en octobre 1977 et les internistes avaient conclu à une hépatomégalie cardiaque puisqu'elle avait nettement régressé sous traitement digitalo-diurétique.

En fait, il semble que deux problèmes se superposent :

- la défaillance cardiaque, avec hépatomégalie et reflux hépato-jugulaire,
 - la cholécystite - bien que non mise en évidence par la radiographie simple de l'abdomen - mais dont la clinique et la biologie sont très évocatrices.
- . Quant à la durée écoulée entre le premier signe et le diagnostic de la maladie mortelle, durée que nous avons d'abord fixée à 9 ans (entre 1968 et 1977), on aurait pu concevoir de situer le diagnostic plus tôt (soit 15 mois après la première consultation), car chez cette femme diabétique et hypertensive, les complications cardio-vasculaires sont apparues dès février 1969 (insuffisance ventriculaire gauche).
 - . En fait, la patiente étant décédée d'une insuffisance cardiaque globale, nous avons essayé de situer le moment où la défaillance cardiaque a vraiment débuté et été diagnostiquée. Nous avons donc hésité entre les deux schémas suivants (et finalement opté pour le second) :
 - 1er signe de septembre 1967 et diagnostic de la maladie cardiaque (débutante) en 1969,
 - 1er signe en septembre 1967 et diagnostic de l'insuffisance cardiaque globale en 1977.

Comme le second schéma est aussi pertinent que le premier, nous avons placé ce cas parmi les cas atypiques.



VI - CONCLUSION

CONCLUSION

- Au terme de ce travail, rappelons qu'il résulte du sous-fichier des décédés tel qu'il s'est constitué en 22 ans de pratique chez un médecin généraliste de la région parisienne.

En effet, la plupart des praticiens retirent du fichier général les dossiers des malades décédés et les classent séparément. Chez notre généraliste 124 dossiers du type courant ("Oedip") étaient ainsi stockés sous leur forme habituelle, avec de brèves annotations pour chaque consultation inscrite sur un encart replié qui contient aussi l'ensemble des résultats d'examen spécialisés et complémentaires concernant le malade.

- Trois hypothèses de base, complémentaires entre elles, ont fondé notre recherche.

1 - Dès lors que les dossiers malades tels qu'ils sont établis par la majorité des généralistes, aussi mal organisés fussent-ils d'apparence, suffisent aux praticiens pour faire face à leur tâche ; on est en droit d'en déduire que les informations qui leur sont véritablement nécessaires y figurent peut-être.

2 - Le questionnement de ces fiches et le recueil des données qu'elles recèlent est possible par une méthode adaptée.

3 - Dans l'affirmative, ce recueil permet l'étude de la pratique généraliste et de sa logique propre, par une recherche rétrospective sur un matériel disponible et considérable : celui qui est d'ores et déjà stocké chez les généralistes.

A noter avec force qu'en aucun cas nous n'avons pensé que l'étude de certains clients particuliers d'un seul médecin avait une signification statistique générale. Notre ambition reste au niveau de la maquette destinée aux essais de faisabilité et à des confrontations ultérieures avec les dossiers d'autres praticiens.

La réalisation s'est faite par la méthode classique d'une succession de tableaux analytiques de recueil des données, puis de leurs croisements par des études synthétiques. Nous avons ainsi étudié successivement :

- les causes de mort (chapitre III)
- les maladies qui les ont précédées (chapitre IV)
- les liens entre ces maladies et les causes de la mort
- ainsi que les étapes diagnostiques, les séquences temporelles dans la

clientèle, les recours au système médical, les familles dans la clientèle (chapitre V).

Nos résultats ont été confrontés à deux études de référence, après un codage approprié à chacun d'entre eux.

