

société
française
médecine
générale

n° 35-36

1er-2ème trimestres 1990

DOCUMENTS
DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

NUMERO SPECIAL

LES PRATIQUES D'ORIENTATION EN MEDECINE GENERALE.
LEUR ROLE DANS LA REGULATION MEDICALE DES
SYSTEMES DE SANTE EN FRANCE.

CONTRAT C.N.A.M.T.S. - S.F.M.G. N° 87-2-16 OCC.
RAPPORT SCIENTIFIQUE.

S.F.M.G. - Société Scientifique, 29 avenue du Général LECLERC 75014 PARIS

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE
CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président :

O. ROSOWSKY 2, rue de la Pléiade, L'HAY LES ROSES (94)

Conseiller :

B. VINCENT 8, Boulevard Henry Orrion, NANTES (44)

Conseillers adjoints :

J. AKOUN-CORNET 3, Villa Quincy, VANCES (92)

J. ANDRAL 71, Bd P.V. Couturier L'HAY LES ROSES (94)

J. DE COULIBOEUF Rue de Normandie, EPIAIS RHUS (95)

B. DEGORNET 1, Square des Cevennes, YERRES (91)

P. FERRU 12, Rue de la Roche, GENCAY (86)

A. FLACHS 37, Boulevard Leroy, CAEN (14)

J. FOEX 33, Grande Rue, DIVONNES LES BAINS (01)

J.B. FORNARI + 5, Avenue Thiers, MENTON (06)

B. MINSKY 6, Rue de la République, LUCE (28)

G. SALFATI 3, Rue de la Grande Vertu, AUTUN (71)

R. SOURZAC 27, Avenue des Ombrages, BRUNOY (91)

G. VERY 27, Avenue des Ombrages, BRUNOY (91)

La SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE accueille, au titre de membre associé, tout médecin généraliste en exercice qui désire contribuer à ses travaux par ses propres apports et le soutien de sa cotisation annuelle.

Nous remercions vivement le Laboratoire SANDOZ qui a rendu possible
l'impression et la distribution de ce Numéro Spécial.

On connaît l'effet du principe d'innovation sur la médecine de l'exploit et sur l'inflation des techniques diagnostiques. On sait peu de choses, par contre, sur le rôle régulateur de la médecine du soin quotidien dont la médecine générale représente encore aujourd'hui, dans la plupart des pays, le principal fournisseur.

Une observation au long cours des stratégies d'orientation dans la pratique généraliste donne, de leurs modalités, une image nouvelle et inattendue.

La publication de cette étude, réalisée dans le cadre d'un contrat de recherche CNAMTS - SFMG, est destinée à éclairer une zone restée fermée aux réflexions de tous ceux qui savent que la formation actuelle des médecins dans notre pays, doit subir de profonds remaniements si on veut conserver au système médical actuel une chance de survie.

Elle est destinée, aussi, à restaurer - dans l'esprit des praticiens - la pleine légitimité de certaines de leurs démarches qui, pour autodidactes qu'elles soient encore aujourd'hui, n'en sont pas moins au centre même de leur fonction médicale.

O. ROSOWSKY



I WONCA EUROPEAN REGIONAL CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Barcelona 10 / 14 December 1990

**ORGANIZING COMMITTEE
COMITE ORGANIZADOR**

CHAIRMAN
JOAN GENE BADIA

VICE-CHAIRMAN
PILAR SOLANS JULIAN

**WONCA EXECUTIVE
LIAISON PERSON**
GIORA ALMACOR

SEMFYC LIAISON PERSON
JUAN A. SANCHEZ SANCHEZ

MEMBERS
JOSEP M. ARGIMON PALLAS
CARLES BROTONS CUIXART
ALBERT COMEZ SORRIBES
ENCARNACION CRIFELL MARTIN
JOSEP JIMENEZ VILLA
PETRI KEKKI
RAMON VILATIMO PUJAL

SCIENTIFIC COMMITTEE
AMANDO MARTIN ZURRO



**CONGRESS SECRETARIAT
SECRETARIA DEL CONGRESO**
PACIFICO, S.A.
MUNTANER, 112
08036 BARCELONA - SPAIN
TEL. (93) 214 91 66
FAX. (93) 214 36 28
TELEX 97562

" VERS UNE EUROPE UNIE EN MEDECINE GENERALE "

SUJETS PRINCIPAUX :

- Prévention et promotion de la santé
- Garanties de qualité
- Accès et continuité des soins.

ATELIERS :

- Compétences psychosociales du médecin généraliste et de famille
- Soins primaires communautaires
- Enseigner la médecine de première intention
- Surveillance des affections chroniques.

DES DATES A RETENIR !

RENSEIGNEMENTS PLUS

COMPLETS A LA S.F.M.G.

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Société Française de Médecine Générale

Rapport scientifique contrat n° 87 - 2 - 16 OCC

Les stratégies d'orientation en médecine générale selon qu'une séance est consacrée à un seul ou plusieurs problèmes à la fois.

Etude d'observation sur :

- 1 299 patients représentatifs de 13 clientèles généralistes.
- Quatre années consécutives de leur suivi en 19 916 séances pour 35 037 problèmes identifiés et classés.

O. ROSOWSKY

B. VINCENT

Nous exprimons une admiration particulière pour les pionniers du groupe d'étude généraliste qui ont entrepris et mené à terme, de 1981 à 1987, la très lourde tâche d'organiser et de réaliser l'étude du suivi permanent des patients sous la conduite de B. VINCENT et avec l'aide de O. ROSOWSKY et J. de COULIBOEUF.

Doivent être tout spécialement nommés et remerciés les Docteurs ALBERT. B (Nantes 44), CHESNEAU. A.M (Epinac 72), DELELIS-FANIEN (Chateaubriant 44), DEGORNET. B (Yerres 91), FOEX. J (Divonnes 01), GERNIGON. A (Nantes 44), LOURY. P (Angers 49), MERY. G (Nantes 44), SENAND. R (Coueron 44), TESSON. D (Blain 44), THOMAS. D (Sables d'Olonne 85), VINCENT. A (Nantes 44), VINCENT. B (Nantes 44), Médecins Généralistes.

Nous exprimons aussi notre sincère gratitude à ceux qui nous ont fait confiance en acceptant d'aider cette étude pilote à ses débuts entre 1983 et 1986.

Mr le Prof. LEMORT. J.P., chargé de cours de Mathématiques, de Statistiques et d'Informatique Médicale à la Faculté de Médecine de Nantes.

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

Mme le Dr. Y. HAROUSSEAU, Médecin-Inspecteur Régional de la Santé.

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

Mr M. ELLION, Inspecteur à la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Nous remercions très chaleureusement tous ceux dont le dévouement a permis le dépouillement et la mise en forme dont résultent ce rapport et tout spécialement Madame Gilberte LASTAVEL, Monsieur Paul LASTAVEL, Mademoiselle Barbara RABIN et Madame Michelle BOULET.

L'exploitation informatique et statistique a été faite par Mr. J.M. ABRAMOVITCH (Ingénierie Urbaine). Nous lui exprimons nos remerciements.

TABLE DES MATIERES.

AVERTISSEMENT.....	p.1
INTRODUCTION.....	p.4
I. OBJET DE L'ETUDE.....	p.12
II. LES SEANCES A UN OU PLUSIEURS PROBLEMES PRIS EN CHARGE.....	p.16
II - 1 - Les séances selon le nombre des problèmes.....	p.16
II - 2 - Repartition des séances mono et polyproblématique selon le sexe.....	p.17
II - 3 - Repartition des séances mono et polyproblématique selon les tranches d'âge.....	p.19
II - 4 - Repartition des séances mono et polyproblématique selon les modalités du contact.....	p.21
En conclusion.....	p.27
III - L'ETAT DE LA QUESTION. LES PROCEDURES DIAGNOSTIQUES ET D'ORIENTATION EN MEDECINE GENERALE EN FONCTION DES PROBLEMES PRIS EN CHARGE.....	p.28
III - 1 - L'orientation externe. Les soutiens demandés par les généralistes aux autres disciplines médicales.....	p.30
III - 2 - Les décisions de ré-orientation interne vers la médecine générale.....	p.34
III - 2 - 1 - Les ré-orientations internes explicites.....	p.34
- Les mises en attente de traitement.	
III - 2 - 2 - Les ré-orientations internes implicites vers la médecine générale.....	p.42
III - 3 - L'état de la question : la démarche qui en découle.....	p.45

**IV - L'ORIENTATION EXTERNE : LES SOUTIENS DEMANDES
PAR LES GENERALISTES AUX DISCIPLINES SPECIALISEES
DE LA MEDECINE.....p.47**

**IV - 1 - Le rôle du sexe dans les taux de problèmes
ayant induit un appel aux secteurs spécialisés de la
médecine.....p.47**

**IV - 2 - Le rôle de l'âge dans les taux de problèmes
ayant induit un appel aux secteurs spécialisés de la
médecine.....p.51**

**IV - 3 - Le rôle du caractère nouveau ou connu des
troubles morbides et des problèmes médico-administratifs
dans les taux des appels aux secteurs spécialisés de la
médecine.....p.55**

**IV - 4 - Rôle de leur nature épisodique, chronique ou
mixte dans le taux des problèmes qui ont induit
un appel aux secteurs spécialisés de la médecine.....p.57**

**IV - 5 - Le rôle de la position diagnostique où
les problèmes sont pris en charge dans les soutiens
extérieurs demandés au secteur spécialisé de la médecine.....p.59**

**V - LA RE-ORIENTATION INTERNE : ETUDE DES DEMANDES
DE RETOUR EN FONCTION DE DONNEES VARIABLES QUI
CARACTERISENT LES PROBLEMES PRIS EN CHARGE EN
MEDECINE GENERALE.....p.65**

V - 1 - Les demandes de retour en fonction du sexe.....p.65

V - 2 - Les demandes de retour en fonction de l'âge.....p.69

**V - 3 - Influence de la nature des problèmes pris
en charge sur leur répartition, selon qu'un retour
est ou n'est pas programmé.....p.73**

V - 3 - 1 - Rôle du caractère nouveau ou connu des troubles morbides et de la nature médico -administrative et psychosociale des autres problèmes.....	p.73
V - 3 - 2 - Rôle du type d'entité morbide dans les taux des problèmes classés nouveaux ou connus ou bien classés médico-administratifs découlant d'un trouble morbide dans notre échantillon.....	p.80
VI - LES PROCEDURES D'ORIENTATION ET DE CLASSEMENT DANS LE SYSTEME "SANTE-MALADIE".....	p.98
VI - 1 - La question des problèmes morbides "actifs" et des problèmes "sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour".....	p.98
VI - 1 - 1 - Les problèmes morbides actifs.....	p.100
VI - 1 - 2 - Les problèmes sans constatation pathologique ou nouvelle faite ce jour.....	p.103
VI - 1 - 3 - Le rôle de la ré-orientation interne vers la médecine générale lors du processus de classement dans le système santé-maladie.....	p. 106
VI - 2 - La question de la "multipratique".....	p.109
CONCLUSION.....	p.118
BIBLIOGRAPHIE.....	p.123
LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE.....	p.125
RESUME.....	p.134
ENGLISH SUMMARY.....	p.139

AVERTISSEMENT

En 25 ans, la consommation médicale par personne, a considérablement augmenté en France : la part consacrée aux soins dans le produit intérieur brut est passée de 4% en 1960 à 8,6% en 1985.

Parmi les causes reconnues comme responsables de cette évolution figure un certain rattrapage de la consommation médicale par les groupes socio-culturels défavorisés de la population (sauf en ce qui concerne ceux qui sont en voie de marginalisation comme les chômeurs en fin de droit, les jeunes à la recherche d'un premier emploi et certains immigrés).

Mais, surtout, on constate l'apparition, parmi les personnes âgées, d'une population ayant pris l'habitude, lors de la vie active antérieure, de satisfaire sans restriction à ses besoins médicaux. La consommation médicale des personnes âgées et leur tendance à rejoindre le niveau correspondant à leurs besoins, sont devenues des facteurs importants de l'évolution dans la demande des soins.

Depuis plusieurs années ces groupes sociaux sont les victimes principales des mesures restrictives dans le remboursement des médicaments puis, dans la prise en charge des polypathologies dès lors qu'elles ne menacent pas la survie à court terme.

Un autre facteur déterminant intervient dans l'augmentation de la consommation médicale. Il s'agit des modifications de la structure du corps médical sous l'effet d'une réforme des études médicales françaises survenue en 1958. Sous l'effet de cette réforme, il s'est constitué chez nous un monopole réel de la médecine spécialisée hospitalière, sur l'enseignement de la médecine, et aussi sur une part déterminante du contrôle sur la recherche médicale dans ses objectifs et la publication de ses résultats. Dès lors, la quasi totalité des recherches et activités universitaires en médecine s'est trouvée limitée au développement de la fraction des soins médicaux qui concerne les situations extrêmes dévolues au secteur hospitalier.

Cette nouvelle répartition des pouvoirs s'est traduite aussi dans les arbitrages concernant les prises en charge des soins de type généraliste par la Sécurité Sociale et sur la formation initiale et continue des médecins.

Le secteur hospitalier est la zone de soins où se manifestent le plus clairement les conséquences des larges ignorances et impuissances qui persistent dans la médecine moderne. L'exemple du SIDA et des ravages de la toxicomanie sont connus de tous.

Pour ce qui est des traitements curatifs des affections cancéreuses, virales, dégénératives et psychotiques, la dimension des lacunes scientifiques est aussi bien perçue. C'est dire que le secteur de soins hospitaliers représente un champ de recherches et de prise en charge des formes ultimes de la maladie hautement rationnel et légitime. Il est naturel aussi que ce secteur développe les procédures nécessaires à ses fonctions.

L'appel sans restriction aux techniques diagnostiques les plus sophistiquées redondantes et répétitives peut se justifier par les situations extrêmes qui sont prises en charge et par les besoins de la recherche et des publications. De même l'information de tous les médecins par l'enseignement initial et continu sur la capacité de production et les techniques du secteur hospitalier bénéficie, fort justement au dépistage et à la collecte en ville, des cas qui relèvent des soins de ce type.

Par contre, la décision prise en 1958 d'exclure les médecins généralistes de tout statut universitaire, de plein exercice, a eu de nombreux effets indésirables.

- Le plus nocif est la pression universitaire en faveur de l'application en ville des procédures hospitalières dont la sophistication, la redondance et la répétition, ne sont pas justifiées par les besoins et les perspectives thérapeutiques en jeu dans la plupart des situations prises en charge.

Cette tendance est soutenue par une action médiatique incitant la population à l'appel direct (non régulé au préalable) à un nombre croissant de spécialistes de ville dont la formation est moulée sur le modèle hospitalier.

S'agissant de situations médicales dont le traitement ne requiert guère l'usage des techniques spécialisées de type thérapeutique, c'est le mode hospitalier du foisonnement des gestes diagnostiques itératifs qui se multiplie. Il en résulte, en ville, un champ de productions médicales en développement rapide. Cette offre est peu saturable car il s'agit souvent d'examen non invasifs et aussi parce que cette activité médicale s'insère dans l'avènement actuel d'une société d'information où les coûts des services à dominante informationnelle s'enflent par rapport à la production proprement dite.

- Quant aux pratiques de la médecine générale de ville elles sont devenues non perceptibles pour la hiérarchie universitaire, sauf en ce qui concerne la prise en charge des échecs. Tout l'énorme secteur d'activité où les procédures de la médecine générale se révèlent satisfaisantes, ne connaît pas de recherche propre ni d'enseignement dignes de ce nom.

Ce n'est qu'après être sorti de l'université que chaque généraliste doit acquérir, auto-didactiquement, pour son propre compte, les compétences nécessaires au bon accomplissement de ses fonctions. Pour ce qui est des connaissances sur ses pratiques, par le moyen de statistiques administratives ou d'enquêtes "ad hoc", on dispose d'informations sur les volumes de prescriptions diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes mais peu de connaissances sont disponibles sur la problématique de leurs démarches médicales.

Dès lors la connaissance des prescriptions reste de peu d'utilité sans la connaissance des rapports qui les lient.

Des recherches plus approfondies sont ici nécessaires pour mieux cerner le contenu des séances de médecins ainsi que les inter-relations entre les troubles de santé, les stratégies déployées pour les affronter et les types de prescriptions effectuées en médecine générale.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 435

LECTURE 10

2017

LECTURE 10: QUANTUM MECHANICS OF PARTICLES IN POTENTIALS

1. Review of the Schrödinger equation and wave functions.

2. The harmonic oscillator: energy levels and wave functions.

3. The particle in a box: energy levels and wave functions.

4. The hydrogen atom: energy levels and wave functions.

5. The double-slit experiment and wave-particle duality.

6. The uncertainty principle and its implications.

7. The tunneling effect and its applications.

8. The spin of particles and the Pauli exclusion principle.

9. The Dirac equation and relativistic quantum mechanics.

10. The Dirac delta function and its applications.

INTRODUCTION

La recherche s'intitule : "Etude des prescriptions diagnostiques et d'orientation en médecine générale, selon qu'une prise en charge concerne une seule ou plusieurs pathologies simultanément. Exploitation de données déjà collectées pendant quatre ans par un système de codage nouveau conçu à cet effet."

Ce nouveau système de recueil de données demande quelques explications. Le matériel collecté est un relevé en continu sur 4 ans, selon un protocole d'observation détaillé de chacun des contacts que 13 médecins généralistes ont eu du 1er janvier 1983 au 31 décembre 1986 avec 100 patients chacun. Ces patients ont été élus aléatoirement, en début d'étude, pour être représentatifs de chacune des clientèles considérées. L'échantillon inclut 1 299 patients au total qui ont fait appel aux 13 médecins en 19 916 séances lors desquelles les médecins ont pris en charge 35 037 problèmes.

S'agissant d'une étude longitudinale au très long cours, qui nécessitait un investissement personnel considérable, les seuls critères retenus pour le choix des médecins collecteurs furent leur forme traditionnelle d'exercice de la médecine générale, mais surtout leur capacité d'adhésion durable à un tel travail de recherche.

C'est dire que le groupe n'est pas significatif de l'ensemble du corps généraliste et qu'il s'agit, seulement, ici, d'une enquête d'observation dont les aspects quantitatifs et les approximations statistiques n'ont qu'une valeur indicative.

Au stade actuel de faible connaissance où on se trouve sur les stratégies et les tactiques de la décision qui ont cours en médecine générale, de telles enquêtes d'observations restent encore des préalables nécessaires aux études ultérieures, statistiquement plus significatives, qui auront pour tâche de vérifier le caractère général des corrélations qui auront été observées. Cependant, ces corrélations pourront servir comme hypothèses explicatives pour des faits observés dans des statistiques déjà disponibles d'origines diverses. L'objectif est de connaître les arrangements entre les informations et les savoirs directement disponibles par lesquels les médecins généralistes organisent les soins dans leurs séances avec les patients. On applique au comportement professionnel des généralistes participant à l'étude une méthode qui s'est révélée novatrice dans les sciences humaines: percevoir la structure d'un système en connaissant les arrangements qui, dans le langage et les signes humains produisent de la signification.

Cette méthode impliquait l'inventaire préalable de tous les types d'informations auxquels les médecins du groupe font régulièrement appel au cours des séances de médecine générale et la réunion des classifications existantes pour ces indicateurs, ou, à défaut, leur construction. Il fallut, ensuite, organiser la disposition séquentielle de ces types d'indicateurs sur un protocole censé rendre compte du déroulement d'une séance type de médecine générale et que ce protocole recueille le consensus de tous les praticiens qui allaient en faire usage. Ce travail fut réalisé en 1981 et 1982 à la section nantaise de la S.F.M.G par 17 médecins généralistes encadrés par deux chercheurs responsables de la Société Française de Médecine Générale et un enseignant de statistiques médicales à la Faculté de Médecine de Nantes. Ensuite, du 1er janvier 1983 au 31 décembre 1986, 13 des médecins généralistes du groupe pratiquèrent les relevés de séances selon le protocole qui, vérification faite, avait obtenu leur consensus.

On trouvera, par ailleurs, la description détaillée des fiches et classifications codées, outils, matériels du relevé des données.(1)

Il convient de donner ici les principales acquisitions connues en 1981 qui ont fondé le choix des indicateurs dont nous avons fait usage.

Les premières acquisitions ont pour origine les études épidémiologiques concernant la nature et la fréquence des troubles de santé sous la forme où la médecine générale les prend en charge. C'est à un épistémologiste autrichien, un théoricien du nom de R.N. BRAUN, que l'on doit les constatations et formulations théoriques les plus importantes.

Il est admis depuis longtemps que le médecin généraliste prend fréquemment en charge des troubles de santé pour lesquels tous les éléments d'un diagnostic médical complet ne sont pas réunis.

Cette constatation émanait d'études de morbidité de brève durée ne permettant pas le relevé d'épisodes entiers et, par conséquent, de connaître l'état final des procédures diagnostiques engagées. Aussi pouvait on continuer à croire qu'il s'agissait, en médecine générale, de désigner, au départ, des cas pour lesquels on découvrirait ensuite une maladie, ce qui est l'objectif déclaré de l'enseignement médical d'origine hospitalière. Réalisant, quant à lui, des relevés épidémiologiques en incidence et prévalence sur des durées dépassant toujours 3 ans, R.N. BRAUN a pu démontrer qu'en fin d'épisode ou devant un état permanent le médecin généraliste n'a be-

(1) Fournis en annexe du rapport remis à la C.N.A.M.T.S. ces éléments peuvent être obtenus séparément sur demande à la S.F.M.G.

soin d'un diagnostic médical proprement dit (dont la relation avec un concept nosologique scientifique est établie de façon complète dans l'état actuel des sciences médicales) que dans moins de 15% des troubles morbides.

Aussi bien R.N. BRAUN a proposé d'appeler résultat de consultation l'étiquette du bilan d'examen d'un tableau nosologique fait de sorte que cette étiquette réserve une ouverture optimale sur l'ensemble des perspectives. On constate alors que les épisodes de troubles morbides ou les états permanents rencontrés en médecine générale peuvent se classer selon quatre positions :

LA CLASSE DES DIAGNOSTICS MEDICAUX COMPLETS :

(ex: une pneumonie caractérisée par ses signes cliniques et radiologiques et la présence du pneumocoque dans l'expectoration). En fréquence de prévalence triennale, cette classe représente au plus 15% des cas.

LA CLASSE DES TABLEAUX DE MALADIE :

(ex: une rougeole caractérisée par certains éléments dominants: l'éruption, la toux, la rougeur des conjonctives mais à qui manque la confirmation virologique). En fréquence de prévalence triennale, cette classe représente 35% des cas environ.

LA CLASSE DES GROUPES DE SYMPTOMES OU SYNDROMES :

(ex: une toux avec fièvre et écoulement nasal sans autres éléments notables). En fréquence de prévalence triennale, cette classe représente 25% des cas environ.

LA CLASSE DES SIGNES CARDINAUX :

(ex: un état fébrile isolé sans autre constatation). En fréquence de prévalence triennale, cette classe représente 25% des cas environ.

Ainsi, à côté de maladies caractérisées le médecin généraliste prend aussi en charge de très nombreux troubles morbides pour le traitement desquels l'achèvement de procédures diagnostiques n'est pas indiqué. Soit qu'il s'agisse de troubles curables spontanément ou sous l'effet des mesures déjà prises, soit au contraire qu'il s'agisse d'états dont l'étiologie ou la curabilité réelle restent inconnues des sciences médicales. Dans cette dernière éventualité la répétition redondante des diagnostics complets n'apporte rien de positif..

Il s'agit de démarches qui ont, dans leur principe, la même valeur. Il n'est pas question, ici, d'établir des diagnostics à un degré inférieur de certitude et le concept de résultat de consultation sous ses quatre formes implique une grande rigueur sémiologique et une grande précision quant à ce qui est certain et ce qui est incertain, ce qui est caractéristique ou non. De même une grande rigueur doit se faire jour dans la recherche d'éventuels risques évitables appartenant en propre à tel ou tel résultat de consultation.

En fait, au moment de notre étude toutes les implications de la théorie de R.N. BRAUN n'avaient pas été perçues clairement par le groupe. En particulier l'utilité de certains regroupements sémiologiques, et la nécessité de définitions précises et corrélées entre elles pour tous les termes de la nomenclature avaient échappé aux chercheurs.

Par contre, le rôle et l'équivalence hiérarchique des quatre positions participant au concept de résultats de consultation avait été intégré.

De même on avait bien reconnu que les troubles morbides qui se rencontrent avec une fréquence significative en médecine générale, par exemple au moins une fois pour 3 000 troubles (comptés une seule fois par épisode), tiennent dans une nomenclature de moins de 400 termes. Ce nombre est d'ailleurs celui mondialement accepté par les généralistes s'occupant d'épidémiologie.

Un deuxième ensemble d'acquisitions sur la médecine générale a été pris en compte par le groupe d'étude. C'est celui qui est issu des travaux initiés par Michaël et Enid BALINT qui avaient été largement vérifiés dans les groupes d'étude et de formation du même nom au moment où nous préparions la collecte de données. Il s'agit du rôle de la relation médecin-malade dans les processus diagnostiques et thérapeutiques. Sa prise en considération se révèle très importante en médecine générale, parce qu'elle s'adresse à des sujets qui conservent par eux-mêmes ou par leur entourage un grand degré d'autonomie vis-à-vis de leur adhésion ou non adhésion aux prescriptions médicales. Ainsi le groupe avait admis que toute séance médicale se déroule sous la contrainte de devoir trouver des compromis entre trois catégories de normes : La norme biologique, la norme socio-culturelle et la norme biographique, intime, de chacun.

Dès lors, une grande attention devait être donnée au capital d'investissement mutuel qui peut s'instaurer entre le malade, son entourage et le médecin. Ces considérations ont amené le groupe à l'usage d'une classification d'origine anglaise(2) consacrée aux problèmes du dépistage systématique, de la contraception, aux actes administratifs et aux interventions psychosociales. De plus,

(2) *International Classification of Health Problems of Primary Care, (I.C.H.P.P.C.) Supplementary Classification (Journal of Royal College of General Practitioners 1976 puis Oxford University Press 1983).*

une série d'indicateurs supplémentaires a été créée dans le protocole pour rendre compte de la manière dont le médecin se représente l'environnement social du malade et la tonalité de sa relation à son égard.

Matériellement, le recueil de données se faisait sur trois types de questionnaires:

- A l'inclusion: était ouvert un fichier pour chacun des 1 299 patients de l'échantillon construit aléatoirement à raison de 100 sujets dans chaque clientèle. En plus des items d'identification du médecin et du code anonyme propre au malade, le fichier comportait 15 indicateurs sur la représentation que le médecin se faisait de son patient du point de vue de l'âge, du sexe, de l'activité professionnelle, de l'habitat, de l'environnement familial et de l'ancienneté de sa relation avec le malade et sa famille. Sur ce fichier étaient aussi relevés et codés les événements sociaux et de santé frappant le malade ou sa famille dont le médecin avait connaissance pendant les quatre années de suivi.
- A chaque séance, une fiche d'observation du contact était établie comportant en, 14 types d'indicateurs, le mode de la séance, puis, pour 1 à 5 problèmes médicaux possibles, et séparément pour chaque problème, la classification pathologique selon la nomenclature de R.N. BRAUN ou la classification médicale, sociale et administrative selon la nomenclature supplémentaire de l'I.C.H.P.P.C.. Suivait l'enchaînement, pour chaque problème, des circonstances de sa survenue et de divers types des démarches diagnostiques et thérapeutiques ultérieures.
- En fin de séance, le médecin appréciait chaque fois son action globale sur la prévention primaire et secondaire, son action psychothérapeutique et sociologique, puis son propre ressenti concernant le climat relationnel de la séance.
- En fin d'étude, ou en cas de sortie antérieure (décès, changement de médecin), une fiche de fin d'observation donnait, pour chaque patient, les causes de cette fin d'étude et l'état de la relation du médecin au malade et à sa famille à ce moment.

En conclusion

Il convient d'insister sur le fait que, dans leurs principes et dans leur réalisation, les données recueillies de 1983 à 1986 par la S.F.M.G. présentent d'importantes différences par rapport à celles habituellement collectées en France. Ainsi, prenons le cas de l'enquête nationale réalisée par le C.R.E.D.E.S. de Mai 1982 à Mai 1983 auprès d'un échantillon de 1 350 médecins généralistes et spécialistes de pratiques libérales: (Ph. LeFur C. Sermet "Clientèle, Morbidité, Prescriptions en Médecine Générale")

- il s'agit d'une enquête nationale qui vise la significativité statistique,
- une grande attention est prêtée à la représentativité des généralistes selon les régions et des spécialistes selon leur spécialité. Un questionnaire socio-démographique détaillé est affecté à cette information,
- pour ce qui est des malades traités, les questionnaires remplis à chaque séance par les médecins donnent le sexe, l'âge, la situation professionnelle,
- pour ce qui est de l'action médicale en fin de séance, on dispose d'informations solides quant aux prescriptions faites par l'usage d'une duplication des ordonnances,
- pour le reste de la procédure médicale en cours de séance, il a fallu limiter au maximum l'investissement en temps de réflexion demandé aux praticiens. Les seules corrélations demandées sont celles qui relient les médicaments prescrits aux diagnostics et, éventuellement, aux effets thérapeutiques recherchés. Toutes les autres suites thérapeutiques et d'orientation diagnostique ou administrative sont globalisées en fin de séance et leurs corrélations éventuelles avec les pathologies diagnostiquées sont laissées à la charge et à l'interprétation d'un groupe de médecins non praticiens et d'étudiants en médecine qui centralisent la saisie informatique.
- Enfin la durée de relevés de séances est limitée à trois journées par médecin collecteur.

Dans le cas de recueil de données mené par la Société Française de Médecine Générale, les choix qui ont été faits s'opposent point par point à ceux que nous venons d'énumérer.

- Il s'agit d'une collecte de données par un petit groupe très motivé qui vise les informations qui émergent d'une enquête d'observation. La significativité des corrélations éventuellement décelées est celle de corrélations devenant perceptibles dans un échantillon restreint d'un champ d'étude jusque là inexploré. Les constatations faites devront être généralisées par des études menées ultérieurement sur un échantillon plus représentatif de collecteurs au plan national.
- Pour ce qui est des malades, outre les caractéristiques traditionnelles concernant le sexe, l'âge, la situation professionnelle selon l'I.N.S.E.E. ont été relevés des indicateurs sur la représentation que le médecin possède sur l'habitat et l'ancienneté de sa relation au patient et à sa famille.
- Ce sont les procédures médicales et leur enchaînement en cours de séance et au fil des années qui sont l'objet du travail. C'est la capacité de s'imposer pour quatre années consécutives un investissement

important en prestations quotidiennes, séminaires pluri-annuels, en effort de coordination et de contrôle qui devient le critère de sélection pour les médecins participant à la recherche. Ce critère limitait le choix à un petit nombre de praticiens ayant déjà, dans le passé, fourni de tels efforts de longue durée.

Ainsi, sur les 17 médecins généralistes primitivement recrutés, 4 abandonnèrent dès le départ, un cinquième ne poursuivit l'étude que 3 ans, mais les 12 praticiens restants terminèrent la collecte des données à l'échéance prévue et acceptèrent toutes les implications du travail.

Le nombre de patients choisis aléatoirement pour être représentatifs de chacune des clientèles a été limité à 100 ce qui a permis l'usage d'un questionnaire sophistiqué à chaque contact médecin-malade.

Non seulement le médecin traitant codait lui-même l'enchaînement des problèmes diagnostiques, les circonstances de leur survenue et le type de prescriptions qui en découlent, mais cet enchaînement était inscrit ligne par ligne et séparément pour chaque problème pathologique au sens traditionnel et aussi au sens social administratif ou psycho-social dès lors que ce problème est présenté par le malade et accepté comme tel par le médecin.

Quant aux indicateurs, ils sont relevés, non pas sous leur désignation administrative et marchande, mais selon leur signification tactique en cours de séance.

Leur codage se fait à partir d'un jeu de nomenclatures tout spécialement établi à cet effet et fourni à chaque médecin collecteur.

En fin de compte, la comparaison des deux types d'études C.R.E.D.E.S. et S.F.M.G. montre la présence d'un important biais qui leur est commun.

Il s'agit de l'extrême variabilité inter-médecins dans leur choix des termes par lesquels ils désignent un même fait clinique observé. Cette variabilité inter-médecins a été établie sur les meilleures statistiques étrangères et confirmée par nous-mêmes. C'est la raison pour laquelle tous les épidémiologistes finissent par proposer de vastes regroupements de données, par exemple sous la forme des chapitres de la C.I.M. 9ème Révision.

C'est ce qui a été fait dans l'étude du C.R.E.D.E.S. et par nous-mêmes à regret.

Cependant pour notre part, nous y avons ajouté un regroupement différent, plus conforme à la problématique généraliste, celui proposé par R.N. BRAUN selon les quatre positions de son concept de résultat de consultation.

Pour le reste, le travail du C.R.E.D.E.S. est tout à fait significatif du point de vue socio-démographique et des coûts. Par contre, la validité des interprétations sur les corrélations entre les pathologies et les prescriptions, repose pour beaucoup, sur les idées préconçues et le sens commun des médecins non praticiens chargés de la mise en mémoire informatique.

C'est un biais à ce jour inévitable mais qui obère la significativité finale.

Quant au travail de collecte de données réalisé par la S.F.M.G. il laisse de côté la recherche des informations objectives sur les facteurs socio-démographiques et économiques qui influencent les prescriptions médicales et leur coût. Nous cherchons seulement à ouvrir des voies nouvelles à la recherche future sur les stratégies de la décision et les tactiques de la médecine générale par la fourniture d'un matériel collecté directement pendant l'enchaînement des phases de la décision. Au stade initial où nous en sommes, dans ce type de recherche nous avons accepté deux biais importants:

- La non représentativité socio-démographique des médecins généralistes collecteurs,
- L'usage de nomenclatures de termes médicaux pour lesquels la nécessité d'un considérable travail de définition nosologique nous est clairement apparue à l'occasion de cette étude.(3)

Mais la prise en compte de la réalité sous-jacente, à savoir la non poursuite systématique du diagnostic médical complet et l'adoption de stratégies adaptées aux autres formes de résultat de consultation que sont le signe cardinal, le syndrome et le tableau de maladie, représente selon nous une innovation et un progrès dans la connaissance des stratégies médicales. Loin de s'opposer les démarches traditionnelles des économistes et celles de la S.F.M.G. se complètent.

(3) *Ce travail lexical et de classification des résultats de consultation en médecine générale est en cours de réalisation depuis 1989 dans le cadre d'un réseau I.N.S.E.R.M. - S.F.M.G. - INDUSTRIE DU MÉDICAMENT.*

I - OBJET DE L'ETUDE

Notre tâche consiste à étudier les prescriptions diagnostiques et d'orientation en Médecine Générale, selon qu'une prise en charge concerne une seule ou plusieurs pathologies simultanément. Cette étude se fonde sur le contenu de 19 916 séances successives de Médecine Générale recueillies, codées et mises en mémoire informatique du 1er janvier 1983 au 31 décembre 1986. Ces séances réunissent la totalité de tous les contacts que 13 médecins généralistes ont eu en quatre ans avec 1 299 de leur patients, soit 100 pour chaque médecin, choisis par randomisation pour être représentatifs de chacune de leurs clientèles. Nous appelons **séance** tout contact médecin-malade, que ce soit lors d'une consultation au cabinet médical, d'une visite à domicile ou lors d'une hospitalisation, ou encore lors d'une communication téléphonique, voire d'un échange de lettres. Nous appelons **problème** tout objet du contact malade-médecin que ce soit un trouble morbide ou un acte médico-administratif. En effet, tout problème - même administratif ou psychosocial -, dès lors qu'il est envisagé sous l'angle médical, peut impliquer la prescription d'examens diagnostiques ou d'orientation.

Notre enquête n'a pas pour objet l'épidémiologie des morbidités mais l'observation des fonctions médicales du praticien généraliste sous l'angle des procédures diagnostiques et des décisions d'orientation qui sont les siennes en fonction de chacun des problèmes pris en charge.

A cet effet, l'enchaînement de ces procédures et des prescriptions qui en découlent a été enregistré séparément pour chacun des problèmes qui sont - selon la perception du médecin - l'objet et la finalité médicale du contact avec le malade.

Notre recherche focalise le regard sur les corrélations significatives entre les décisions prises et un ensemble de variables quantitatives et qualitatives que les généralistes du groupe ont perçues comme déterminantes du point de vue de leur fonction médicale et qui relèvent du sexe et de l'âge du malade, des modalités de la rencontre et de variables liées aux problèmes que le médecin a conscience de prendre en charge. D'autres ensembles de variables, par exemple socio-économiques objectives sont restés en dehors de cette étude. Pratiquement, chaque séance se présente sous la forme de deux ensembles d'items.

1/ Les items informant sur les séances considérées comme des entités réalisant le contact médecin-malade :

Ce sont :

- les informations corrélées aux codes du médecin et du malade. Elles permettent d'identifier le malade par le sexe, l'âge, l'état civil, la profession et l'idée que le médecin se fait de l'habitat et de l'ancienneté de la relation;
- les informations caractérisant l'ensemble de la séance. Il s'agit de sa modalité (consultation au cabinet médical, visite à domicile, téléphone, lettre, etc...) de son rôle psychothérapeutique, de prise en charge sociale et de prévention primaire ou secondaire, ainsi que du ressenti du médecin sur le climat de la séance .

2/ Les items informant sur le contenu médical des séances:

Ce sont les informations concernant chacun des problèmes que le médecin se pose et l'enchaînement des séquences qui permettent de le situer :

- trouble morbide ou problème d'emblée administratif ou psychosocial;
- pour les troubles morbides, leur caractère nouveau ou connu et leur nature d'état permanent, épisodique ou mixte (c'est-à-dire d'état épisodique connaissant une fréquence élevée de chronicisation);
- la situation du problème dans la nomenclature des résultats de consultation selon R.N. Braun ou dans la C.I.M. 9 (pour les cas de fréquence non significative en médecine générale) ou encore dans une nomenclature ad-hoc des actes administratifs ou psychosociaux;
- la position diagnostique atteinte selon la nomenclature de Braun (signe cardinal, syndrome, tableau de maladie, diagnostic complet certifié) ou encore aucune constatation pathologique ce jour (trouble morbide rendu inapparent par le traitement ou problème administratif ou psychosocial sans expression sous la forme d'un trouble morbide);
- l'évaluation pronostique: favorable, incertaine, aucune; Ce sont aussi les informations sur les décisions thérapeutiques selon leur type (acte technique simple, traitement symptomatique, traitement d'épreuve, traitement à visée étiologique, mise en attente);
- les décisions d'orientation (demande de retour ou non, demande d'exams complémentaires, demande d'avis auprès de spécialistes, hospitalisation, arrêt de travail,] .

Les informations concernant chaque problème posé se présentent ainsi sous la forme d'une seule ligne de séquences enchaînées. lorsqu'un seul problème fait l'objet de la séance, et de 2 à 4 lignes lorsque plus d'un problème sont pris en charge au cours d'un même contact médecin-malade. Bien entendu, chaque **séquence** était codée selon une nomenclature particulière donnant la liste des items de sa catégorie. Les 13 praticiens observateurs codaient personnellement leurs relevés de séance en utilisant les mêmes nomenclatures. On trouve, en annexe, une présentation résumée de ce recueil des données dont nous utilisons le matériel mémorisé.