Ainsi, la comparaison de l'action de notre généraliste avec l'"enquête nationale de morbidité, statistiques de mortalité - INSERM 1975" qui concerne les malades en médecine libérale, a impliqué un codage de nos informations selon la classification internationale des maladies de l'O.M.S.. Le résultat de cette première confrontation a été le suivant :

- sur 124 dossiers, 97 ont pu se voir affecter une cause de mort identifiée (soit 78 %) ;
- la ventilation des causes immédiates de mort a été, par ordre des fréquences décroissantes, la suivante :
 - . Tumeurs
 - . Affections cardio-vasculaires
 - . Traumatismes (dont suicides et accidents opératoires)
 - . Affections de l'appareil digestif
 - . Affections de l'appareil respiratoire

cinq causes qui représentent à elles seules la presque totalité des causes identifiées. Ce sont les mêmes domaines pathologiques qui sont aussi responsables des cinq premières causes de décès dans l'étude nationale INSERM, mais dans un ordre où les affections cardio-vasculaires passent au premier rang. Il faut dire ici que contrairement au travail INSERM qui ne recense que les décès à domicile, nos dossiers concernent tous les décès, qu'ils surviennent à domicile ou après hospitalisation. D'ailleurs, redisons que les fréquences constatées chez un seul médecin ne peuvent pas recouvrir exactement les moyennes nationales, les comparaisons se faisant alors "à titre indicatif" seulement.

- les 124 morts ont été des malades traités antérieurement comme tous les autres patients pour diverses maladies. Les 2 754 motifs de consultation enregistrés sur leurs fiches pendant les consultations au cabinet médical, se sont réparties selon les mêmes domaines pathologiques principaux que les maladies recensées dans l'enquête nationale INSERM 1975 et ce, à des taux de répartition voisins. Dans l'ordre :

- 1 - affections cardio-vasculaires
- 2 - troubles mal définis
- 3 - maladies ostéo-articulaires

- 4 - affections de l'appareil digestif
- 5 - affections de l'appareil respiratoire
- 6 - troubles endocriniens
- 7 - troubles mentaux
- etc...

- après ventilation des 2 754 motifs de consultation entre causes immédiates de décès, causes morbides principales (susceptibles de provoquer la mort) et causes morbides associées, l'ensemble des corrélations ramène l'attention sur la polyopathie qui se manifeste chez les "morituri", la prise en charge du "reste" apparaissant aussi importante que celle de la maladie principale.

Rappelons ici cette évidence qu'un cancéreux guéri qui se suicide, ou meurt d'infarctus, reste un problème posé à la médecine.

Dans un deuxième temps de notre travail, nous avons comparé nos résultats avec ceux que le Docteur R.N. BRAUN expose dans son manuel de médecine générale, ce après avoir codé nos informations selon sa nomenclature qui tient compte, par son vocabulaire même, du degré d'identification diagnostique et de la fréquence réelle des motifs de consultation, tels qu'ils se présentent dans une consultation généraliste tout venant. Il nous a alors été possible d'aborder l'étude des dossiers sous l'angle de la qualité des soins spécifique à la médecine générale.

Il est alors apparu que :

- la population des morituri du généraliste se distingue du reste de sa clientèle par une pathologie qui rapidement les classe, à tort, comme porteurs d'une maladie ayant une forme analogue à celles que l'on rencontre à l'hôpital ;
- observée globalement, au fil des années de soins, la notion d'un diagnostic certain, au sens scientifique du mot, devant précéder toute action médicale est bel et bien une fiction, l'action de notre médecin auprès de ses malades faisant suite, à parts égales, à des positions diagnostiques indéterminées, probables seulement ou certaines.

On constate aussi que les avis des spécialistes consultés n'ont nullement amené de diagnostics certains dans tous les cas douteux. Il a fallu alors se contenter d'une probabilité structurant l'action du médecin. Ainsi, pour les morts par tumeurs 73 % des malades ont bénéficié de diagnostics certains, dont un quart du fait du généraliste.

Pour les morts par affection cardio-vasculaire 65 % des malades ont eu un diagnostic certain, dont un tiers par le généraliste.

Dans le cas des traumas (suicides et accidents opératoires) 25 % seulement des malades ont eu un diagnostic certain, dont la moitié par le généraliste.

Pour les affections de l'appareil digestif, il y a eu 56 % des malades avec un diagnostic certain, la plupart du fait du spécialiste et pour les affections respiratoires 50 % ont eu des diagnostics certains, équitablement répartis entre spécialistes et généralistes.