LES SEANCES EN MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE

	<i>Nombre de SEANCES</i>	<i>Fréquence pour 100 SEANCES</i>
SEANCES EN MONO- PROBLEMATIQUE	10 989	55,20%
SEANCES EN POLY- PROBLEMATIQUE	8 927	44,80%
TOTAL DES SEANCES	19 916	100,00%

TABLEAU 1

LES SEANCES SELON LE NOMBRE DE PROBLEMES PAR SEANCE

	<i>Nombre de SEANCES</i>	<i>Fréquence pour 100 SEANCES</i>	<i>Nombre de PROBLEMES Pris en charge</i>
SEANCES comportant 1 problème	10 989	55,20%	10 989
SEANCES comportant 2 problèmes	4 882	24,50%	9 764
SEANCES comportant 3 problèmes	2 298	11,50%	6 879
SEANCES comportant 4 problèmes et +	1 747	8,80%	7 405
TOTAL :	19 916	100,00%	35 037

TABLEAU 2

II - LES SEANCES A UN OU PLUSIEURS PROBLEMES PRIS EN CHARGE.

*REPARTITION DES SEANCES SELON QU'UN SEUL OU PLUSIEURS
PROBLEMES SONT PRIS EN CHARGE A LA FOIS.
LEUR DISTRIBUTION SELON LE SEXE, L'AGE
ET LES MODALITES DU CONTACT.*

Questionné par un consultant, la première tâche du médecin consiste à décomposer le questionnement selon le nombre de problèmes qu'il y perçoit et à les reclasser selon les types de réponses qui peuvent être données.

■ II - 1 - LES SEANCES SELON LE NOMBRE DES PROBLEMES (tableaux 1 et 2):

En quatre ans les 1 299 patients intégrés dans l'étude sont entrés en contact avec leur médecin généraliste en 19 916 séances. Dans 55,2 % des cas il s'agissait d'un seul problème, dans 44,8 % des cas de plusieurs problèmes pris en charge lors d'une même séance soit:

24,5 %	2 problèmes par séance
11,5 %	3 problèmes par séance
8,8 %	4 problèmes et plus par séance.

Autrement dit :

10 989 problèmes ont fait l'objet, chacun, d'une séance entière. Nous qualifions ces séances de **monoprobématiques**. 24 048 problèmes ont été pris en charge à raison de plusieurs problèmes à chaque séance. Nous qualifions ces séances de **polyproblématiques**. Elles sont 8 927. Ainsi :

9 764	problèmes ont été pris en charge à raison de 2 problèmes par séance;
6 879	problèmes ont été pris en charge à raison de 3 problèmes par séance;
7 405	problèmes ont été pris en charge à raison de 4 (et plus) problèmes par séance.

C'est dire aussi que les 44,8 % de séances qualifiées de polyproblématiques ont pu assumer 68,8 % de tous les problèmes à raison de 2,8 problèmes par séance en moyenne.

■ II - 2 - **REPARTITION DES SEANCES MONO ET
POLYPROBLEMATIQUES SELON LE SEXE (tableau 3).**

On constate que les deux types de séances sont consacrées dans environ, 1/3 des cas à des sujets du sexe masculin et, 2/3 des cas, à des sujets du sexe féminin. Notre échantillon de patients comptait 512 hommes et 787 femmes soit 60,6 % de sujets de sexe féminin.

Or, dans les agglomérations où exerçaient les médecins observateurs les femmes sont 52,8 % de la population (tableau 4).

On constate donc d'abord que la proportion des sujets qui consultent les généralistes est plus forte parmi les femmes que parmi les hommes. De plus elles consultent plus souvent puisqu'elles occupent 63,7 % à 67,8 % des séances alors qu'elles ne sont que 60,6 % de l'échantillon représentatif des clientèles observées. Dans cet échantillon le phénomène bien connu d'une consommation féminine proportionnellement plus forte que celle des hommes se confirme.

**SELON LE SEXE REPARTITION DES SEANCES EN :
MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

SEANCES					
SEANCES \ SEXE	SEXE MASCULIN		SEXE FEMININ		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO-PROBLEMATIQUE	3 960	36,30	6 963	63,70	10 923
POLY-PROBLEMATIQUE	2 841	32,30	5 978	67,80	8 819

TABLEAU 3

SP < 0,001

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

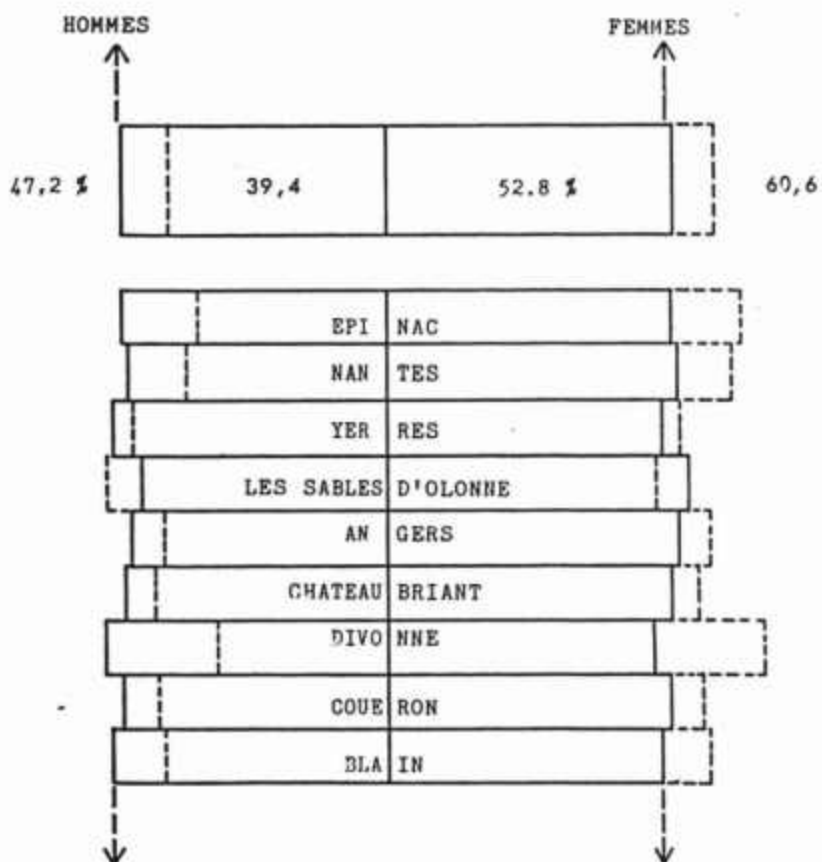


TABLEAU 4

■ II - 3 - REPARTITION DES SEANCES MONO ET
POLYPROBLEMATIQUES SELON LES TRANCHES D'AGE.

On constate une très forte corrélation au risque $p < 0,001$ liant le type de séance à l'âge des patients (tableau 5). La proportion des séances à un seul problème diminue au fur et à mesure que l'âge augmente au profit d'une proportion croissante de séances polyproblématiques. L'inversion des proportions se fait à 55 ans. Par exemple, jusqu'à 34 ans le taux des séances polyproblématiques ne dépasse pas 29%. A partir de 75 ans, 60,7% des séances voient traiter plusieurs problèmes à la fois.

Pyramide DES AGES

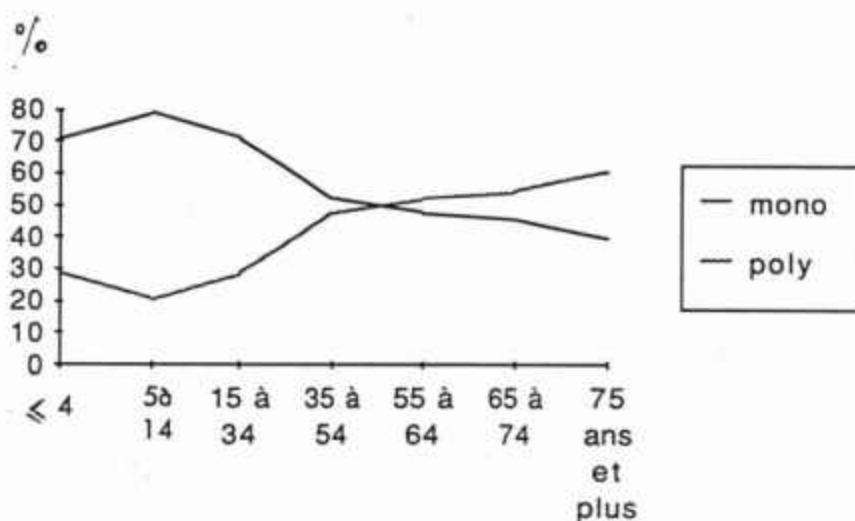
HOMMES		FEMMES
36	0 à 4	36
80	5 - 14	94
236	15- 54	370
160	55 et+	287
512	TOTAL	787

**REPARTITION DES SEANCES SELON LEUR TYPE
MONO ET POLYPROBLEMATIQUE
SELON L'AGE DES MALADES**

CLASSES D'AGE	SEANCES MONO-PROBLEMATIQUE		SEANCES POLY-PROBLEMATIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	
Jusqu'à 4 ans	1 376	70,90	566	29,10	1 942
de 5 à 14 ans	800	79,30	209	20,70	1 009
de 15 à 34 ans	2 931	71,00	1 195	29,00	4 126
de 35 à 54 ans	1 552	52,30	1 418	47,70	2 970
de 55 à 64 ans	1 532	47,60	1 687	52,40	3 219
de 65 à 74 ans	1 339	45,60	1 599	54,40	2 938
75 ans et +	1 459	39,30	2 253	60,70	3 712
TOTAL	10 989		8 927		19 916

TABLEAU 5

S P < 0,001



**■ II - 4 - REPARTITION DES SEANCES MONO ET
POLYPROBLEMATIQUES SELON LES MODALITES
DU CONTACT (tableau 6)**

A première vue, si l'on prend en compte toutes les modalités possibles de contacts entre un malade et le médecin généraliste, une corrélation significative existe dans la fréquence comparée de ces modalités selon le caractère mono ou polyproblématique des séances (tableau 6).

Cette différence est due aux modalités de contact autres que la consultation au cabinet médical et à la visite à domicile. Ces modalités "autres" introduisent ici un artefact.

Il s'agit de visites à malades hospitalisés, de contacts téléphoniques, de lettres ou contacts occasionnels qui sont présents en proportion beaucoup plus forte - 13,6 % des contacts - en situation de monoprotblématique contre 1,8 % en situation de polyproblématique.

**LES MODALITES DES SEANCES EN SITUATION
MONO ET POLYPROBLEMATIQUE**

	CONSULTATIONS		VISITES		AUTRES MODES		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
MONO-PROBLEMATIQUES	6 166	56,20	3 314	30,20	1 500	13,60	10 980
POLY-PROBLEMATIQUE	5 935	66,50	2 830	31,70	157	1,80	8 922
TOTAL	12 101	60,80	6 144	30,90	1 657	8,30	19 902

TABLEAU 6

S P < 0,001

**LES SEANCES EN CONSULTATIONS ET VISITES
(abstraction faite des appels téléphoniques
et autres modes de contacts particuliers)**

NOMBRE DE SEANCES	CONSULTATION <i>en cabinet médical</i>		VISITES à domicile		TOTAL
	N	%	N	%	N
MONO-PROBLEMATIQUE	6 166	65,00	3 314	35,00	9 480
POLY-PROBLEMATIQUE	5 935	67,70	2 830	32,30	8 765

TABLEAU 6 a

S p < 0,001

Cela signifie 1 500 contacts et problèmes sans examen du malade dont 1 051 contacts téléphoniques en situation monoproblématique et 157 contacts pour 192 problèmes sans examen du malade en situation polyproblématique. Mais, la différence devient très faible si on compare seulement les proportions relatives de consultations au cabinet médical et de visites à domicile (tableau 6 a). Les taux relatifs de consultations au cabinet médical sont alors très voisins: 65 % en monoproblématique et 67,9 % en polyproblématique.

Quant aux séances "des autres types" (tableau 6 b) elles sont toutes présentes en proportion plus forte en situation monoproblématique, la palme revenant aux contacts téléphoniques: 9,5 % en monoproblématique contre 1 % en polyproblématique. En fin de compte cette forme de consultation représente dans notre échantillon 5,7 % de tous les contacts médecin-malade.

Nous avons pu préciser le contenu de ce type particulier de consultation.

Les tableaux 6 c et 6 d montrent que c'est aux âges moyens de la vie, entre 31 et 60 ans, et dans le sexe féminin que se recrute la plus grande part de ces consultations.

Les tableaux 6 e et 6 f donnent en mono et polyproblématique les dix problèmes qui ont été le plus souvent pris en charge téléphoniquement.

Il en résulte deux constatations :

- une moitié des problèmes concernent des troubles morbides caractérisés. Leur liste complète montre qu'ils se situent dans tous les chapitres de la pathologie sauf les anomalies congénitales, les complications de la grossesse et les maladies du sang qui ne se rencontrent pas en médecine générale avec une fréquence significative.
- l'autre moitié des problèmes concernent des activités médicales et médico-sociales qui doivent être classés séparément.

L'examen de ces tableaux montre combien seule une bonne connaissance préalable des problèmes généraux et particuliers de la personne malade peut autoriser valablement ce type de prise en charge téléphonique.

Il n'est pas certain que l'aspect économique, qui se traduit par une réduction de 5,7 % des visites et consultations payantes, soit "le seul élément à considérer ici". L'initiative et le bon aboutissement d'un appel téléphonique direct au médecin impliquent en effet l'existence, ou la mise en place, d'une relation d'investissement mutuel dont les travaux sur la relation médecin-malade ont montré toute la valeur thérapeutique propre.

LES MODALITES DE CONTACT MEDECIN-MALADE

(autre que la consultation au cabinet médical ou la visite à domicile)

	MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
	N	%	N	%
VISITES A MALADES HOSPITALISES	151	1,40	27	0,30
CONTACTS TELEPHONIQUES	1 051	9,60	87	1,00
LETTRES	105	1,00	7	0,08
DIVERS OCCASIONNELS	193	1,80	36	0,40
TOTAL DES SEANCES	10 989		8 922	

TABLEAU 6 b

P < 0,001

**LES CONTACTS TELEPHONIQUES SELON L'AGE DES MALADES
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

NOMBRES DE CONTACTS TELEPHONIQUES	JUSQU'A 30 ANS		DE 31 A 59 ANS		60 ANS ET +		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
MONO-PROBLEMATIQUE	177	16,80	524	49,90	350	33,30	1 051
POLY-PROBLEMATIQUE	7	8,60	53	60,90	27	31,10	87

TABLEAU 6 c

N. S.

**LES CONTACTS TELEPHONIQUES SELON LE SEXE DES MALADES
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

NOMBRES DE CONTACTS TELEPHONIQUES	HOMMES		FEMMES		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO-PROBLEMATIQUE	248	23,60	797	75,90	1 051
POLY-PROBLEMATIQUE	15	16,10	72	82,60	87

TABLEAU 6 d

N. S.

NOMBRE DE PROBLEMES
PRIS EN CHARGE TELEPHONIQUEMENT

EN SITUATION

	MONO PROBLEMATIQUE	POLY PROBLEMATIQUE
I. Maladies infectieuses et parasitaires	19	1
II. Tumeurs	19	4
III. Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires	21	12
IV. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1	0
V. Troubles mentaux	71	19
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens	18	3
VII. Maladies de l'appareil circulatoire	46	14
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire	40	8
IX. Maladies de l'appareil digestif	47	21
X. Maladies des organes génito-urinaires	75	14
XI. Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	1	0
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	11	2
XIII. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	32	8
XIV. Anomalies congénitales	0	0
XV. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	18	2
XVI. Symptômes, signes et états morbides mal définis . . .	32	16
XVII. Lésions traumatiques et empoisonnements	40	3
<u>S U B Total:</u>	<u>489</u>	<u>127</u>
Classification supplémentaire		
<u>I C H P P C</u>	<u>559</u>	<u>65</u>
<u>TOTAL:</u>	<u>1048</u>	<u>192</u>

**LES DIX PROBLEMES LES PLUS FREQUEMMENT PRIS EN CHARGE
PAR TELEPHONE DANS L'ECHANTILLON ETUDIE**

EN SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE

Troubles morbide

Ch. V. Dépression nerveuse réactionnelle	22
Ch. V. Psychose chronique	14
Ch. II. Cancer autre que peau, poumon, sein	13
Ch. XVII. Réactions d'origine iatrogène	13
Ch. X. Cystites	12
Ch. VII. Hypertension artérielle	12
Ch. X. Dysménorrhée	9
Ch. IX. Faiblesse généralisée	9
Ch. XIII. Lombalgies	9

Classification supplémentaire

Conseil, éducation médicale, hygiène	165
Lettre, certificat rendant un examen inutile	121
Observation, soins patient à risque	75
Procédures médicales, chirurgicales, sans indication de diagnostic	52
Problèmes soins à personne malade	24
Soins à personne à risque	18
Transfert du patient sans besoin d'examen	8
Problèmes maritiaux	7
Autres problèmes individuels	7
Autres problèmes familiaux	7

TABLEAU 6 e

**LES DIX PROBLEMES LES PLUS FREQUEMMENT PRIS EN CHARGE
PAR TELEPHONE DANS L'ECHANTILLON ETUDIE.**

En Situation Polyproblématique.

<u>Troubles Morbides</u>	<u>Nombre</u>
Ch. V. Dépression nerveuse réact.	11
Ch. VII. Hypertension artérielle	9
Ch. IX. Constipation	6
Ch. X. Cystites	4
Ch. IX. Vomissement diarrhée	4
Ch. XVI. Céphalées	4
Ch. XVI. Vertiges	4
Ch. II. Cancer autre que peau, poumon, sein	3
Ch. V. Névrose d'angoisse	3
Ch. XVI. Troubles polymorphes non organiques	3
 <u>Classification supplémentaire</u>	
Conseils, éducation médicale, hygiène	20
Lettre, certificat rendant un examen inutile	11
Procédures médico-chirurgicales sans indication de diagnostic	7
Transfert du patient sans besoin d'examen	5
Problème concernant parents âgés	4
Observation, soins patient à risque	3
Observation, soins traitement à risque	3
Autre problème d'adaptation sociale	2
Autres problèmes familiaux	2
Problème de soins à personne malade	2

Tableau 6 f

En conclusion.

On constate que le caractère mono ou polyproblématique des séances (c'est-à-dire le nombre de problèmes pris en charge en une fois) est fortement corrélié au sexe et à l'âge des patients, mais aussi à la modalité du contact selon qu'il a lieu au cabinet médical, en visite à domicile, en visite à un malade hospitalisé, par un contact téléphonique, par lettre ou occasionnel. Cette forte liaison entre le nombre de problèmes pris en charge à la fois et ce type de variables permet d'inférer des corrélations entre le type mono ou polyproblématique des séances et la nature médicale des problèmes posés. Dès lors, l'étude des décisions d'orientation diagnostique et autres qui résultent de ces séances doit prendre comme base de recherche l'étude des corrélations de ces décisions avec les problèmes individualisés.

**III - L'ETAT DE LA QUESTION. LES
PROCEDURES DIAGNOSTIQUES ET
D'ORIENTATION EN MEDECINE GENERALE EN
FONCTION DES PROBLEMES
PRIS EN CHARGE.**

**LES PRESCRIPTIONS DIAGNOSTIQUES ET D'ORIENTATION TOURNEES
VERS LES AUTRES DISCIPLINES MEDICALES : L'ORIENTATION EXTERNE.**

**LES PROCEDURES DIAGNOSTIQUES ET DE RE-ORIENTATION INTERNE
VERS LA MEDECINE GENERALE :**

L'activité médicale comporte, traditionnellement, des enchaînements de séquences de diagnostic, de traitement et, éventuellement, de suivi. Quel que soit le problème, trouble morbide ou problème médico-administratif ou psychosocial, il s'agit toujours de situer une information, d'y répondre et d'assurer ses suites.

Prenons le cas d'un malade qui est hospitalisé :

A l'admission son cas reçoit un étiquetage d'où résulte le choix du service concerné. S'enclenche, alors, une démarche diagnostique qui comporte une mise en observation clinique continue et des séries d'examen complémentaires ou demandes d'avis spécialisés.

Habituellement un traitement d'attente est instauré. La démarche diagnostique est censée aboutir au diagnostic médical complet d'un trouble morbide codable selon la classification internationale des maladies. Elle implique des décisions nombreuses d'orientation à visée diagnostique faisant appel aux laboratoires d'analyses et aux avis spécialisés techniques. Suit la séquence thérapeutique proprement dite et, éventuellement, la mise en place d'un suivi ultérieur au sein de l'institution hospitalière ou en dehors d'elle.

Du point de vue du concept de séance, au sens de contact médecin-malade, il s'agit d'une succession intense de séances contiguës au point de pouvoir être pluri-quotidiennes.

Cette succession de contacts médecin-malade constitue, en fait, une vaste unité de lieu et de temps médicalisés entièrement consacrée à un seul épisode morbide où le médecin responsable du malade s'appuie sur de nombreuses décisions d'orientation spécialisées à visées diagnostique et thérapeutique. C'est lui aussi qui décide de l'orientation ultérieure vers un médecin traitant de ville ou une demande de retour au service hospitalier. Cet

LES SEANCES AVEC ET SANS SOUTIEN DEMANDE AUX DISCIPLINES MEDICALES EXTERIEURES A LA MEDECINE GENERALE EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE						
NOMBRE DE SEANCES	SOUTIENS DEMANDES AUX DISCIPLINES EXTERIEURES				TOTAL	
	SEANCES AVEC		SEANCES SANS			
	N	%	N	%	N	%
SEANCES MONO- PROBLEMATIQUES	2 143	19,50	8 846	80,50	10 989	100%
SEANCES POLY- PROBLEMATIQUES	2 617	29,30	6 390	70,70	8 927	100%

TABLEAU 7

S P < 0,001

nées selon la nature du service hospitalier où le nombre de situations possibles est d'ailleurs limité par la spécialité médicale de ce service et son recrutement de malades.

La médecine générale affronte par nature un ensemble de problèmes différent par sa variété mais aussi par la répétition de certains épisodes, voire leur permanence à l'état chronique. Ainsi, en quatre ans, pour 1 299 patients suivis il a fallu 566 termes différents pour coder 35 037 problèmes et 19 916 séances pour leur prise en charge. Ici, les contacts sont discontinus, de courte durée et peu nombreux par épisode morbide. De tout ces points de vue qui touchent au nombre des problèmes et des séances et à la durée des unités de contact médecin-malade, la pratique généraliste s'oppose point par point à la pratique hospitalière.

Il s'agit, pour nous, de caractériser aussi cette pratique généraliste et les particularités des problèmes qu'elle prend en charge par l'étude des procédures diagnostiques et d'orientation auxquelles les séances donnent lieu .

■ III - 1 - L'ORIENTATION EXTERNE. LES SOUTIENS DEMANDES PAR LES GENERALISTES AUX AUTRES DISCIPLINES MEDICALES.

En quatre ans nos 1 299 patients se sont vus prescrire : 3 876 fois des examens complémentaires(1), 1 573 fois des examens spécialisés impliquant un avis médical, 322 fois des hospitalisations (dont 3 en urgence).

Etudiés selon leur répartition dans les séances mono et polyproblématiques, on est frappé d'abord par le taux important des séances où il n'est fait aucun appel aux disciplines médicales spécialisées : 80,5 % en monoproblématique et 70,7 % en polyproblématique (tableau 7). Reste que le pourcentage de séances comportant l'appel aux examens biologiques, radiologiques, avis spécialisés ou hospitalisations passe, tout de même de 19,5 % en monoproblématique à 29 % en polyproblématique.

Ainsi, à première vue, le pourcentage de séances impliquant des orientations extérieures augmente de 10 % lorsqu'on passe de la situation monoproblématique à celle où plusieurs problèmes sont pris en charge à la fois. Dès lors, il faut examiner la question posée sous l'angle du nombre de ces problèmes.

Les tableaux 7 a, 7 b, 7 c nous documentent sur les différents types d'appels aux disciplines extérieures en nombre et en pourcentage des problèmes pris en charge en situation de mono ou de polyproblématique.

(1) Ont été classés comme examens complémentaires ceux qui sont pratiqués par les médecins spécialisés mais que le généraliste interprète personnellement en fonction de la clinique, à savoir ceux qui aboutissent à des résultats de laboratoire ou à des clichés radiologiques. Ils n'impliquent pas d'avis thérapeutique de la part du spécialiste.

**LES SOUTIENS DEMANDES AUX DISCIPLINES MEDICALES
EXTERIEURES A LA MEDECINE GENERALE
POUR LES PROBLEMES EN SITUATION
MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

<u>DEMANDE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>					
PROBLEMES	AVEC		SANS		TOTAL
	N	%	N	%	N
MONO- PROBLEMATIQUES	1 369	12,50	9 574	87,50	10 943
POLY- PROBLEMATIQUES	2 508	10,40	21 540	89,60	24 048

TABLEAU 7a

P < 0,001

<u>DEMANDE D'AVIS SPECIALISES</u>					
PROBLEMES	AVEC		SANS		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUES	589	5,40	10 354	94,60	10 943
POLY- PROBLEMATIQUES	984	4,10	23 064	95,90	24 048

TABLEAU 7 b

P < 0,001

<u>HOSPITALISATIONS</u>					
PROBLEMES	AVEC		SANS		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUES	185	1,70	10 758	98,30	10 943
POLY- PROBLEMATIQUES	137	0,70	23 911	99,30	24 048

TABLEAU 7 c

P < 0,001

Pour les trois catégories de modes d'appel au soutien des disciplines spécialisées, les taux sont faibles par rapport au nombre total des problèmes. Ils sont voisins en mono et polyproblématique pour chacune des trois catégories d'appels aux soutiens extérieurs.

Dans notre échantillon on constate aussi que, dans les trois cas, en termes de problèmes inducteurs, leurs taux deviennent légèrement inférieurs en situation de polyproblématique.

10,4 % des problèmes donnent lieu à des examens de laboratoire ou radiologiques en polyproblématique contre 12,5 % en monoprobématique.

Dans les mêmes conditions 4,1 % des problèmes donnent lieu à des demandes d'avis spécialisés contre 5,4 % et 0,7 % des problèmes donnent lieu à hospitalisation contre 1,7 %.

Ainsi, une double corrélation concerne le pourcentage modeste des soutiens demandés aux disciplines spécialisées par la médecine générale. L'une lie très fortement ce pourcentage au nombre de problèmes pris en charge, que ce soit à raison d'un seul ou de plusieurs problèmes à la fois dans une même séance. Une seconde corrélation existe qui abaisse le taux des soutiens externes demandés en situation de polyproblématique. Sur ce point, deux hypothèses viennent à l'esprit. La première est celle d'un usage multiple pour un même examen complémentaire ou une même demande d'avis spécialisé en ville ou à l'hôpital. La seconde pourrait lier plus étroitement la baisse du taux d'orientation externe à la nature même des problèmes posés.

Par exemple, le degré de connaissance que le médecin a déjà de ces problèmes ou le caractère plus souvent chronique, fixé, des troubles de santé pris en charge dans les séances polyproblématiques et pour lesquels, par conséquent, les orientations extérieures ont déjà rempli leurs fonctions lors de séances antérieures. Il conviendra d'étudier plus loin ces types de corrélations.

Remarquons, pour finir, que cette étroite corrélation avec le nombre et le caractère des problèmes pris en charge est aussi mise en évidence par l'étude des taux d'examens complémentaires, avis spécialisés et hospitalisations apparaissant - en polyproblématique - sur chacune des quatre lignes où sont relevés - à raison d'un seul problème par ligne - les problèmes et leurs enchaînements de décisions prises au cours de chaque séance.

En effet, à l'examen du tableau 7 bis, on constate que sur les quatre lignes de relevé, les 3 catégories d'orientation évoluent chacune dans une fourchette étroite :

- 13,3 à 7,9 demandes d'examens complémentaires pour 100 problèmes.
- 4,9 à 3,3 demandes d'avis spécialisés pour 100 problèmes.
- 0,7 à 0,3 hospitalisations pour 100 problèmes.

Au passage, on note que la baisse des taux est régulière lorsqu'on passe de la ligne 1 à la ligne 2, de la ligne 2 à la ligne 3 et de la ligne 3 à la ligne 4. Tout se passe comme si les médecins du groupe d'étude avaient tendance à inscrire spontanément les problèmes dans l'ordre décroissant des besoins en orientations extérieures que ces problèmes impliquent.

EN SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE REPARTITION SELON LES LIGNES DES RELEVES <u>DES PROBLEMES AYANT INDUIT DES DEMANDES DE SOUTIENS</u> <u>EXTERIEURS A LA MEDECINE GENERALE</u>						
	EXAMENS COMPLEMENTAIRES		AVIS SPECIALISE		HOSPITALISATION	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	1 173	13,30	434	4,90	57	0,70
LIGNE 2	849	9,60	359	4,00	59	0,70
LIGNE 3	351	8,80	135	3,40	16	0,40
LIGNE 4	135	7,40	56	3,30	5	0,30

TABLEAU 7 bis

P < 0,001

■ III - 2 - LES DECISIONS DE REORIENTATION INTERNE VERS LA
MEDECINE GENERALE

Qu'il soit ou non fait appel aux disciplines médicales externes, il existe des décisions d'orientation qui invitent à une reprise du contact dans le cadre de la médecine générale.

Explicitement, c'est le cas des demandes de retour avec fixation d'un délai suggéré, mais aussi des cas où il y a décision de mise en attente thérapeutique.

Implicitement, c'est le cas des mises en place de préventions primaires et secondaires ainsi que de l'attention prêtée à la relation médecin-malade qui invitent à l'établissement d'un suivi éventuel. Dans notre travail, ces décisions ont été codées et relevées. Elles peuvent donc être étudiées.

□ III - 2 - 1 - *LES REORIENTATIONS INTERNES EXPLICITES.*

- *LES DEMANDES DE RETOUR AVEC UN DELAI SUGGERE.*

- *LES MISES EN ATTENTE DE TRAITEMENT*

Le tableau 8 donne la répartition de ces demandes de retour selon les **séances** mono et polyproblématiques. On voit que :

5 251 séances sur 10 987 soit 48,3 % en situation monoproblématique et 7 183 séances sur 8 927 soit 80,5 % en situation polyproblématique, incluent des demandes de retour.

Autrement dit, alors que 51,7 % des séances monoproblématiques ne comportent pas de demandes de retour explicite, ce taux de séances sans demande de retour tombe à 19,5 % seulement des séances polyproblématiques.

Il importe de préciser les raisons de cette différence en étudiant, pour commencer, le rôle du nombre des problèmes sur le taux des demandes de retour explicites.

Le tableau 8a donne cette même répartition en **problèmes** sans et avec demandes de retour de différents types en situation de mono et polyproblématique. Du point de vue quantitatif, au vu de ce tableau on constate que :

**REPARTITION DES SEANCES MONO ET POLY-PROBLEMATIQUES
SELON L'ABSENCE OU LA PRESENCE DE
"DEMANDE DE RETOUR"**

SEANCES	SEANCES SANS DEMANDE DE RETOUR		SEANCES AVEC DEMANDE DE RETOUR		TOTAL
	N	%	N	%	
SEANCES MONO - PROBLEMATIQUES	5 676	51,70	5 251	48,30	10 987
SEANCES POLY- PROBLEMATIQUES	1 744	19,50	7 183	80,50	8 927

TABLEAU 8

S P < 0,001

Noter qu'en situation de poly-problématique, il peut y avoir plusieurs retours demandés dans des délais différents en corrélation avec les problèmes dont il s'agit.

**EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
REPARTITION DES PROBLEMES SELON QU'ILS
N'INDUISENT PAS OU QU'ILS INDUISENT
LES DEMANDES DE RETOUR A DELAIS PRECISE**

PROBLEMES SANS		AVEC DEMANDES DE RETOUR (selon les délais proposés)											
Délais en jours Nombre de problèmes	sans retour demande		1 à 20 jours		21 à 30 jours		31 à 60 jours		61 à 90 jours		+ de 90 jours		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
EN SITUATION MONO-PROBLÉMATIQUE	5 676	51,60	2 778	25,30	1 555	14,10	502	4,60	293	2,60	183	1,70	10 987
EN SITUATION POLY-PROBLÉMATIQUE	8 010	34,60	3 267	14,10	6 941	29,90	3 066	13,20	1 424	6,10	460	2,00	23 168

TABLEAU 8 a

S. P < 0,001

- en situation de monoproblématique 48,4 % des problèmes induisent une demande de retour soit :

- 25,3 % de problèmes avec demandes de retour dans 1 à 20 jours
- 14,1 % de problèmes avec demandes de retour dans 21 à 30 jours
- 4,6 % de problèmes avec demandes de retour dans 31 à 60 jours
- 2,6 % de problèmes avec demandes de retour dans 61 à 90 jours
- 1,7 % de problèmes avec demandes de retour dans + de 90 jours

- en situation de polyproblématique 65,4 % des problèmes induisent une demande de retour soit :

- 14,1 % de problèmes avec demandes de retour dans 1 à 20 jours
- 29,9 % de problèmes avec demandes de retour dans 21 à 30 jours
- 13,2 % de problèmes avec demandes de retour dans 31 à 60 jours
- 6,1 % de problèmes avec demandes de retour dans 61 à 90 jours
- 2,00% de problèmes avec demandes de retour dans + de 90 jours.

Ainsi, le fort accroissement du pourcentage des séances avec demandes de retour constaté en situation polyproblématique par rapport aux situations monoprobématiques n'est pas seulement corrélié au nombre accru de problèmes traités en situation polyproblématique. La nature même des problèmes traités en situation polyproblématique fait qu'une proportion accrue de ces problèmes induit une demande de retour.

Dans le même temps un autre type de différence apparaît qui concerne la durée des délais proposés pour le retour.

Le tableau 8 b montre la répartition des problèmes avec demandes de retour selon les délais proposés en mono et polyproblématique.

On voit que, en situation **monoproblématique** plus de la moitié des demandes de retour sont à délai court (1 à 20 jours) contre moins d'un quart de ces demandes de retour à bref délai en polyproblématique. Inversement, toutes les formes de demandes de retour à délais longs représentent une proportion nettement plus forte des demandes en **polyproblématiques** : 45,8 % des demandes de retour pour les délais de 21 à 30 jours et 20,2 % des délais de 31 à 60 jours contre 29,3 % et 9,5 % des demandes de retour pour ces mêmes délais longs en situation de monoprobématique.

Il s'agit d'un glissement global qui survient, en situation de polyproblématique, en faveur des pourcentages accrus de demandes de retour à délai longs. Le glissement se fait au détriment des demandes de retour à délais courts qui dominant en situation monoprobématique.

REPARTITION DEES PROBLEMES AVEC DEMANDES DE RETOUR EN SITUATION
MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
ET, SELON LES DELAIS DE RETOUR PROPOSES

PROBLEMES AVEC DEMANDES DE RETOUR (selon les délais proposés en jours)											
Délais en jours Nombre de problèmes	1 à 20 jours		21 à 30 jours		31 à 60 jours		61 à 90 jours		+ de 91 jours		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SITUATION MONO-PROBLÉMATIQUE	2 778	52,30	1 555	29,30	502	9,50	293	5,60	183	3,50	5 311
SITUATION POLY-PROBLÉMATIQUE	3 267	21,60	6 941	45,80	3 066	20,20	1 421	9,40	460	3	15 158

TABLEAU 8 b

S. P < 0,001

EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
REPARTITION DES PROBLEMES AVEC DEMANDES DE RETOUR
SELON LES DELAIS PROPOSES ET LA POSITION
DE CES PROBLEMES
SUR LES QUATRE LIGNES DES RELEVES

NOMBRE DE PROBLEMES AVEC DEMANDES DE RETOUR PROPOSE DANS LES DELAIS FIXES											
Délais en jours Nombre de problèmes	1 à 20 jours		21 à 30 jours		31 à 60 jours		61 à 90 jours		+ de 90 jours		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
LIGNE 1	1 524	25,70	2 559	38,00	1 088	18,30	550	9,30	215	3,60	5 936
LIGNE 2	1 195	22,00	2 480	45,60	1 070	19,70	543	10,00	151	2,80	5 439
LIGNE 3	425	16,30	1 300	49,80	601	23,00	220	8,50	65	2,50	2 611
LIGNE 4	140	12,10	604	52,40	287	24,90	93	8,00	29	2,50	1 153

S. p. 0,001

L'étude fine de cette répartition des délais dans les demandes de retour selon les lignes où sont relevés les problèmes en polyproblématiques confirme un phénomène intéressant : la part des délais courts diminue régulièrement en passant de la ligne 1 à la ligne 4 et, simultanément, la part des délais de retour demandés à 21 - 30 jours augmente dans une proportion analogue.

Tout se passe comme si les médecins du groupe d'étude relevaient spontanément les problèmes associés dans l'ordre de leur actualité décroissante, ou du moins, en fonction de l'urgence décroissante à re-contrôler la situation.

En tout état de cause les retours programmés et leurs délais sont étroitement liés à des problèmes bien individualisés.

Il en résulte que, en situation polyproblématique, plusieurs retours peuvent être programmés dans des délais différents au cours d'une même séance. On trouve en effet 15 158 problèmes avec retours programmés pour un total de 8 927 séances polyproblématiques.

LES MISES EN ATTENTE DE TRAITEMENT.

Parmi les possibilités du codage des décisions thérapeutiques découlant de chaque problème pris en charge, les praticiens pouvaient coder les décisions de mise en attente. Il s'agit de mises en observation préalables à tout traitement éventuel, tantôt sous la responsabilité du malade, tantôt sous celle du médecin, auquel cas une demande de retour était faite dans un délai donné.

Le tableau 8 c montre que 10 % de tous les problèmes sont mis en attente soit 1 146 sur 10 989 en monoprotblématique; 2 555 sur 24 048 en polyproblématique.

Le tableau 8 d montre que près de la moitié de ces problèmes mis en attente s'accompagnent d'une demande de retour.

Les tableaux 8 e et 8 f montrent une grande régularité dans la répartition entre les mises en attente sous la responsabilité du patient, c'est-à-dire sans demande de retour préalablement convenu, et les mises en observation sous la responsabilité du médecin qui demande à revoir le malade dans un délai précisé à l'avance.

On voit que la décision de programmer un retour pour un problème mis en observation avant traitement est fortement corrélée au nombre de ces problèmes.

En effet, que ce soit en situation mono ou polyproblématique et, dans ce cas, quel que soit le rang de relevé des problèmes mis en observation, ceux-ci se

**NOMBRES DE PROBLEMES AVEC MISE
EN ATTENTE DE TRAITEMENT
OU AVEC DECISION THERAPEUTIQUE
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

	PROBLEMES AVEC MISE EN ATTENTE DE TRAITEMENT		PROBLEME AVEC DECISION THERAPEUTIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUE	1 146	10,50	9 843	89,50	10 989
POLY- PROBLEMATIQUE	2 555	10,60	21 493	89,40	24 048

TABLEAU 8 c

N. S.

**NOMBRES DE PROBLEMES MIS EN ATTENTE DE TRAITEMENT
AVEC OU SANS RETOUR PROGRAMME
EN SITUATION
MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

NOMBRE DE PROBLEMES MIS EN ATTENTE DE TRAITEMENT	AVEC RECONVOCATION		SANS RECONVOCATION		TOTAL
	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUE	472	41,10	674	58,90	1 146
POLY- PROBLEMATIQUE	1 161	45,50	1 394	54,50	2 555

TABLEAU 8d

N. S.

LES MISES EN ATTENTE THERAPEUTIQUE

**REPARTITION DES PROBLEMES ENTRE
"SANS DEMANDE DE RETOUR" ET,
"AVEC RECONVOCATION DANS DES DELAIS FIXES A L'AVANCE"**

<u>EN SITUATION MONOPROBLEMATIQUE</u>		
	NOMBRE DE PROBLEMES	%
Pas de demande de retour	674	59,00
Délais demandés dans 1 à 20 jours	332	29,00
Délais demandés dans 21 à 30 jours	84	7,00
Délais demandés dans 31 à 60 jours	34	3,00
délais demandés dans 61 à 90 jours	10	1,00
délais demandés à + de 90 jours	13	1,00
TOTAL	1 146	

TABLEAU 8 e

LES MISES EN ATTENTE THERAPEUTIQUE

**REPARTITION DES PROBLEMES ENTRE
"SANS DEMANDE DE RETOUR"
ET "AVEC RECONVOCATION
DANS DES DELAIS FIXES A L'AVANCE"**

SITUATION POLYPROBLEMATIQUE

Nombre de problèmes %

LIGNE 1

Pas de demande de retour	400	52,00
Délai demandé de 1 à 20 jours	172	22,00
Délai demandé de 21 à 30 jours	124	16,00
Délai demandé de 31 à 60 jours	40	0,50
Délai demandé de 60 à 90 jours	21	3,00
Délai demandé + de 90 jours	13	2,00
TOTAL	770	

LIGNE 2

Pas de demande de retour	618	55,00
Délai demandé de 1 à 20 jours	192	17,00
Délai demandé de 21 à 30 jours	179	16,00
Délai demandé de 31 à 60 jours	83	0
Délai demandé de 60 à 90 jours	31	3,00
Délai demandé + de 90 jours	11	1,00
TOTAL	1 114	

LIGNE 3

Pas de demande de retour	282	58,00
Délai demandé de 1 à 20 jours	61	12,00
Délai demandé de 21 à 30 jours	87	18,00
Délai demandé de 31 à 60 jours	41	0,50
Délai demandé de 60 à 90 jours	16	3,00
Délai demandé + de 90 jours	3	1,00
TOTAL	490	

LIGNE 4

Pas de demande de retour	94	52,00
Délai demandé de 1 à 20 jours	19	10,00
Délai demandé de 21 à 30 jours	48	27,00
Délai demandé de 31 à 60 jours	16	0,90
Délai demandé de 60 à 90 jours	4	2,00
Délai demandé + de 90 jours	0	0
TOTAL	181	

répartissent selon des pourcentages analogues en problèmes dont l'observation est confiée à la responsabilité des malades et problèmes qui doivent être revus par le médecin dans un délai convenu.