- par l'étude des séquences temporelles des morituri dans la clientèle, il apparaît qu'ils y ont passé en moyenne 7 ans, qu'entre le 1er signe enregistré de la maladie mortelle et le diagnostic probable ou certain, il se passe 4 mois et demi en moyenne, après quoi la durée de vie moyenne est de 3 ans toutes causes de mort confondues ; mais de 1 an 6 mois pour les cancéreux, 5 ans 4 mois pour les cardio-vasculaires, 5 ans 6 mois pour les suicides et accidents opératoires, 1 an 3 mois pour les affections digestives et 2 ans 9 mois pour les affections respiratoires.
- pour ce qui est des recours au généraliste, ils connaissent une première pointe de fréquence dans les trois mois qui succèdent au premier signe enregistré de la maladie mortelle et une seconde pointe dans les trois mois qui précèdent la mort avec, d'ailleurs, des fréquences moyennes modérées de l'ordre de 2 consultations par mois dans ces moments "de grandes fréquences" et 0,25 consultation par mois dans la période intermédiaire.
- pour ce qui est des recours au système médical, il y a eu :
 - . 12 recours à des examens complémentaires par malade,
 - . 4 recours ambulatoires aux spécialistes de ville ou hospitaliers,
 - . 3 séjours hospitaliers dont 1 intervention chirurgicale.

La plus forte concentration de recours apparaît naturellement dans la brève période séparant le premier signe du diagnostic.

Le manuel du Docteur R.N. BRAUN intitulé "Pratique, critique et enseignement de la médecine générale" tel qu'il a été édité aux Editions Payot en 1979, sous les auspices de la Société Française de Médecine Générale, témoigne, par son volume même des ressources infinies qu'offrirait à la recherche un fichier généraliste correctement programmé lorsque le jeune médecin s'installe.

Nous souvenant de ce que la fiche du Docteur R.N. BRAUN résulte de la réorganisation des informations présente, de toute manière, dans le fichier "spontané"

du généraliste, nous avons voulu montrer qu'en attendant que s'étende l'éventuel usage d'un bon fichier "a priori", des études pouvaient se faire en médecine générale par une méthode "rétrospective".

Elles permettraient à chaque praticien de s'autoévaluer par le reclassement annuel, par exemple, des cas de mort dans sa clientèle. Après tout, l'autopsie n'a-t-elle pas été la première démarche scientifique apparue en médecine ?

Elles permettraient aussi des études plus vastes, "sur mesure" intéressant les institutions nationales, normalement financées par elles et commandées aux généralistes. Après tout, qu'est-ce donc que le questionnaire rémunéré par lequel la Sécurité Sociale obtient du généraliste les renseignements médicaux sur lesquels elle fonde l'attribution des soins remboursés aux malades à 100 %; et que sont donc ces expertises d'assurance-vie que les compagnies confient et rémunèrent au médecin traitant, les trouvant assez fiables pour leur confier une étude dont sortiront de lourdes responsabilités financières pour les compagnies.

Pour finir, nous aimerions énoncer encore quelques réflexions sur la spécificité de la médecine générale, telle qu'elle nous est apparue à l'issue de notre travail.

Il nous semble que l'un des concepts qui se pose avec le plus d'acuité, à l'heure actuelle, quand on réfléchit au rôle du médecin généraliste vis-à-vis de la société en général, ainsi qu'au sein du corps médical, est celui de la position du médecin vis-à-vis d'une pathologie et de sa responsabilité dans la détermination des diagnostics.

Au-delà d'un problème de complémentarité entre la médecine praticienne et la médecine spécialisée, c'est davantage la façon d'envisager le rôle du médecin généraliste par les patients, par le système médical et par la Faculté.

Le Docteur ROSOWSKY ne déclare-t-il pas, dans la préface de l'ouvrage de référence du Docteur R.N. BRAUN, qu'"il existe une série de fictions redoutables dans l'enseignement médical actuel : la notion même du diagnostic qui sous-entend la fonction médicale, représente le noyau de ces fictions" (1).

"Il est admis, en effet, que poser un diagnostic revient à individualiser avec certitude l'une des 8 000 à 30 000 maladies actuellement répertoriées. Ce type de diagnostic devrait précéder tout traitement et, en cas d'impossibilité, d'y accéder en médecine générale, appel doit être fait à la médecine spécialisée qui serait l'instance de la précision indispensable" (1).

(1) Préface de l'ouvrage du Docteur R.N. BRAUN par le Docteur O. ROSOWSKY

Non seulement des positions d'attente ne sont pas le propre de la seule médecine générale et le diagnostic certain n'est pas le monopole de la médecine spécialisée, mais de plus, il nous semble qu'une position systématiquement concentrée sur l'obtention de ce genre de position fermée contient un réel danger, car "3 des 4 classes" (signes, syndromes, tableaux) "permettent de laisser le problème ouvert, "en attente", ce qui est la condition nécessaire pour percevoir d'éventuelles situations menaçantes, ou simplement non prévisibles".

En effet, que se passe-t-il avec ces malades lorsque l'on parcourt l'ensemble de leurs dossiers ? Ils sont, pour la plupart, clients du médecin généraliste depuis de longues années, à l'occasion d'affections chroniques ou intercurrentes. Un jour, un signe apparaît qui marque l'entrée dans une maladie nouvelle qui sera mortelle, ou encore l'aggravation d'une maladie antérieurement compensée. C'est ici l'attention portée à la modification de l'état antérieur, le goût des situations ouvertes qui, plus que l'étayage diagnostique toujours renouvelé d'affections depuis longtemps figées, représente la tâche urgente du médecin généraliste consulté.

Une meilleure connaissance des causes de mort, des liens qui peuvent exister entre ces causes et les maladies antérieures et de la manière dont les problèmes se posent et sont résolus, devrait en tous les cas permettre d'améliorer la prévention et le traitement des maladies les plus graves en reprecisant le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de cette prévention et de ce traitement.

Au-delà de la question immédiate que pose chaque patient à son médecin traitant, en termes de demande de soins : formulation d'une morbidité "ressentie", puis réponse du médecin sous forme de "morbidité diagnostiquée", il existe un rôle à plus long terme du médecin vis-à-vis de ce malade particulier, mais aussi vis-à-vis de l'ensemble des patients, celui de la connaissance des "morbidités objectives" et des fréquences réelles, connaissances autodidactiquement acquises par l'esprit curieux, l'expérience et la "sensibilité statistique" de chaque praticien.

Un autre point apparaît clairement, c'est le nombre et la variété des recours à l'ensemble des moyens médicaux disponibles que le généraliste devra à ce stade orchestrer. S'agissant d'un malade ambulatoire, ce n'est pas une mince tâche dans un monde médical que divisent les stratifications et les statuts hiérarchiques entre les disciplines.

Enfin, la présence de la famille du malade qui va mourir et la durée de cette présence que nous avons montrée dans la clientèle du médecin, comme la durée même du processus que nous avons vu s'engager avec chacun de ces malades entre le moment où apparaît le premier signe de la maladie mortelle, celui où le diagnostic est fixé, celui enfin où la mort survient, montre bien le rôle tout à fait spécifique que ce généraliste va jouer dans le long et douloureux processus du deuil qui est le dernier cheminement psychologique où se trouvent les moribonds, et un moment si important dans la vie de leurs familiers.

C'est là que va apparaître dans toute son importance le rôle de cette "compagnie d'investissement mutuel" entre le généraliste et ses malades, dont parle le Docteur Michael BALINT (1) et dont les ressources peuvent s'épuiser à l'occasion de la mort du patient. Elles peuvent aussi sortir enrichies de l'épreuve par un approfondissement nouveau des liens et de la confiance entre le généraliste et la famille. Elles demeurent alors disponibles pour tous les problèmes de prévention et de soin qui vont apparaître dans la constellation familiale du défunt et porter des fruits réguliers pendant de très longues années, voire de façon imprévue, après de larges éclipses et d'étranges périétés. C'est là un rôle que plus personne d'autre que le médecin généraliste ne peut remplir dans la société d'aujourd'hui.

Formaliser ces connaissances sur la pratique concrète du généraliste, les confronter à celles de ses confrères, revient à donner à notre discipline les bases scientifiques spécifiques que les autres disciplines médicales se sont données en se séparant d'elle.