La grande régularité dans la répartition des problèmes conduisant à tel ou tel délai proposé pour le contrôle laisse supposer dans cet échantillon, l'existence d'une clef de répartition dont les rapports constants avec le nombre de problèmes mis en attente est ici perceptible.

□ III - 2 - 2 - *LES REORIENTATIONS INTERNES IMPLICITES VERS LA MEDECINE GENERALE.*

Par réorientation implicite nous désignons les actions qui, par leur nature même, invitent à un suivi. Telles sont les actions de prévention primaire (éviter la maladie) et prévention secondaire (éviter les complications).

Ce sont, aussi, les actions psychothérapeutiques et tout ce qui vise à l'établissement d'un climat positif dans la relation médecin-malade.

Dans les relevés dont nous disposons, ces actions ont été codées par les médecins mais rapportées globalement à chacune des séances et non pas chaînées avec chaque problème pris en charge. Les praticiens du groupe considéreraient que ces actions s'adressaient à la personne du patient et non pas seulement à tel ou tel problème particulier. Il en résulte une certaine déperdition d'information. Cependant l'étude des éléments disponibles reste intéressante.

Le tableau 9a donne les taux de séances où le médecin a conscience d'agir préventivement.

On constate que 7,2 % des séances monoprobématiques et 9,7 % des séances polyprobématiques comportent une prévention primaire, 12,1 % et 13,5 % une prévention secondaire.

Autrement dit, dans 80,7 % des rencontres en monopathologie et 76,8 % en polypathologie, le médecin ne déclare pas d'action préventive qu'elle soit primaire ou secondaire.

Le pourcentage semble très élevé et pose la question de savoir s'il s'agit d'une orientation insuffisante de l'enseignement médical vers des objectifs de prévention, d'une rémunération insuffisante du travail préventif ou d'un pessimisme de constat vis-à-vis des possibilités objectives de la médecine.

Une auto-dépréciation des médecins généralistes vis-à-vis de leur activité médicale, conséquence de leur position hiérarchique en France peut aussi contribuer à la part modeste que le généraliste attribue à la prévention dans sa fonction médicale.

TABLEAU 9 a

REPARTITION DES SEANCES COMPORTANT OU NON UNE ACTION PREVENTIVE DELIBEREE							
	PREVENTION PRIMAIRE		PREVENTION SECONDAIRE		PAS DE PREVENTION		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUES	795	7,20	1 329	12,10	8 865	80,70	10 989
POLY- PROBLEMATIQUES	867	9,70	1 202	13,50	6 858	76,80	8 927
TOTAL	1 662	8,30	2 531	12,70	15 723	79,01	19 916

S P < 0,001

**REPARTITION DES SEANCES COMPORTANT OU NON
UNE ACTION PSYCHO-THERAPEUTIQUE**

	PSYCHOTERAPIE DE SOUTIEN		PSYCHOTERAPIE D'INSPIRATION ANALYTIQUE		PAS DE PSYCHOTERAPIE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUES	5 812	52,90	180	1,60	4 997	45,50	10 989
POLY- PROBLEMATIQUES	6 350	71,10	148	1,70	2 429	27,20	8 927
TOTAL	12 162	61,10	328	1,60	7 426	37,30	19 916

TABLEAU 9 b

S P < 0,001

TABLEAU 9 c

**LA QUALITE DE LA RELATION RESSENTIE PAR LE MEDECIN LORS
DES SEANCES EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

NOMBRE DE SEANCES	POSITIVE		NEUTRE		NEGATIVE OU AMBIVALENTE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUES	6 732	61,40	3 176	29,00	1 056	9,60	10 964
POLY- PROBLEMATIQUES	6 573	73,70	1 526	17,10	820	9,20	8 919
TOTAL	13 305		4 702		1 876		19 883

S p < 0,001

Le tableau 9 b donne le taux des séances où le médecin a conscience d'agir psychologiquement. On voit que 52,9 % des séances en monoproblématique et 71,1 % en polyproblématique comportent - selon les praticiens - une psychothérapie de soutien.

Or, nous verrons plus loin que 11 % seulement des problèmes pris en charge relèvent réellement des troubles classés parmi les affections psychiques du point de vue de la nosologie traditionnelle. On voit, ici, très clairement indiqué, à quel point les généralistes de l'échantillon observé pratiquent la prise en compte de normes socio-culturelles et intimes dont ils montrent qu'ils perçoivent la nécessaire prise en charge dans la fonction médicale courante à côté des normes biologiques et anatomocliniques traditionnelles.

A chaque séance, c'est bien une personne et non seulement une maladie que le généraliste veut prendre en considération. Reste que le nombre et/ou la nature des problèmes posés du point de vue des normes médicales traditionnelles joue aussi un rôle qui se traduit par une nette augmentation du taux de psychothérapies de soutien en situation polyproblématique.

Le tableau 9 c montre aussi un ressenti positif chez le médecin après 61,4 % des séances monoproblématiques et 73,7 % des séances polyproblématiques. Ces pourcentages sont trop proches de ceux relatifs aux activités psychothérapeutiques de soutien pour ne pas soulever l'hypothèse d'une corrélation de cousinage entre ces deux variables.

On constate aussi un accroissement des ressentis positifs lors des séances en situation de polyproblématique.

Cet accroissement se fait au détriment des ressentis neutres puisque les ressentis qualifiés d'ambivalents ou négatifs représentent un taux fixe proche de 9,4 % dans les deux types de séance.

Il faut dire cependant que l'échantillon des 13 médecins généralistes observateurs comportait 5 praticiens ayant acquis une formation BALINT ce qui oriente la prise de conscience dans le groupe vis-à-vis du rôle joué par la relation médecin-malade.

On voit, ici, un exemple de la manière dont peuvent se diversifier les formes de la relation médecin-malade.

Mais cela ne permet pas de dire, par ce type d'étude, s'il en est de plus adaptées que d'autres aux situations médicales du moment. Seule la fréquence et donc l'importance du processus relationnel apparaît, ici, clairement soulignée.

■ III - 3 - L'ETAT DE LA QUESTION :
LA DEMARCHE QUI EN DECOULE

En fin de compte, l'état de la question peut se définir comme suit:

Nous avons vu que, entre le 1er janvier 1983 et le 31 décembre 1986, 1 299 personnes ont présenté chacune, du point de vue de leur généraliste, 27 fois un problème médical en moyenne. Cela fait 6,8 fois un problème pris en charge chaque année: et par malade à raison de 3,8 séances par an. Cette prise en charge a eu lieu soit en séance monoproblématique soit en séance polyproblématique qui ont traité alors 2,8 problèmes par séance en moyenne.

- Du point de vue des problèmes pris en charge, on constate : un appel au biologiste ou au radiologue dans environ un problème sur dix; un avis demandé à un ou plusieurs spécialistes dans environ un problème sur vingt;
- une hospitalisation dans environ un problème sur 108.
- En monoproblématique 48,4 % des problèmes impliquent une demande de retour chez le généraliste;
- En polyproblématique 65,4 % des problèmes impliquent une demande de retour chez le généraliste.
- une séance sur cinq supporte une action préventive et 52,9 % à 71,1 % des séances impliquent une psychothérapie de soutien selon qu'on se trouve en situation de mono ou polyproblématique.
- au total ce sont 35.037 problèmes qui ont été pris en charge et 566 codes différents ont été nécessaire pour les désigner.

Ainsi, la séance de médecine générale est caractérisée dans notre échantillon par :

- sa faible durée relative et son nombre annuel modeste par malade;
- le nombre élevé et la diversité des problèmes pris en charge soit séparément, soit sous une forme associée en une même séance;
- la modestie des soutiens demandés aux disciplines spécialisées ce qui implique un large appel aux critères cliniques de diagnostic et d'évolution;
- des retours programmés, pour la moitié des problèmes, en situation monoproblématique et les deux tiers des problèmes en situation polyproblématique;
- l'existence d'un projet à long terme d'ordre préventif dans une séance sur cinq;
- la présence d'un projet psychothérapeutique dans plus de la moitié des séances monoproblématiques et plus de deux tiers des séances polyproblématiques.

- Enfin, nous avons montré que les diverses décisions d'orientation externe, tout comme celles de ré-orientation vers la médecine générale sont fortement corrélées non seulement au nombre des problèmes médicaux pris en charge mais aussi à la nature de ceux-ci.

Il convient de préciser maintenant ces corrélations avec les données qui ont été relevées par les généralistes du groupe d'étude en tant que variables d'ordre général caractérisant les problèmes médicaux. Ce sont l'âge et le sexe des patients, le caractère nouveau ou connu du trouble morbide ou la nature médico-administrative et psychosociale du problème, le type épisodique, chronique ou mixte du trouble morbide, l'appareil ou la fonction concernée et le type de position diagnostique qui concourt à le définir.

**IV - L'ORIENTATION EXTERNE :
LES SOUTIENS DEMANDES
PAR LES GENERALISTES AUX DISCIPLINES
SPECIALISEES DE LA MEDECINE**

Il s'agit ici des examens complémentaires demandés à l'extérieur tels les analyses biologiques et les examens radiologiques qui n'impliquent pas d'examen clinique par le spécialiste, et des avis spécialisés proprement dits pour lesquels cet examen clinique par le spécialiste et un avis thérapeutique sont attendus. Il s'agit aussi des hospitalisations.

Dans l'échantillon étudié, nous avons vu que si, au premier abord, les appels au soutien externe apparaissent plus fréquents dans les séances polyproblématiques il s'agissait seulement d'un artefact lié au fait que le nombre des appels aux soutiens extérieurs est proportionnel au nombre de problèmes pris en charge en une même séance.

Nous allons rechercher une corrélation éventuelle des taux de soutiens demandés à l'extérieur avec les variables disponibles concernant la nature des problèmes pris en charge dans notre échantillon.

■ **IV - 1 - LE ROLE DU SEXE DANS LES TAUX DE
PROBLEMES AYANT INDUIT UN APPEL AUX SECTEURS
SPECIALISES DE LA MEDECINE.**

Nous avons reporté sur le tableau 9 les nombres et les taux de problèmes qui ont induit des prescriptions d'appel au secteur spécialisé de la médecine, et ce, selon le sexe des patients pris en charge dans les deux situations, mono et polyproblématique.

Le phénomène général d'un taux modeste d'appels au soutien extérieur à la médecine générale que nous avons déjà signalé en termes de nombre de problèmes inducteurs se vérifie, ici, également dans les deux sexes, pour les trois types de soutiens demandés et dans les deux situations :

- pour les examens complémentaires, les taux d'appels se situent dans une fourchette de 13,7 % à 11,8 % selon le sexe masculin ou féminin en monoprotblématique et 13,4 % à 9,3 % en polyproblématique. (N.S.)

**REPARTITION DES TAUX DE PROBLEMES
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
QUI INDUISENT DES PRESCRIPTIONS D'APPEL AU
SECTEUR SPECIALISE DE LA MEDECINE
SELON LE SEXE DES PATIENTS
DONT LE PROBLEME EST PRIS EN CHARGE**

		% DES PROBLEMES INDUISANT LES PRESCRIPTIONS EN			
		MONO- PROBLEMATIQUE		POLY- PROBLEMATIQUE	
SEXE DES PATIENTS DONT LES PROBLEMES SONT PRIS EN CHARGE		N	%	N	%
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	MASCULIN	543	13,70	1 011	13,40
	FEMININ	818	11,80	1 469	9,30
AVIS SPECIALISES	MASCULIN	254	6,40	385	5,10
	FEMININ	329	4,70	590	3,70
HOSPITALISATIONS	MASCULIN	57	1,40	44	0,60
	FEMININ	128	1,80	92	0,60

N. S.

N. S.

N. S.

TABLEAU 9

- pour les avis spécialisés, ces fourchettes sont de 6,4 % à 4,7 % et 5,1 % à 3,7 %. (N.S.)
- pour les hospitalisations ces fourchettes sont de 1,4 % à 1,8 % en monoproblématique et 0,6 % dans les deux sexes en polyproblématique. (N.S.)

Ainsi, un rôle non significatif du sexe se traduit, dans notre échantillon, par une légère réduction des taux d'appels aux avis complémentaires et avis spécialisés dans le sexe féminin et ce de façon analogue en mono et polyproblématique. Nous formulons l'hypothèse que le généraliste est amené à tenir compte des résultats des recours directs aux gynécologues dans le sexe féminin. Pour ce qui est des hospitalisations, dans notre échantillon, le taux est égal dans les deux sexes en situation polyproblématique mais légèrement supérieur en monoproblématique pour les problèmes du sexe féminin. Nous formulons l'hypothèse que cette différence résulte des problèmes liés à l'appareil génital qui sont plus fréquents chez les femmes dans les tranches d'âge où elles ne consultent pas de gynécologues. On retrouve aussi le phénomène déjà signalé d'une légère baisse générale des taux d'appels aux soutiens extérieurs de tous types en termes de nombre de problèmes inducteurs en situation polyproblématique.

Nous avons reporté sur le tableau 9 bis le nombre et le taux des demandes de soutien extérieur selon leurs trois types et selon le sexe dans l'ordre où ils ont été relevés spontanément sur les quatre lignes disponibles en polyproblématique.

Ici la baisse des taux d'examen complémentaires demandés selon le nombre des problèmes relevés ligne par ligne dans le sexe féminin est hautement significative ($p < 0,001$). L'hypothèse d'une prise en compte des examens déjà pratiqués chez le gynécologue prend ici de la vraisemblance.

Le tableau traduit très bien, par la répartition régulière des appels sur les quatre lignes, la très forte adhérence des soutiens demandés à des problèmes spécifiquement définis et codés. On retrouve aussi un phénomène général constaté dans notre échantillon qui est la tendance à classer les problèmes par ordre décroissant de soutiens extérieurs, c'est-à-dire d'actualité et d'urgence, lorsque plusieurs d'entre eux sont pris en charge en une même séance.

En conclusion, dans notre échantillon, le sexe du patient n'a pas influencé les taux de soutiens demandés au secteur spécialisé de la médecine qui restent modestes dans les deux sexes et intimement liés au nombre des problèmes individualisés et codés.

**NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES AYANT INDUIT
DES DEMANDES DE SOUTIEN AU SECTEUR
SPECIALISE DE LA MEDECINE
SELON LE SEXE DES CONSULTANTS ET
SELON LES LIGNES DE LEURS RELEVES SPONTANES
EN SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE**

<u>DEMANDES D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>				
NOMBRE ET TAUX DE PROBLEMES INDUCTEURS	MASCULIN		FEMININ	
	N	%	N	%
LIGNE 1	461	16,00	701	11,70
LIGNE 2	341	12,00	502	8,40
LIGNE 3	143	10,70	213	8,00
LIGNE 4	57	9,90	27	6,80

S. p. < 0,001

<u>DEMANDE D'AVIS SPECIALISES</u>				
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	MASCULIN		FEMININ	
	N	%	N	%
LIGNE 1	162	5,70	266	4,40
LIGNE 2	143	5,00	213	3,60
LIGNE 3	55	4,10	80	3,00
LIGNE 4	25	4,30	31	2,70

N. S.

<u>HOSPITALISATIONS</u>				
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	MASCULIN		FEMININ	
	N	%	N	%
LIGNE 1	17	0,60	39	0,60
LIGNE 2	18	0,60	41	0,70
LIGNE 3	6	0,50	10	0,40
LIGNE 4	3	0,50	2	0,20

TABLEAU 9 BIS

N. S.

■ **IV - 2 - LE ROLE DE L'AGE DANS LES TAUX DE PROBLEMES
AYANT INDUIT UN APPEL AUX SECTEURS
SPECIALISES DE LA MEDECINE.**

Nous avons reporté sur le tableau 10 les nombres et les taux de problèmes qui ont induit des prescriptions d'appel au secteur spécialisé de la médecine et ce selon trois tranches d'âge des patients pris en charge en mono et poly-problématique.

La répartition selon l'âge des patients ne change rien au taux modeste d'appel au soutien extérieur à la médecine générale qui se vérifie, ici, également pour les trois types de soutiens demandés et en situation mono et polyproblématique :

- pour les examens complémentaires, les taux d'appel se situent dans une fourchette de 14 % à 11,9 % selon les tranches d'âge en mono-problématique et de 9,9 % à 11,5 % en polyproblématique.
- pour les avis spécialisés ces fourchettes sont de 5,6 % à 5 % et 4 % à 4,4 %.
- pour les hospitalisations, ces fourchettes se situent entre 3,2 % et 1 % en monoprobématique et 0,7 % à 0,2 % en polyproblématique. Ici, tout en restant modeste, l'effet de l'âge se manifeste puisque le taux d'hospitalisations en fonction du nombre des problèmes chez les 60 ans et plus est trois fois plus élevé que celui qu'on trouve chez les moins de 30 ans en termes de nombre des problèmes inducteurs. On retrouve aussi le phénomène d'une légère baisse générale des taux d'appels aux soutiens extérieurs de tous types en situation poly-problématique. (S. $p < 0,001$)

Nous avons reporté sur le tableau 10 bis le nombre et le taux des demandes de soutien extérieur, selon leurs trois types, et dans l'ordre où ils ont été relevés spontanément, dans notre échantillon, sur les quatre lignes disponibles en polyproblématique. Ce tableau traduit bien, par la répartition des appels sur les quatre lignes, la forte liaison des soutiens demandés à des problèmes bien individualisés et codés.

On retrouve aussi la tendance constante dans notre échantillon à ranger les problèmes par ordre d'actualité décroissante qui se manifeste ici par un taux décroissant de demandes des soutiens extérieurs. Cette tendance opère également quelle que soit la tranche d'âge considérée pour les examens complémentaires et les avis spécialisés. Dans le cas des hospitalisations, ce n'est que pour les 60 ans et plus que les effectifs sont suffisants pour que cette tendance se manifeste.

**NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES AYANT INDUIT,
DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES,
AVIS SPECIALISES OU HOSPITALISATIONS
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
SUIVANT L'AGE DES CONSULTANTS**

DEMANDES D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES					
<i>Nombre et taux des problèmes inducteurs</i>	<i>TRANCHES D'AGE</i>	<i>PROBLEMES EN SITUATION</i>			
		<i>MONO- PROBLEMATIQUE</i>		<i>POLY- PROBLEMATIQUE</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
AYANT INDUIT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	< 30 ANS	400	11,30	281	9,90
	30 A 59 ANS	557	14,00	885	11,50
	60 ANS et +	412	11,90	1 342	10,20

S. p < 0,001

DEMANDES D'AVIS SPECIALISES					
<i>Nombre et taux des problèmes inducteurs</i>	<i>TRANCHES D'AGE</i>	<i>PROBLEMES EN SITUATION</i>			
		<i>MONO- PROBLEMATIQUE</i>		<i>POLY- PROBLEMATIQUE</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
AYANT INDUIT DES AVIS SPECIALISES	< 30 ANS	177	5,00	121	4,30
	30 A 59 ANS	218	5,50	334	4,40
	60 ANS et +	194	5,60	529	4,00

S. p < 0,001

HOSPITALISATIONS					
<i>Nombre et taux des problèmes inducteurs</i>	<i>TRANCHES D'AGE</i>	<i>PROBLEMES EN SITUATION</i>			
		<i>MONO- PROBLEMATIQUE</i>		<i>POLY- PROBLEMATIQUE</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
AYANT INDUIT DES HOSPITALISATIONS	< 30 ANS	35	1,00	6	0,20
	30 A 59 ANS	38	1,00	34	0,40
	60 ANS et +	112	3,20	97	0,70

TABLEAU 10

S. p < 0,001

**NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES AYANT INDUIT DES
EXAMENS COMPLEMENTAIRES, DES AVIS SPECIALISES,
OU HOSPITALISATIONS
SELON L'AGE DES CONSULTANTS ET
LEUR ORDRE SPONTANE DE RELEVÉ
EN SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE**

<u>EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>						
Nombre et taux des problèmes inducteurs	30 ANS		31 A 59 ANS		60 ANS ET +	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	153	5,40	429	5,60	591	4,50
LIGNE 2	94	3,30	324	4,20	431	3,30
LIGNE 3	27	0,90	101	1,30	223	1,70
LIGNE 4	7	0,20	31	0,40	97	0,70

S. $p < 0,001$

<u>NOMBRE ET TAUX DEMANDE D'AVIS SPECIALISES</u>						
Nombre et taux des problèmes inducteurs	30 ANS		31 A 59 ANS		60 ANS ET +	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	57	5,40	145	1,90	232	1,70
LIGNE 2	52	1,80	137	1,80	170	1,30
LIGNE 3	9	0,30	43	0,60	83	0,60
LIGNE 4	3	0,10	9	0,10	44	0,30

S. $p < 0,001$

<u>HOSPITALISATIONS</u>						
Nombre et taux des problèmes inducteurs	30 ANS		31 A 59 ANS		60 ANS ET +	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	2	0,07	11	0,10	44	0,30
LIGNE 2	4	0,10	18	0,20	37	0,30
LIGNE 3	0	0	3	0,30	13	0,10
LIGNE 4	0	0	2	0,02	3	0,02

TABLEAU 10bis

N. S.

**NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES AYANT INDUIT
DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES, AVIS SPECIALISES,
OU HOSPITALISATIONS
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
ET SELON QU'IL S'AGISSAIT D'UN
PROBLEME NOUVEAU, CONNU, OU MEDICO-ADMINISTRATIF**

DEMANDES D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES					
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS		PROBLEMES EN SITUATION			
		MONO- PROBLEMATIQUE		POLY- PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
AYANT INDUIT DES EXAMENS COMPLEMEN- TAIRES	PROBLEMES NOUVEAUX	663	13,30	809	11,00
	PROBLEMES CONNUS	643	15,40	1 636	11,20
	PROBLEMES MEDICO- ADMINISTRATIFS	73	3,80	40	3,40

S. p < 0,001

DEMANDES D'AVIS SPECIALISES					
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS		PROBLEMES EN SITUATION			
		MONO- PROBLEMATIQUE		POLY- PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
AYANT INDUIT DES AVIS SPECIALISES	PROBLEMES NOUVEAUX	262	5,30	373	5,00
	PROBLEMES CONNUS	266	4,80	548	3,70
	PROBLEMES MEDICO- ADMINISTRATIFS	61	3,20	41	3,50

S. p < 0,001

HOSPITALISATIONS					
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS		PROBLEMES EN SITUATION			
		MONO- PROBLEMATIQUE		POLY- PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
AYANT INDUIT DES HOSPITALISA- TIONS	PROBLEMES NOUVEAUX	76	1,50	45	0,60
	PROBLEMES CONNUS	81	1,90	82	0,60
	PROBLEMES MEDICO- ADMINISTRATIFS	28	1,50	6	0,50

TABLEAU 11

S. p < 0,001

**■ IV - 3 - LE ROLE DU CARACTERE NOUVEAU OU CONNU
DES TROUBLES MORBIDES ET DES PROBLEMES
MEDICO-ADMINISTRATIFS DANS LES TAUX
DES APPELS AUX SECTEURS
SPECIALISES DE LA MEDECINE.**

Nous avons reporté sur le tableau 11 les nombres et les taux des problèmes qui ont induit, dans notre échantillon, des prescriptions d'appel aux secteurs spécialisés de la médecine et ce selon leur caractère nouveau, connu ou médico-administratif. Cette répartition ne change pas la modestie des taux d'appel au soutien extérieur à la médecine générale qui se vérifie ici d'égale manière en situation mono et polyproblématique et pour les trois types de soutiens demandés.

Ceux-ci connaissent cependant des différences. Ainsi :

- pour les problèmes ayant induit des demandes d'examen complémentaires leurs taux se situent en situation mono et polyproblématique entre 15,4 % et 11 % dans le cas des problèmes nouveaux et connus, mais pour les problèmes médico-administratifs ces taux tombent à 3,8 % et 3,4 %.
- pour les problèmes ayant induit des avis spécialisés les taux sont plus faibles dans les trois cas et se situent entre 5,3 % et 3,2 %;
- pour les hospitalisations, la fourchette des taux se situe entre 1,9 % et 0,5 % dans les trois cas.

Notons que l'existence d'examen complémentaires, d'avis spécialisés et d'hospitalisations dans le cas de problèmes médico-administratifs se comprend par le fait que cette catégorie voit coder les actions d'immunisation, de contraception, les diagnostics de grossesse ainsi que les soins de patients à risque. Pour cette seule dernière catégorie 886 problèmes ont été relevés en quatre ans.

Enfin, on retrouve ici le phénomène général d'une baisse relative en termes de nombre des problèmes inducteurs de tous les taux d'appels aux soutiens extérieurs en situation polyproblématique.

En fin de compte, évalués en fonction du nombre de problèmes pris en charge, les taux d'appels aux soutiens extérieurs ne sont guère influencés par le caractère nouveau ou connu des problèmes morbides, ces taux sont différents, selon les trois catégories de soutiens demandés, mais toujours peu élevés et voisins en situation mono et polyproblématique. Seuls se distinguent les problèmes médico-administratifs qui induisent trois fois moins souvent des examens complémentaires que les problèmes morbides proprement dits.

**NOMBRE DE PROBLEMES INDUISANT DES
EXAMENS COMPLEMENTAIRES, AVIS SPECIALISES,
OU HOSPITALISATIONS
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE SELON LA NA-
TURE
EPISODIQUE, MIXTE, OU CHRONIQUE DES PROBLEMES**

<u>LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>					
<i>Nombre et taux des problèmes induisant des examens complémentaires</i>	NATURE DES PROBLEMES	% DES PROBLEMES INDUISANT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES			
		MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
		EPISODIQUES	681	12,50	882
MIXTES	171	12,50	321	6,40	
CHRONIQUES	191	15,00	920	14,80	

S. p < 0,001

<u>LES AVIS SPECIALISES</u>					
<i>Taux des problèmes induisant des demandes de soutien au secteur specialise</i>	NATURE DES PROBLEMES	% DES PROBLEMES INDUISANT DES AVIS SPECIALISES			
		MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
		EPISODIQUES	349	6,40	482
MIXTES	82	6,00	217	4,30	
CHRONIQUES	59	4,60	173	2,80	

S. p < 0,001

<u>LES HOSPITALISATIONS</u>					
<i>Taux des problèmes induisant des hospitalisations</i>	NATURE DES PROBLEMES	% DES PROBLEMES INDUISANT DES HOSPITALISATIONS			
		MONO-PROBLEMATIQUE		POLI-PROBLEMATIQUE	
		N	%	N	%
		EPISODIQUES	105	1,90	64
MIXTES	27	2,00	25	0,50	
CHRONIQUE	20	1,60	16	0,30	

TABLEAU 12

N. S.

**■ IV - 4 - ROLE DE LEUR NATURE EPISODIQUE, CHRONIQUE
OU MIXTE DANS LE TAUX DES PROBLEMES
QUI ONT INDUIT UN APPEL AUX
SECTEURS SPECIALISES DE LA MEDECINE.**

Nous avons reporté sur le tableau 12 les taux de problèmes qui ont induit des prescriptions d'appel au secteur spécialisé de la médecine et ce selon la nature épisodique, chronique ou mixte de ces problèmes en situation mono et polyproblématique.

Le phénomène général du taux modeste d'appel au secteur spécialisé en termes de nombre de problèmes inducteurs que nous avons déjà signalé, se vérifie en comparant les taux par rapport au nombre des problèmes et ce de façon analogue dans les trois types de problèmes étudiés ici. On constate aussi un abaissement léger de tous les taux d'appel en situation polyproblématique par rapport à ceux qui surviennent pour les trois types de problèmes en situation monoprotblématique.

Cette baisse est significative dans le cas des examens complémentaires et des avis spécialisés seulement.

Ce taux varie dans une fourchette de 15 % à 12,5 % pour les problèmes induisant des appels aux examens complémentaires, de 6,4 % à 4,6 % pour ceux qui font demander des avis spécialisés et de 2 % à 1,6 % pour les hospitalisations lorsqu'on compare les situations monoprotblématiques et polyprotblématiques.

De plus, dans notre échantillon, on observe que le facteur chronicité des problèmes (par opposition à leur épisodicité) opère en accroissant légèrement les taux de problèmes avec appel aux examens complémentaires et en réduisant légèrement les taux de problèmes avec appels aux demandes d'avis spécialisés et hospitalisations et ce de manière analogue en situation mono et polyprotblématique.

Tout se passe comme si la chronicité des problèmes induisait une prise en charge accrue au sein du groupe observé sous la forme d'un léger accroissement des examens complémentaires que le généraliste interprète lui-même et d'un intérêt réduit pour les appels aux avis spécialisés et à l'hospitalisation.

Un autre phénomène que nous avons déjà signalé dans l'échantillon observé est, ici, perceptible aussi. Il s'agit de la tendance spontanée des médecins généralistes du groupe d'étude à ranger les problèmes dans leur ordre décroissant d'actualité lorsqu'ils se trouvent à prendre en charge plusieurs problèmes au cours d'une même séance.

Les tableaux 12 bis montrent que :

- les taux des problèmes ayant induit des examens complémentaires baissent régulièrement entre les lignes 1 et 4 et ce de façon analogue pour les problèmes épisodiques, mixtes et chroniques.
- les taux des problèmes ayant induit des avis spécialisés baissent ré-

**TAUX DES PROBLEMES AYANT INDUIT DES DEMANDES DE
SOUTIEN AU SECTEUR SPECIALISE DE LA MEDECINE PARMIS LES
PROBLEMES EPISODIQUES, MIXTES, ET CHRONIQUES SELON
LES LIGNES DE LEURS RELEVES SPONTANES
EN SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE**

<u>EXAMENS COMPLEMENTAIRES</u>						
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	EPISODIQUES		MIXTES		CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	427	12,30	165	10,40	433	16,90
LIGNE 2	293	8,90	114	6,00	300	13,40
LIGNE 3	117	7,90	33	3,10	139	13,90
LIGNE 4 et +	45	7,40	12	2,30	48	11,40

N. S.

<u>DELANDE D'AVIS SPECIALISES</u>						
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	EPISODIQUES		MIXTES		CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	208	6,00	102	6,40	77	3,00
LIGNE 2	110	5,20	80	4,20	60	2,70
LIGNE 3	79	5,40	22	2,10	23	2,30
LIGNE 4 ET +	25	4,10	13	2,40	13	3,00

N. S.

<u>HOSPITALISATIONS</u>						
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	EPISODIQUES		MIXTES		CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
LIGNE 1	18	0,80	14	0,90	8	0,30
LIGNE 2	33	1,00	9	0,50	6	0,30
LIGNE 3	0	0	1	0,10	1	0,10
LIGNE 4 ET +	3	0,50	1	0,10	1	0,20

TABLEAU 12 bis

N. S.

gulièrement entre les lignes 1 et 4 et de façon analogue pour les problèmes épisodiques et mixtes.

Pour les problèmes chroniques, les taux d'avis spécialisés deviennent plus stables quelle que soit la ligne de relevé. Il n'y a plus, ici, d'actualité ni d'urgence.

- Pour ce qui est des hospitalisations dont le taux est dans tous les cas très faible, elles sont presque toutes induites par les problèmes relevés en ligne 1 et 2.

En situation polyproblématique, l'actualité du problème est ce qui retient en premier l'attention des médecins dans notre échantillon sous la forme d'appels plus fréquents aux soutiens du secteur spécialisé de la médecine.

En fin de compte on peut dire que les taux d'appels aux examens complémentaires, avis spécialisés et hospitalisations restent modestes et voisins quel que soit le degré d'épisodicité ou de chronicité des problèmes. En situation de chronicité l'appel aux examens complémentaires a augmenté légèrement dans notre échantillon, l'appel aux avis spécialisés et à l'hospitalisation a légèrement diminué.

■ **IV - 5 - LE ROLE DE LA POSITION DIAGNOSTIQUE OU LES PROBLEMES SONT PRIS EN CHARGE DANS LES SOUTIENS EXTERIEURS DEMANDES AU SECTEUR SPECIALISE DE LA MEDECINE.**

Nous avons reporté sur le tableau 13 en situation mono et polyproblématique les nombres et taux de problèmes ayant induit, dans notre échantillon, des appels aux soutiens extérieurs selon le codage de ces problèmes en symptôme cardinal, syndrome, tableau de maladie, diagnostic confirmé ou pas de constatation pathologique ou nouvelle ce jour.

Pour les problèmes ayant induit des examens complémentaires on constate, dans notre échantillon, des taux d'appels nettement plus importants en situation de syndrome, (18,7 % en mono et 12,6 % en polyproblématique et en situation de symptôme cardinal (14,1 % et 11,2 %). Les taux d'appel aux examens complémentaires sont inférieurs pour les tableau de maladie et diagnostics complets et pas de constatation pathologique ou nouvelle ce jour (ils évoluent alors entre 9,7 % et 11,7 %).

Nous formulons l'hypothèse que l'acceptation d'une prise en charge pour les problèmes aux stades du symptôme et syndrome implique une surveillance accrue et une confrontation régulière aux normes anatomocliniques qui permettent de situer le problème du point de vue de son statut dans le système santé-maladie au présent et dans son évolution. Dans le cas des

**LES TAUX D'APPELS AUX SOUTIENS EXTERIEURS DE LA MEDECINE
SPECIALISEE
EN FONCTION DE LA POSITION DIAGNOSTIQUE
OU LES PROBLEMES SONT PRIS EN CHARGE**

DEMANDE D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES				
NOMBRE ET TAUX DE PROBLEMES INDUCTEURS	MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
	N	%	N	%
AUCUNE CONSTATATION PATHOLOGIQUE	382	9,50	1 082	9,90
SYMPTOMES CARDINAUX	186	14,10	437	11,20
SYNDROMES	485	18,70	587	12,60
TABLEAUX MALADIES	67	10,90	332	9,40
COMPLETS	49	10,60	70	11,70

S. $p < 0,001$

DEMANDES D'AVIS SPECIALISES				
NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
	N	%	N	%
AUCUNE CONSTATATION PATHOLOGIQUE	129	3,10	287	2,60
SYMPTOMES CARDINAUX	71	5,30	129	3,30
SYNDROMES	207	8,00	202	4,30
TABLEAUX MALADIES	151	6,20	228	7,30
COMPLETS	31	6,70	44	7,30

S. $p < 0,001$

TABLEAU 13

tableaux de maladie, diagnostics confirmés et problèmes sans constatation pathologique ou nouvelle, le statut des problèmes est déjà fixé et l'appel aux examens complémentaires sert surtout à en surveiller l'évolution.

Pour les appels aux avis spécialisés ce sont surtout les problèmes codés syndromes en monoproblématique qui se distinguent par un taux accru d'appel aux avis spécialisés : 8 %. Pour le reste, les taux sont inférieurs mais régulièrement croissant lorsqu'on passe des problèmes codés sans constatation pathologique à ceux codés symptômes puis tableaux de maladie et diagnostics complets où les taux vont régulièrement croissant de 3,1 % à 6,7 % en monoproblématique et 2,6 % à 7,3 % en polyproblématique.

Nous formulons l'hypothèse que les appels aux avis spécialisés extérieurs sont corrélés en fréquence avec les besoins techniques diagnostiques et thérapeutiques qui résultent du statut des problèmes dans le système santé-maladie. Le taux d'appel va croissant lorsque la position des problèmes s'insère plus fortement sur le versant de la maladie confirmée.

Le cas des hospitalisations semble confirmer cette hypothèse puisqu'on y voit une croissance régulière des taux d'hospitalisations en mono et polyproblématique au fur et à mesure qu'on s'éloigne des problèmes codés sans constatation pathologique (0,8 % et 0,3 % d'hospitalisations et qu'on se rapproche des diagnostics complets (3,4 % et 2,7 % d'hospitalisations).

Au passage se confirme la règle générale déjà constatée de la baisse relative des taux d'appels en termes de nombre de problèmes inducteurs pour les trois types de soutiens extérieurs en situation polyproblématique.

HOSPITALISATIONS

NOMBRE ET TAUX DES PROBLEMES INDUCTEURS	MONO-PROBLEMATIQUE		POLY-PROBLEMATIQUE	
	N	%	N	%
AUCUNE CONSTATATION PATHOLOGIQUE	35	0,80	30	0,30
SYMPTOMES CARDINAUX	8	0,60	11	0,30
SYNDROMES	54	2,10	37	0,80
TABLEAUX DE MALADIES	72	2,90	42	1,20
COMPLETS	16	3,40	16	2,70

TABLEAU 13 (suite)

$S \ p < 0,001$

En conclusion dans l'échantillon étudié, ni le sexe des patients, ni la tranche d'âge à laquelle ils appartiennent, ni la nature nouvelle ou connue des troubles morbides, ni leur caractère épisodique, chronique ou mixte, ni la position diagnostique où les problèmes sont pris en charge, ni non plus la situation mono ou polyproblématique de la séance ne changent fondamentalement le **fait principal que nous avons constaté à savoir que les taux des problèmes induisant des appels aux soutiens extérieurs sont modestes.** Les influences des variables considérées que nous avons pu noter restent de l'ordre de la nuance permettant l'adaptation à une situation particulière. Ainsi, le sexe féminin intervient par une légère réduction du taux d'appel aux examens complémentaires et avis spécialisés et une augmentation minime du taux d'hospitalisations. Nous avons posé l'hypothèse que ces variations sont dues à l'existence d'appels directs aux gynécologues pour les problèmes génitaux courants et à l'existence d'un taux plus grand d'hospitalisations lié aux problèmes de l'appareil génital dans les tranches d'âge où les gynécologues sont peu consultés. L'effet de l'âge des patients ne se traduit que par une augmentation des taux d'hospitalisations dans la tranche d'âge 60 ans et plus.

Dans la catégorie des problèmes nouveaux ou connus et des problèmes codés comme médico-administratifs, seule ces derniers se distinguent par une réduction des taux de problèmes inducteurs au tiers des taux moyens d'examen complémentaires. Par contre, ces problèmes médico-administratifs connaissent le même taux d'avis spécialisés et d'hospitalisations que les problèmes morbides proprement dits car on a compté parmi eux la catégorie des 'soins à patients à risque'.

Une modulation plus importante dans les taux d'appels aux soutiens extérieurs apparaît à l'étude des problèmes classés selon leur position diagnostique. Ainsi, ce sont les problèmes classés 'sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour' qui ont les taux les plus faibles d'appels aux trois types de soutiens extérieurs. Cela se comprend si on se souvient qu'il s'agit d'examen de sujets sains ou de troubles morbides stabilisés et bien contrôlés par le traitement.