(1) Docteur R.N. BRAUN : "Le Médecin, son malade et la maladie" Petite bibliothèque Payot 1964.

" Ce n'est que là où l'on applique une méthode nouvelle à des problèmes nouveaux et où on découvre ainsi de nouvelles perspectives, que naît une science nouvelle ".

Max WEBER

"Essais sur la théorie de la Science ".

Entre 1955 et ce jour, le Dr R.N. BRAUN a élaboré une nomenclature des cas apparaissant dans sa pratique jusqu'à la fréquence limite inférieure de 1 sur 3000 cas. Chaque médecin généraliste rencontre au moins 2 à 3 de ces cas par an. Cette nomenclature tient le plus grand compte de la position diagnostique réellement atteinte dans le cadre de ces consultations de généraliste. Elle tient pour égal du point de vue de leur valeur en médecine générale toute décision raisonnable prise face à un signe, à un syndrome, à un tableau de maladie selon les moyens du généraliste et à un tableau de maladie suivant les moyens du spécialiste. Cette nomenclature d'un peu plus de 300 cas de fréquence d'apparition régulière, donne un tableau fidèle de l'activité médicale du généraliste sur le plan diagnostique. Elle a montré sa pertinence depuis près de 30 ans, étant régulièrement tenue à jour jusqu'à présent, du point de vue des fréquences pour 1000 cas, par sexe et aussi des fréquences par rapport aux premières consultations. C'est un instrument de travail irremplaçable par sa fidélité par rapport à la réalité généraliste et par le fait que, par l'intermédiaire de la Société Française de Médecine Générale, il sera possible d'obtenir du Dr R.N. BRAUN les tableaux de fréquences récentes dont les modifications, par rapport aux années passées, sont d'ailleurs intéressantes en soi.

<u>A</u>	<u>N°</u>
Abcès non spécifiques	7
Abcès, infection iatrogène (ex.par piqûre)	291
Abcès odontogène au niveau de la joue	242
Abdominopathies (autres)	16
Acné vulgaire	148
Achylie gastrique	262
Alcoolisme	146
Alopécies en aires	282
Amaigrissement	116
Aménorrhée, hypoménorrhée	129
Anémie pernicieuse, même compensée	167
Anémies hypochromes	230
Angulus infectiosus	165
Annexite aigue	274
Annexite chronique	252
Anomalies posturales	231
Anomalies de la marche	256
Anorexie	143
Angines tonsillaires	9
Anthrax	241
Aptose	49
Apoplexie, encephalomalacie	62
Appendicite	32
Arthropathie pariarthropathie	12
Arthrose déformante	71
Artériosclérose déformante	101
Arythmie complète, autres lésions myocardiques graves de nature dégénérative	163
Asthme d'origine cardiaque	269
Asthme bronchique	44
Atrophie des muscles (de l'éminence thénard)	266
Athérome	161
Augmentation pondérale, adiposité	133
Autres troubles	307
Avortement	154
Angiome	194

<u>B</u>	<u>N °</u>
Balanite	263
Blépharite	292
Blessures infectées	35
Blessures par morsures	68
Bouffées congestives	212
Bronchites aiguës	56
Bronchite asthmatique	99
Bourdonnements d'oreilles	201
Brûlures (sensation de) de la langue	227
Bursite aiguë	176
Brûlures	83
Blessure légère, combinée	25
Blessure cutanée isolée	4

<u>C</u>	
Cancer cutané	206
Cardiopathies polymorphes	132
Cataracte ordinaire	218
Catarrhe tubaire	50
Catarrhes des voies respiratoires (combinés dans les différents secteurs)	29
Céphalées	10
Cérumen	41
Cervicite	137
Chalazion	217
Cheilite, lèvres gercées	178
Cheirobrachialgies paresthésiques	43
Cholélithiase	77
Cholécystopathie	51
Chute diffuse des cheveux	278
Cicatrices (cutanées douloureuses)	233
Cirrhoses du foie	234
Commotion avec blessures minimales secondaires	94
Commotion isolée	150
Conjonctivites (non spécifiques)	14
Conjonctivite phlyctémulaire	183
Conjonctivite provoquée par un produit chimique ou autres agents	268

Conduite d'un accouchement	126
Constipation	21
Contusions	6
Corps étrangers de la cornée	87
Corps étrangers sous-cutané et sous ungueal	120
Corps étrangers sous-conjonctival	60
Corps étrangers de tous les orifices corporels exceptés des yeux	162
Coqueluche	34
Cors	104
Crampes des membres inférieurs	198
Craniotabès isolés	150
Craniotabès rachitiques	153
Crevasses des mains	52
Cystite	117
Crampes abdominales	39

D

Dépression nerveuse	257
Dermatomycoses autres que teignes tondantes	74
Dermatomyccose interdigitale	76
Dermatite ano-génitale	245
Dermite aigue	58
Dermatose de caractère indéterminé	166
Déchirure périnéale	184
Diabète sucré	144
Diarrhées et vomissements	5
Déviatlon de la cloison nasale	305
Douleurs épigastriques	28
Douleurs sténocardiques (angor)	27
Dysménorrhées et autres anomalies de la menstruation	90
Dyspepsie chez les nourrissons	36
Dyspnée	67
Dysurie	190

E

Eczéma	8
Eczéma de la face chez le jeune enfant	267
Eczéma dishidrotique	141
Eclampsie infantile	280
Élévation de la température pendant plusieurs semaines	290
Embolie des extrémités	261
Endocardite	306
Endométrie	98
Enflures pyogènes et infiltrations d'origine mal définie	224
Entorse du genou	140
Entorse du pied	53
Enur ^{is} e nocturne	215
Engelures	108
Epilepsie	115
Epicondylite de l'humérus	123
Epi s taxis	69
Epithéliome de la peau	206
Epuisement nerveux	257
Erosion du col utérin, cervicite	137
Erysipélide	281
Expulsion retardée ou rétention du placenta	160
Evanouissements	228
Etat avec fièvre non caractéristique	23
Excoriations	57
Emphysème	138

F

Faiblesse générale, abattement	128
Faiblesse musculaire localisée	238
Fausse couche	154
Fausse douleurs de l'accouchement	294
Faux croup	239
Fièvre	1
Fièvre durant plusieurs semaines	290
Fissura ani	277
Folliculite	233
Foules du pied	53

Fouluures autres	119
Fractures des côtes	40
Fractures autres et fractures multiples	42
Fractures isolées des doigts	125
Fracture isolée de la clavicule	158
Fracture radiale typique	202
Furoncles (non spécifiques)	33

G

Ganglions	130
Gengivite	164
Gerçures et crevasses des mains	52
Goître	70
Globus	210
Glossite	254
Glaucome chronique	284
Granulome de l'ombilic	300
Grosses extra-utérine	293

H

Hématomes	79
Hématurie	310
Hémarthrose	244
Hémorragie veineuse	156
Hémorroïdes	134
Hernie inguinale	45
Hernie épigastrique	204
Hépatite (épidémique)	106
Hernie ombilicale	121
Herpès simplex	109
Hidroadénite axillaire	149
Hydrocèle testiculaire	283
Hygroma	255
Hyperacidité, pyrosis	97
Hyperhydrose localisée	207
Hyperhydrose générale	187
Hyperkeratoses	220

Hypertension compensée et décompensée	18
Hypertrophie de la prostate	199
Hypertrophie tonsillaire	226
Hypoménorrhée, aménorrhée	129

I

Impuissance	265
Incontinence (excepté énurésie nocturne)	299
Infarctus du myocarde	180
Infection locale odontogène	19
Insuffisance cardiaque chronique	31
Insuffisance cardiaque aigue	147
Insuffisance cardiaque compensée	208
Insuffisance cardiaque décompensée	209
Insuffisance circulatoire	247
Insomnies	142
Intoxication médicamenteuse	279
Intertrigo	182