Par contre les états morbides codés symptôme cardinal ou syndrome induisent des taux nettement plus élevés que la moyenne de problèmes inducteurs d'appels aux examens complémentaires. Ce taux peut atteindre 18,7 % des problèmes pris en charge sous la forme de syndrome en monoprotblématique. Dans ce cas particulier, le taux des problèmes avec demande d'avis spécialisés monte aussi et atteint 8 %.

Les problèmes pris en charge sous la forme de symptômes et syndromes sont aussi ceux pour lesquels la répétition des avis spécialisés visant à approfondir le diagnostic est souvent jugée "à priori" sans objet soit parce qu'il s'agit d'affections épisodiques à guérison spontanée ou au contraire de troubles morbides chroniques d'étiologie inconnue où la multiplication des explorations spécialisées n'aurait aucun effet sur la prise en charge thérapeutique. Reste que ce sont aussi des "situations ouvertes" où il existe des risques évitables ce qui implique, au contraire, une surveillance accrue et bien réglée par le médecin traitant.

Enfin, lorsqu'on aborde le taux des hospitalisations, on ne sera pas étonné de voir que, leur taux va croissant lorsqu'on passe du stade symptôme au stade syndrome, puis au tableau de maladie et à la maladie confirmée. Le plateau technique hospitalier diagnostique et thérapeutique prend ici logiquement, une importance régulièrement croissante.

Il est certain que la non représentativité de notre groupe d'études ne permet pas d'aller au delà de ce que nous avons constaté en son sein. Il est probable que le taux d'appel aux médecines spécialisées dépend aussi de l'implantation du secteur spécialisé autour des généralistes, de l'état économique et du niveau social de la population ainsi que de la formation des médecins et de l'opinion publique. Cependant, l'existence de procédures généralistes aussi économes en appels aux techniques spécialisées pose plusieurs questions. En effet ces taux modestes ont été jugés nécessaires et suffisants pour une bonne prise en charge par les 13 médecins généralistes du groupe d'étude travaillant en des lieux différents selon leur mode traditionnel d'exercice, libéral pour la plupart. **Nous formulons l'hypothèse qu'il s'agit ici d'une vision opératoire de la fonction médicale au niveau de la prise en charge utile et non pas d'une vision basée sur une visée cumulative d'informations redondantes.**

Cette hypothèse s'appuie sur trois constatations :

- les appels aux soutiens extérieurs adhèrent fortement aux problèmes (au sens propre de questions posées) qui les induisent individuellement. Il s'agit toujours de décider une confrontation aux normes anatomo-cliniques qui soit réellement utile à l'action du jour. C'est la raison pour laquelle la distribution de ces problèmes suivant diverses variables qui les différencient change si peu les taux de soutiens demandés.
- la constatation de taux légèrement supérieurs de soutiens demandés en situation monoproblématique (un seul problème étant mis en valeur) ainsi que dans les premières positions des relevés de problèmes en polyproblématique, souligne, selon nous, le fait que le médecin privilégie l'actualité de son action médicale comme facteur de classement.

La constatation de taux d'appels aux soutiens extérieurs légèrement inférieurs dans toutes les catégories explorées en situation polyproblématique peut s'expliquer aussi si on considère qu'un grand nombre de bilans informant sur plusieurs appareils et fonction à la fois et permettent l'action médicale sur plusieurs problèmes au prix d'un seul soutien demandé à l'extérieur.

Il sera intéressant de rechercher, par des études plus larges, s'il s'agit là de modes de fonctionnement caractérisant de façon habituelle la médecine générale et quel est, de ces points de vue, le mode d'agir des différents secteurs spécialisés de la médecine.

**V - LA REORIENTATION INTERNE :
ETUDE DES DEMANDES DE RETOUR EN FONCTION
DE DONNEES VARIABLES QUI CARACTERISENT
LES PROBLEMES PRIS EN CHARGE
EN MEDECINE GENERALE.**

Pour chaque problème relevé le médecin codait l'éventuelle demande de retour en nombre de jours.

Nous avons distribué les délais de retour proposés comme suit :

- retour non proposé : 0 jours
- retour programmé : 1 à 20 jours
- 21 à 30 jours
- 31 à 60 jours
- 61 à 90 jours
- + de 90 jours.

■ **V - I - LES DEMANDES DE RETOUR EN FONCTION DU SEXE.**

Nous avons reporté sur les tableaux 14 et 14 bis les taux de problèmes sans et avec retours programmés selon la situation mono ou polyproblématique, le sexe et les délais de retours programmés.

En situation polyproblématique ces taux sont extrêmement voisins dans les deux sexes : 35 % de problèmes sans retour demandé et des pourcentages très voisins dans les deux sexes pour les divers délais de demandes de retour programmé (par exemple 12 % et 15 % pour 1 à 20 jours, 30,9 % et 29,2 % pour 21 à 30 jours, 6,6 % et 5,7 % pour 61 à 90 jours etc).

En monoprosblématique, une différence apparaît. Les problèmes de la femme ont un taux de retours non programmés plus faible : 49,7 % contre 55,5 % pour les problèmes présentés par les hommes. Il en résulte par rapport aux hommes un plus fort taux de problèmes avec retour programmé chez la femme en situation monoprosblématique. Cette augmentation des taux de retours profite essentiellement aux délais les plus courts de 1 à 20 jours qui passent de 22,9 % de problèmes chez les hommes à 26,7 % des problèmes chez les femmes.

**LES DEMANDES DE RETOUR ET LEURS DELAIS
POUR LES PROBLEMES PRESENTES
PAR LES PATIENTS DE CHAQUE SEXE**

DEMANDES DE RETOUR SELON LES DELAIS PROPOSES EN JOURS													
<u>MONO-PROBLEMATIQUE</u>													
DELAIS EN JOURS PROBLEMES	0 JOUR		1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
HOMMES	2 197	55,50	905	22,90	520	13,10	204	5,10	95	2,40	39	1,00	3 960
FEMMES	3 4 60	49,70	1 860	26,70	1 013	14,60	294	4,20	194	2,80	142	2,00	6 963

TABLEAU 14

S P < 0,001

DEMANDES DE RETOUR SELON LES DELAIS PROPOSES EN JOURS													
<u>POLY-PROBLEMATIQUE</u>													
DELAIS EN JOURS PROBLEMES	0 JOUR		1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
HOMMES	2 661	35,00	915	12,00	2 346	30,90	1 015	13,40	503	6,60	151	2,00	7 591
FEMMES	5 525	35,10	2 369	15,00	4 597	29,20	2 031	12,00	903	5,70	309	2,00	15 734

TABLEAU 14BIS

S P < 0,001

Nous avons pu éclairer un peu ce phénomène en relevant la liste comparée des problèmes qui viennent, dans les deux sexes, s'ajouter à ceux qui leur sont communs. Ainsi on constate que en quatre ans, nos treize généralistes ont pris en charge, sur un total de 35 037 problèmes :

- 1 722 problèmes exclusivement féminins et seulement
178 problèmes exclusivement masculins.

Cela représente chez les femmes un surcroît de 4,3 % de problèmes. C'est à peu de chose près le surcroît du pourcentage que nous avons trouvé en situation monoprobématique pour les problèmes induisant des demandes de retours programmés chez les femmes par rapport aux hommes.

Pour le reste on constate une importante augmentation du taux de problèmes induisant des retours programmés lorsque l'on passe de la situation monoprobématique (45 à 50 % de problèmes avec retour programmé selon le sexe) à la situation polyprobématique (65 % de problèmes avec retour programmé dans les deux sexes).

En conclusion, dans notre échantillon, le rôle du sexe dans les demandes de retours programmés n'intervient que par le surnombre de problèmes médicaux émanant de la population féminine qui ont été traités en médecine générale dans notre échantillon. Pour le reste, les différences entre les taux restent régies par la situation mono ou polyprobématique où les problèmes ont été pris en charge.

Les 178 problèmes exclusivement masculins

<i>TROUBLES MORBIDES</i>	<i>NOMBRE DE CAS</i>
Hydrocèle testiculaire	9
Ulcération du pénis	7
Ectopie testiculaire	7
Phimosie	6
Balanite	11
Hypertrophie prostatique	18
Douleur testiculaire	9
Prostatite aiguë	3
Rétrécissement urétral	3
Orchite Epididymite	26
Prostatisme	77

TOTAL	178

LES 1 722 PROBLEMES EXCLUSIVEMENT FEMININS

TRoubles MORBIDES	NOMBRE DE CAS
Candidose vaginale	22
Polype du col	8
Incontinence d'urine	21
Troubles attribués à la pillule	11
Paramétri. péri-métri.	3
Annexite aiguë	7
Annexite chronique	10
Tumeur bénigne des annexes	15
Polyménorrhée	26
Fibrome	60
Cystite	212
Mastose	39
Troubles ménopausiques	175
Dysménorrhée	110
Vulvite vaginite	107
Prolapsus	32
Mastodinie	45
Leucorrhées	100
Hypoménorrhée - Aménorrhée	54
Pyurie - Bactériurie	78
Fausse couche	18
Déchirure périnéale	5
Grossesse extra utérine	1
Rétention placentaire	1
Accouchement	4
TOTAL	1 164

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX ET MEDICO-ADMINISTRATIFS FEMININS

Contraception conseils généraux	35
Contraception autre que pillule	8
Contraception orale	296
Stérilet	57
Diagnostic de grossesse	54
Soin prénatal	105
Grossesse hors mariage	3
TOTAL	558

■ V - 2 - LES DEMANDES DE RETOUR EN FONCTION DE L'AGE.

Nous avons reporté sur le tableau 15 le nombre de problèmes pris en charge et la situation mono ou polyproblématique selon la tranche d'âge d'où les problèmes émanent.

On constate que :

6.402 problèmes soit 18,7 %	sont liés à des patients de - de 30 ans
11.644 problèmes soit 34,2 %	sont liés à des patients de 30 à 59 ans
16.078 problèmes soit 47,1 %	sont liés à des patients de 60 ans et +

Dans le même temps, on voit croître régulièrement le taux des situations polyproblématiques qui passent de 44,6 % chez les - de 30 ans à 78,4 % des problèmes chez les 60 ans et plus.

On voit confirmée ici la liaison, déjà étudiée sur une stratification plus fine des tranches d'âge, entre l'âge croissant des sujets d'où les problèmes émanent, la part croissante que ces problèmes tiennent dans l'activité des généralistes de notre échantillon et le taux croissant des situations polyproblématiques où ces problèmes sont pris en charge. Nous avons vu par ailleurs que le taux des problèmes avec demandes de retour programmé est plus élevé en situation polyproblématique qu'en situation monoprostématique.

Nous avons cherché à préciser comment l'effet de l'âge intervient dans cet accroissement du taux.

Le tableau 16 montre, dans les trois tranches d'âge, en situation mono et polyproblématique, la répartition des problèmes selon qu'ils n'induisent pas ou qu'ils induisent des demandes de retour à délai programmé. On constate une hausse du taux de retours programmés lorsque l'âge augmente. Cette hausse joue dans les deux situations mono et polyproblématique mais avec un effet accru de hausse en situation polyproblématique et cet effet de hausse va lui-même croissant avec l'âge.

Ainsi, lorsqu'on passe de la mono à la polyproblématique, les taux de problèmes avec demandes de retour augmentent de :

34,1% à 38,5%	pour les problèmes chez les - de 30 ans
56,7% à 58,2%	pour les problèmes chez les 30 à 59 ans
60,4% à 78,0%	pour les problèmes chez les 60 ans et +

C'est à partir de 60 ans que cette augmentation du taux des demandes de retour en polyproblématique s'accélère de façon très importante puisqu'on passe de 60,4 % des problèmes avec retour programmé en monoprostématique à 78 % en polyproblématique.

**LES PROBLEMES EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE
SELON L'AGE DES PATIENTS**

AGE \ NOMBRES DE PROBLEMES	SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE		SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	
< 30 ANS	3 548	55,40	2 854	44,60	6 402
30 A 59 ANS	3 965	34,00	7 679	66,00	11 644
60 ANS ET +	3 476	21,60	12 602	78,40	16 078

TABLEAU 15

S P < 0,001

**REPARTITION DES PROBLEMES EN NOMBRE
ET POURCENTAGE DES PROBLEMES
SANS ET AVEC RETOUR PROGRAMME
DANS LES TROIS TRANCHES D'AGE EN SITUATION DE
MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

<u>MOINS DE 30 ANS</u>					
	RETOURS PROGRAMMES				
	NON		OUI		TOTAL
	N	%	N	%	
	SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	2 340	65,90	1 208	34,10
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	1 756	61,50	1 098	38,50	2 854

S. $p < 0,001$

<u>30 A 59 ANS</u>					
	RETOURS				
	NON		OUI		TOTAL
	N	%	N	%	
	SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	1 955	43,30	3 108	56,70
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	3 211	41,80	4 468	58,20	7 679

S. $p < 0,001$

<u>60 ANS ET PLUS</u>					
	RETOURS				
	NON		OUI		TOTAL
	N	%	N	%	
	SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	1 382	39,60	2 094	60,40
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	3 397	27,00	9 205	73,00	12 602

S. $p < 0,001$

TABLEAU 16

**NOMBRE ET POURCENTAGE DES PROBLEMES
INDUISANT DES DEMANDES DE RETOUR A DELAIS FIXES
D'AVANCE EN SITUATION DE
MONO-PROBLEMATIQUE, SELON L'AGE DES MALADES**

DELAIS PROGRAMMES EN JOURS											
RETOURS AGE	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ de 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
- DE 30 ANS	694	57,50	246	20,40	106	8,70	63	5,20	99	8,20	1 208
30 A 59 ANS	1 058	52,60	578	28,80	191	9,50	118	5,90	65	3,20	2 010
60 ANS ET +	1 027	49,10	731	34,90	205	9,80	112	5,30	19	0,90	2 094

**NOMBRE ET POURCENTAGE DES PROBLEMES
INDUISANT DES DEMANDES DE RETOUR
A DELAIS FIXES D'AVANCE EN SITUATION DE
POLY-PROBLEMATIQUE SELON L'AGE DES MALADES**

S. p. 0,001

DELAIS PROGRAMMES EN JOURS											
RETOURS AGE	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
- DE 30 ANS	288	26,30	465	42,40	144	13,00	95	8,70	105	9,60	1 097
30 A 59 ANS	1 250	28,10	1 666	37,50	873	19,70	525	11,80	131	2,90	4 445
60 ANS ET +	1 774	18,00	4 855	49,00	2 062	20,80	1 021	10,20	203	2,00	9 915

TABLEAU 17

S. p. 0,001

Le tableau 17 montre la répartition des retours programmés selon leurs différents délais et ce en situation monoproblématique et polyproblématique.

On constate dans les deux situations, lorsque l'âge croît, une augmentation régulière des demandes de retour à délais plus longs. En monoproblématique, ce sont surtout les délais programmés pour 21 à 30 jours qui augmentent avec l'âge, en polyproblématique ce sont aussi les retours programmés pour 31 à 60 jours. Corrélativement on constate, dans les deux situations une baisse régulière des taux de délais programmés courts de 1 à 20 jours et très longs à plus de 90 jours.

On voit que l'accroissement en âge intervient à trois niveaux :

- il accroît le taux global des retours programmés dans les deux situations mono et polyproblématiques;
- cet accroissement des taux est supérieur en situation polyproblématique. Ce type d'accroissement prend son plein effet à partir de 60 ans;
- il diminue les délais programmés courts et très longs au profit des délais moyens de retour dans 21 à 60 jours.

Dans notre échantillon la liaison des problèmes avec l'âge apparaît ici comme un facteur très important dans la régulation des demandes de retours programmés en nombre et en type.

■ **V - 3 - INFLUENCE DE LA NATURE DES PROBLEMES PRIS EN CHARGE SUR LEUR REPARTITION, SELON QU'UN RETOUR EST OU N'EST PAS PROGRAMME.**

□ **V - 3 - 1 - ROLE DU CARACTERE NOUVEAU OU CONNU DES TROUBLES MORBIDES ET DE LA NATURE MEDICO-ADMINISTRATIVE ET PSYCHOSOCIALE DES AUTRES PROBLEMES.**

Rappelons que nous appelons problème tout objet du contact malade-médecin, que ce soit un trouble morbide (codé à l'aide du code des résultats de consultation selon R.N. Braun) ou un acte médico-administratif et psychosocial (codé à l'aide de la classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.). Par ailleurs, les circonstances de l'appel au médecin sont aussi relevées de telle sorte que nous sommes en mesure de subdiviser les troubles morbides en troubles nouveaux ou connus.

- Ainsi, les troubles morbides ont été codés nouveaux s'il s'agissait :
 - de la découverte d'un état morbide pour lequel aucune demande n'était formulée;
 - d'un symptôme ou état morbide nouveau;
 - d'une situation d'urgence pour un symptôme nouveau.
- Ils ont été codés connus s'il s'agissait :
 - de la surveillance d'un état morbide connu;
 - d'un état morbide connu du médecin mais ne faisant pas l'objet jusqu'à présent d'une surveillance;
 - d'une situation d'urgence pour un état ou symptôme connu;
 - de la surveillance d'un état morbide connu sans avoir été l'objet d'une demande.

Parmi les troubles morbides rattachables à un chapitre de la C.I.M.(9) 14.611 problèmes ont été codés **nouveaux** soit 45,8 % et 17.287 problèmes ont été codés **connus** soit 54,2 %.

Ont été classés médico-administratifs et psychosociaux les problèmes codés dans les relevés comme :

- actes divers, techniques, administratifs;
- renseignements, informations, conseils, commentaires;
- examen ou traitement d'une fonction ou d'un appareil présumé sain.

**REPARTITION DES PROBLEMES PRIS EN CHARGE
EN PROBLEMES MORBIDES, NOUVEAUX OU CONNUS
ET EN PROBLEMES MEDICO-ADMINISTRATIFS
OU PSYCHOSOCIAUX,
EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE**

NOMBRE DES PROBLEMES					
NOMBRE DE PROBLEMES	SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE		SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	
PROBLEMES MORBIDES NOUVEAUX	4 909	44,70	7 471	32,10	12 380
PROBLEMES MORBIDES CONNUS	4 171	38,00	14 630	62,90	18 801
PROBLEMES MEDICO-ADMINISTRATIFS ET PSYCHO-SOCIAUX	1 907	17,30	1 162	5,00	3 069

TABLEAU 18

S. $p < 0,001$

ETATS MORBIDES
CEUX QUI N'INDUISENT PAS ET CEUX QUI INDUISENT
DES DEMANDES DE RETOUR
REPARTITION EN SITUATION MONO ET POLY-PROBLEMATIQUE

<u>ETATS MORBIDES NOUVEAUX</u>					
	<i>PROBLEMES SANS RETOUR PROGRAMME</i>		<i>PROBLEMES AVEC RETOUR PROPOSE</i>		<i>TOTAL</i>
SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	3 082	62,80	1 827	37,20	4 909
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	4 361	58,40	3 110	41,60	7 471

S. $p < 0,001$

<u>ETATS MORBIDES CONNUS</u>					
	<i>PROBLEMES SANS RETOUR DEMANDE</i>		<i>PROBLEMES AVEC RETOUR PROPOSE</i>		<i>TOTAL</i>
SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	1 251	30,00	2 920	70,00	4 171
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	2 818	19,30	11 812	80,70	14 630

S. $p < 0,001$

<u>PROBLEMES MEDICO-ADMINISTRATIFS ET PSYCHOSOCIAUX</u>					
	<i>PROBLEMES SANS RETOUR DEMANDE</i>		<i>PROBLEMES AVEC RETOUR PROPOSE</i>		<i>TOTAL</i>
SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	1 343	70,40	564	29,60	1 907
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	931	80,30	228	19,70	1 159

TABLEAU 19

S. $p < 0,001$

Le tableau N°18 donne la répartition en situation mono ou polyproblématique des problèmes sous les trois formes que nous venons de définir :

- problème morbide nouveau, problème morbide connu, problème médico-administratifs ou psychosocial.