K

Kératite, kerato-conjonctivite	214
--------------------------------	-----

L

Laryngites	85
Lésions légères multiples avec ou sans plaies cutanées	25
Lésions internes combinées graves avec ou sans fractures, soit commotions	139
Lésions par le froid	211
Leucorrhée	127
Lipome	151
Lombalgies	13
Lymphadénite aigue, lymphangite	157
Lymphomatose	100
Lupus érythémateux	264
Luxations	192

M

Malaises, lipothymes	112
Malformations de l'articulation coxo-fémorale	289
Marasme, artériosclérose caractérisée	101
Mastite, engorgement lacté	169
Maux de gorge	78
Maux perforants	102
Ménopause	131
Météorisme	219
Migraine	246
Moluscum contagiosum	302
Monarthropathie avec épanchement	88
Morsures	68
Muguet	259
Muscles froissés, rupture d'un muscle	64
Myalgies	2
Myalgies exogènes	221
Myalgies fébriles	240
Myome utérin	225
Myxoedème	258
Maladie de Morton, metatarsalgie	295

N

Naevus	272
Nausées	271
Néoformations bénignes (autres que mammaires)	95
Néoplasmes malins (sauf au niveau de la peau)	103
Néphrolithiase	188
Néphrite aiguë	285
Nervosisme	145
Névralgies	15
Névrites	80
Névrose d'angoisse	273
Néoformation bénigne du sein	185

O

Oedème des pieds	122
Oedème de Quincke	260

Ongle incarné	222
Orchite, épiddymite	286
Oreillons	84
Orgelet	54
Otalgie	93
Otites moyennes aiguës	11
Otite externe furonculaire	124
Otite externe	170
Otorrhée récidivante chronique	236
Otosclérose	253
Oxyurose	114

P

Palpitations	135
Panaris	30
Pancréatopathies	304
Paragueusie	251
Paramétrite, périmétrite	237
Paresthésies	96
Parkinsonisme	213
Paronychie (panaris)	118
Périarthropathie	12
Pharyngites	20
Phlegmons	86
Phlegmons péritonsillaires	113
Phimosie	276
Pieds froids	288
Pieds plats	295
Piqûres d'insectes	65
Pityriasis versicolor	205
Pityriasis rosé	301
Plaies cutanées isolées	4
Pneumonie	38
Pollakiurie	110
Polyarthrite aiguë	171
Polyarthrite primaire chronique	55
Polydypsie	287
Polype du col	296

Polymenorrhée	98
Prolapsus utérin, prolapsus vaginal	82
Prurit anogénital	173
Prurit généralisé	196
Prurit local	320
Psoriasis	298
Psychoses aiguës	177
Psychoses chroniques	216
Pyodermite	63
Pyrosis, hyperacidité	97
Pyelo-cystite	203
Pyélite	248

R

Réactions fébriles après vaccin	235
Rhinite	47
Rhynopharyngite	181
Rougeole	91
Rubéole	81

S

Sang dans les selles	345
Sang dans les crachats	136
Scarlatine	229
Séborrhée	159
Section des tendons	179
Sinusite frontale	59
Sinusite maxillaire	270
Spasmes abdominaux	39
Spasmes ou convulsions (autres)	174
Stomatite	175
Strophulus à forme d'urticaire	72
Suppuration d'une fistule	243
Suralimentation	168

T

Tachycardie	107
Tarsalgie	249
Teigne tondante et autres dermato-mycoses	74
Ténosynovite	155
Trombophlébite	46
Tics	232
Toux	3
Troubles polymorphes d'origine vraisemblablement non organique	17
Troubles polymorphes, traitement de courte durée (réactions générales afebriles)	24
Troubles consécutifs aux pieds plats	111
Troubles se présentant par accès	112
Troubles après cholécystectomie	152
Troubles statistiques (autres)	172
Tuberculose (excepté des poumons)	297
Tuberculose pulmonaire	186
Tumeurs bénignes des annexes	250

U

Ulcères peptiques	37
Ulcères de jambe	66
Ulcères de la cornée	189
Urétrite non spécifique	303
Urticairé	75

V. W. X. Y. Z.

Varicelle	61
Varices	73
Verrues	92
Vertiges	26
Vomissements et diarrhées	5
Vulvite, vaginite,	200
Zona	105
Autres troubles	307
Autres recours au système de santé	999