On constate en situation monoprotblématique un taux légèrement dominant de problèmes nouveaux : 44,7 % contre 38 % de problèmes connus et 17,3 % de problèmes médico-administratifs et psychosociaux. En situation polyproblématique c'est le taux des problèmes connus qui domine très nettement : 62,9 % contre 32,1 % de problèmes nouveaux et 5 % de problèmes médico-administratifs et psychosociaux. **Les problèmes nouveaux dominent en situation monoprotblématique alors que, en situation polyproblématique, les problèmes connus deviennent deux fois plus nombreux que les nouveaux.**

Le tableau N°19 donne pour les trois formes de problèmes étudiés ici la répartition, comparée en situation mono et polyproblématiques des problèmes sans et avec demande de retour programmé. On voit que les problèmes nouveaux n'induisent aucune demande de retour dans près de 60 % des cas dans les deux situations. Par contre, les problèmes connus font programmer un retour dans 70 à 80 % des cas selon qu'on se trouve en situation mono ou polyproblématique où le taux de retour programmé est le plus fort. On notera aussi que pour ce qui est des problèmes médico-administratifs aucun retour n'est jugé nécessaire dans 70 % à 80 % des cas.

Le tableau N°20 représente dans les trois formes de problèmes, étudiés en situation mono et polyproblématique, selon les délais programmés, la répartition en nombre et pourcentage des problèmes induisant des demandes de retour.

Dans les trois formes on constate en situation polyproblématique, par rapport à la situation monoprotblématique, un glissement global vers des pourcentages plus élevés de retours programmés pour 21 à 90 jours avec un maximum pour les délais programmés entre 21 et 30 jours. Cette augmentation des taux de délais longs se fait au détriment des délais courts de 1 à 20 jours. Cependant lorsqu'un retour est programmé, les délais courts de retour proposés dans 1 à 20 jours restent dominants dès lors qu'il s'agit d'un problème nouveau ou d'un problème médico-administratif ou psychosocial. Les notions d'actualité et d'urgence semblent, ici, pris en considération.

REPARTITION DES PROBLEMES NOUVEAUX

AVEC RETOUR PROGRAMME

SELON LES DELAIS EN JOURS

DELAI EN JOURS PROBLEMES	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
MONO- PROBLEMATIQUE	1 207	66,10	351	19,20	107	5,90	78	4,30	84	4,50	1 827
POLY- PROBLEMATIQUE	1 315	42,30	1 045	33,60	416	13,40	205	6,60	129	4,10	3 110

S p < 0,001

REPARTITION DES PROBLEMES CONNUS

AVEC RETOUR PROGRAMME

DELAI EN JOURS PROBLEMES	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
MONO- PROBLEMATIQUE	1 171	40,10	1 096	37,60	359	12,30	206	7,00	88	3,00	2 920
POLY- PROBLEMATIQUE	1 878	15,90	5 819	49,30	2 602	22,00	1 195	10,10	318	2,70	11 812

S p < 0,001

REPARTITION DES PROBLEMES MEDICO-ADMINISTRATIFS

ET PSYCHO-SOCIAUX AVEC RETOUR PROGRAMME

DELAI EN JOURS PROBLEMES	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
MONO- PROBLEMATIQUE	400	70,90	108	19,10	36	6,40	9	1,60	11	2,00	564
POLY- PROBLEMATIQUE	72	31,20	77	33,30	48	20,80	21	9,10	13	5,60	231

S p < 0,001

TABLEAU 20

SELON LES 4 LIGNES DU RELEVÉ EN SITUATION
POLY-PROBLEMATIQUE
REPARTITION DES PROBLÈMES AVEC RETOURS PROGRAMMÉS

ETATS MORBIDES NOUVEAUX											
DELAI EN JOURS	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
LIGNE 1	598	47,70	362	28,90	147	11,70	73	5,80	73	5,80	1 253
LIGNE 2	503	45,10	430	38,60	141	12,70	96	8,60	44	3,90	1 114
LIGNE 3	173	34,70	194	38,90	91	18,30	28	5,60	12	2,40	498
LIGNE 4	41	28,30	59	40,70	37	25,50	8	5,50	0		145

S p < 0,001

ETATS MORBIDES CONNUS											
DELAI EN JOURS	1 A 20 JOURS		21 A 30 JOURS		31 A 60 JOURS		61 A 90 JOURS		+ DE 90 JOURS		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
LIGNE 1	888	21,50	2 164	52,50	927	22,50	73	1,80	73	1,80	4 125
LIGNE 2	650	15,70	2 026	48,80	933	22,50	436	10,50	104	2,50	4 149
LIGNE 3	244	11,60	1 104	52,30	503	29,00	197	9,90	51	2,40	2 099
LIGNE 4	96	9,90	526	54,10	239	24,60	84	8,60	27	2,80	972

S p < 0,001

TABLEAU 21

L'étude du tableau N°21 montre, dans le cas des troubles morbides nouveaux et connus, les différents délais de retour induits selon l'ordre de relevé spontané choisi par les médecins du groupe d'étude pour disposer les problèmes sur les quatre lignes des fiches d'observation disponibles pour les situations polyproblématiques. On remarque que dans le cas des problèmes nouveaux, et aussi des problèmes connus, le taux des délais courts pour le retour proposé (1 à 20 jours) est le plus fort sur la première ligne et que leur pourcentage décroît ensuite de ligne en ligne. Cette baisse se fait au profit des délais de 21 à 30 et 31 à 60 jours pour les problèmes nouveaux et au profit des retours proposés dans 61 à 90 jours pour les problèmes connus. On voit qu'en situation polyproblématique aussi, l'ordre spontané du relevé des problèmes pris en charge semble influencé par l'urgence à revoir le patient.

Nouveauté et urgence à revoir le problème à plus court délai vont de pair dans la programmation des retours demandés au patient.

Ainsi, dans notre échantillon, la nouveauté des problèmes se traduit par le fait que 60 % d'entre eux environ ont été réglés au sein de la séance mono ou polyproblématique où ils ont été pris en charge par le médecin. Il en est de même pour 70 % à 80 % des problèmes que nous avons vu classés comme médico-administratifs. A l'inverse, 30 % à 20 % seulement des problèmes classés connus sont réglés au sein même de la séance où ils sont pris en charge et n'impliquent pas un retour programmé.

La catégorie nouveau-connu apparaît comme un très important facteur régulant les taux globaux de demandes de retour. Cette catégorie opère aussi dans le choix des délais programmés pour les retours demandés. Le fait d'appartenir à la catégorie des problèmes connus accentue le glissement global déjà constaté en situation polyproblématique en faveur des délais de retour plus longs au détriment des délais courts de 1 à 20 jours. Cependant les délais courts restent dominants pour les problèmes nouveaux dans la part des 40 % d'entre eux qui nécessitent d'être revus par le médecin.

Dans ce qui suit, les troubles morbides dont il est question ont été relevés selon une nomenclature des résultats de consultation en médecine générale qui, sous leur forme opératoire de signes cardinaux, syndromes et tableaux de maladie, ne sont pas répertoriés par la C.I.M.

C'est à regret et seulement pour donner au lecteur un ordre d'idées sur les organes, appareils et fonctions dont il s'agit, que nous avons regroupé ces résultats sous l'intitulé des chapitres de la C.I.M. 9 où ces appareils et fonctions sont nommés. A la limite acceptable dans notre travail sur les pratiques médicales, ce biais ne saurait être admis en aucune façon dans le cadre d'une épidémiologie des morbidités où toute mise en forme dans le cadre de la C.I.M. ne peut rendre compte avec la précision nécessaire de la réalité clinique observée en médecine générale.

**□ V - 3 - 2 - RÔLE DU TYPE D'ENTITE MORBIDE DANS
LES TAUX DE PROBLÈMES CLASSES NOUVEAUX
ET CONNUS OU BIEN CLASSES MÉDICO-
ADMINISTRATIFS DECOULANT D'UN
TROUBLE MORBIDE DANS NOTRE ÉCHANTILLON**

Les tableaux N°22 et N°23 donnent pour chacun des 17 chapitres de la C.I.M.9 les nombres et pourcentages des problèmes nouveaux, connus et médico-administratifs ou psychosociaux d'abord en situation monoprotémati- que, puis en situation polyprotémati- que. On constate que :

- un seul chapitre est absent : il s'agit des "anomalies congéni- tales".(Chap.XIV)
- deux chapitres sont très peu représentés : il s'agit des "Complica- tions de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches".(Chap.XI : 0,3 % des problèmes en monoprotémati- que, 0,03 en polyprotémati- que) et " Maladies du sang et des organes hématopoïé- tiques". (Chap.IV : 0,2 % des problèmes en monoprotémati- que, 0,3 % en polyprotémati- que).
- les quatorze autres chapitres de la C.I.M. sont tous représentés en mono et polyprotémati- que.

La plupart constituent 1 à 8 % du total des problèmes pris en charge dans chaque situation.

Certains dépassent les 9 %.

Ce sont les chapitres :

VII	Maladies cardio-vasculaires qui sont	16,6 % et 31 %
VIII	Maladies Appareil Resp. qui sont	20,8 % et 7,8 %
V	Maladies Mentales qui sont	10,1 % et 10,8 %
IX	Maladies Appareil Digestif qui sont	8,3 % et 9,1 %
XIII	Maladies Appareil Locomoteur qui sont	8,9 % et 9,9 % du nombre total des problèmes, tous chapitres confondus, traités en situation mono puis polyprotémati- que.

EN MONOPROBLEMATIQUE REPARTITION DES PROBLEMES SELON
LES APPAREILS ET FONCTIONS NOMMÉS DANS LA CIM 9

PROBLEMES

		nouveaux	connus	med-adm	TOTAL	%vertical
I.	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	N 311 % 75,3	80 19,4	22 5,3	413 100%	4,9
II.	TUMEURS	N 53 % 26,6	101 50,7	45 22,7	199 100%	2,3
III.	MALADIES ENDOCRINIENNES DE LA NUTRITION ET DU METABOLISME ET TROUBLES IMMUNITAIRES	64 % 28,8	136 60,7	24 10,7	224 100%	2,7
IV.	MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	N 5 % 25	10 50	5 25	20 100%	0,2
V.	TROUBLES MENTAUX	N 275 % 32,5	488 58	83 9,5	846 100%	10,1
VI.	MALADIES DU SYSTEME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS	N 178 % 56,5	114 36,2	23 7,3	315 100%	3,7
VII.	MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	N 196 % 14	1137 81,7	59 4,2	1392 100%	16,6
VIII.	MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	N 367 % 78,3	339 19,4	39 2,2	1745 100%	20,8
IX.	MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	N 405 % 57,9	236 33,8	58 8,3	699 100%	8,3
X.	MALADIES DES ORGANES GENITO-URINAIRES	N 259 % 44,3	226 38,7	99 17	584 100%	6,9
XI.	COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES	N 11 % 50	7 31,8	4 18,2	22 100%	0,3
XII.	MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE	N 167 % 72,6	52 22,6	11 4,8	230 100%	2,7
XIII.	MALADIES DU SYSTEME OSTEO- ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF	N 373 % 50,9	309 41,5	62 8,3	744 100%	8,9
XIV.	ANOMALIES CONGENTALES	N 0	0	0	0	0
XV.	CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE	N 58 % 34,3	77 45,6	34 20,1	169 100%	2,1
XVI.	SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	N 226 % 59,5	114 30	40 10,5	380 100%	4,6
XVII.	LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS	N 197 % 57,5	102 29,7	44 12,8	343 100%	4,2

EN POLYPROBLEMATIQUE REPARTITION DES PROBLEMES SELON
LES APPAREILS ET FONCTIONS NOMMES DANS LA CIM 9

		PROBLEMES			TOTAL	%vertical
		nouveaux	connus	med-adm		
I.	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	N 104	6,8	2	174	0,9
	% l	59,8	39,1	1,1	100%	
II.	TUMEURS	N 54	328	19	401	2,0
	% h	13,5	82	4,7	100%	
III.	MALADIES ENDOCRINIENNES DE LA N NUTRITION ET DU METABOLISME ET TROUBLES IMMUNITAIRES	N 249	959	21	1229	6,0
	% h	20,3	78	1,7	100%	
IV.	MALADIES DU SANG ET DES ORGANES HEMATOPOIETIQUES	N 17	51	3	71	0,3
	% h	24,0	72	4,2	100%	
V.	TROUBLES MENTAUX	N 670	1499	25	2194	10,8
	% h	30,3	68,3	1,1	100%	
VI.	MALADIES DU SYSTEME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS	N 253	415	30	698	3,4
	% h	36,2	59,5	4,3	100%	
VII.	MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	N 515	5860	27	6402	31,5
	% h	8,0	91,5	0,4	100%	
VIII.	MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	N 911	661	20	1592	7,8
	% h	57,2	41,5	1,3	100%	
IX.	MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	N 853	959	43	1855	9,1
	% h	46,0	52	2,2	100%	
X.	MALADIES DES ORGANES GENITO-URINAIRES	N 467	662	37	1166	5,7
	% h	40,0	56,8	3,2	100%	
XI.	COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES	N 5	1	0	6	0,0
	% h	83,3	16,7	0	100%	
XII.	MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE	N 437	226	9	672	3,3
	% h	65,0	33,6	1,3	100%	
XIII.	MALADIES DU SYSTEME OSTEO- ARTICULAIRE, DES MUSCLES ET DU TISSU CONJONCTIF	N 801	1175	45	2021	9,9
	% h	39,6	58,1	2,2	100%	
XIV.	ANOMALIES CONGENTALES	N 0	0	0	0	
	% h	0	0	0	0	
XV.	CERTAINES AFFECTIONS DONT L'ORIGINE SE SITUE DANS LA PERIODE PERINATALE	N 95	248	6	360	1,8
	% h	26,4	68,9	1,7	100%	
XVI.	SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	N 611	408	17	1036	5,1
	% h	59	39,4	1,6	100%	
XVII.	LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS	N 228	165	9	402	2,0
	% h	56,7	41,0	2,2	100%	

TABLEAU 23

On constate aussi que les taux de problèmes **nouveaux** au sein de chaque chapitre et connus sont caractéristiques des appareils et fonctions dont il s'agit et conservent des taux voisins en mono et polyproblématique.

- Ainsi, parmi les taux les plus élevés pour les cas nouveaux on trouve les :

Chap. I	Maladies infectieuses	75,3 % en mono et 59,8 % en polyproblématique
Chap. XII	Maladies de la peau	72,6 % en mono et 65 % en polyproblématique
Chap. VIII	Maladies Appareil Resp.	78,3 % en mono et 57,2 % en polyproblématique

Ce sont des chapitres où se rencontrent en effet un taux élevé de cas nouveaux qui peuvent soit se régler au cours même de la séance où ils apparaissent ou alors qui demandent volontiers à être revus à bref délai.

- Parmi les taux les plus élevés pour les cas **connus** au sein de chaque chapitre on trouve les :

Chap. VII	Maladies cardio-vasculaires	81,7 % en mono et 91,5 % en polyproblématique
Chap. II	Tumeurs	50,7 % en mono et 82 % en polyproblématique
Chap. III	Maladies Endoc., Nutrition	60,7 % en mono et 78 % en polyproblématique
Chap. V	Maladies Mentales	50 % en mono et 68,3 % en polyproblématique

(2) Les problèmes morbides ont été classés selon la nomenclature de R.N. Braun. Celle-ci est basée sur le principe de la fréquence significative en médecine générale et construite sur un concept opératoire en médecine générale qui règle la définition médicale de chacun des termes de la nomenclature. Dès lors, la classification internationale n'est pas un bon outil pour une classification épidémiologique des états morbides traités en médecine générale. Cependant pour les besoins d'une étude limitée du type de la nôtre, le regroupement des termes selon les chapitres de la C.I.M. reste, faute de mieux, acceptable. Pour ce qui est des problèmes médico-administratifs ou psychosociaux, une faible partie seulement ont pu être rapportés à des troubles morbides relevant d'un des chapitres de la C.I.M. Ce sont seulement ceux-là qui ont été décomptés ici

On notera que dans le cas de ces quatre chapitres de la C.I.M., il s'agit de problèmes où une bonne connaissance de la situation, une bonne relation médecin-malade et un suivi régulier sont de première importance. On voit là, comme s'instaure le fait du taux élevé de retours programmés dans le cas des problèmes classés comme connus.

Nous donnons ci-après, la liste totale des troubles morbides qui ont été pris en charge chez 1 299 patients de notre échantillon en quatre ans, avec pour chaque affection le taux des problèmes classés comme nouveaux. On pourra se convaincre, par sa seule lecture, de la grande cohérence qui a régné dans le choix de ce codage avec les conséquences que nous en avons vu à l'oeuvre dans le taux des retours programmés et les délais de ceux-ci.

La liste qui suit n'est pas un relevé épidémiologique de morbidité quadriennale en incidence ou prévalence. Il s'agit du nombre de recours en quatre ans pour des problèmes morbides identifiés.

Les cas où se posait un problème nouveau concernent des cas qui pouvaient être totalement nouveaux ou déjà connus mais où s'était produit un fait nouveau.

LISTE DES TROUBLES MORBIDES PRIS EN CHARGE POUR 1299 PATIENTS SUIVIS PENDANT 4 ANS. NOMBRE DE FOIS OÙ CES PROBLEMES ONT ÉTÉ PRIS EN CHARGE EN SEANCE MONO OU POLYPROBLEMATIQUE ET NOMBRE DE FOIS OÙ SE POSAIT UN PROBLEME NOUVEAU.

	NOMBRE DES CAS PRIS EN CHARGE	NOMBRE ET % DES CAS OU SE POSAIT UN PROBLEME NOUVEAU	
HYPERTENSION ARTERIELLE	3.580	469	13,1 %
DOULEURS PRECORDIALE	986	120	12,2
DEP. NER. REAC. NEVROT	804	240	29,8
CATARRHES VOI. RESPIR.	714	604	84,6
ARTERIOSCL. GENERAL.	669	71	10,6
NERVOSISME INSTABIL.	617	188	30,5
ARTHROSE DEFORMANTE	507	97	19,1
DIABETE SUCRE	492	84	17,7
INSOMNIE	476	116	24,4
INSUF. CIRCULATOIRE	457	91	20
FAIBLESSE GENERALISEE	440	222	50,5
BRONCHITE AIGUE	436	265	60,8
ARTHROPAT. PERI-ARTH.	417	143	34,3
CONSTIPATION	389	112	28,8
ARTER. DES MEM. INFER.	376	58	15,5
CANCER NON PEAU, POU MON, SEIN	375	72	19,2
COLITE	371	143	38,5
DEPRE. NERV. ENDOGENE	370	100	27
NEVROSE D'ANGOISSE	370	139	37,6
TROU. POLY. NON ORGAN.	366	171	46,8
LOMBALGIES	365	172	47,1
ANGINES AMYGDALITES	308	257	83,5
PHARYNGITE	301	201	66,8
RHINITES	300	206	68,7
INSUFF. CARDIA. CHRON.	288	39	13,5
AUGM. POND. OBESITE	285	60	21
ASTHME BRONCHIQUE	281	92	32,7
HYPERLIPIDEMIE	273	28	10,3
BRONCHOPNEUMOPA. CHRON.	218	46	21,1
VARICES	218	71	32,6

CYSTITE	212	98	46,2
VALVULOPATHIES	205	26	12,7
PSYCHOSES CHRONIQUES	204	31	15,2
VERTIGES	203	78	38,4
TRO RYTHME AUTRE QUE ARYTHMIE	201	38	18,9
ALCOOLISME	187	41	21,9
MYALGIES	180	93	51,6
TOUX	176	102	57,9
TROUB. MENOPAUSIQUES	175	60	34,3
CEPHALEES	172	75	43,6
DOULEUR EPIGASTRIQUE	151	62	41
PARKINSONISME	149	18	12
ARYTHMIE COMPLETE	139	21	15,1
NEURALGIES	139	41	29,5
SPASMES ABDOMINAUX	137	72	52,5
VOMISSEMENTS DIARRHEES	137	98	71,5
DOULEUR OSSEUSE	135	55	40,7
POLYARTH. RHUMATOIDE	135	10	7,4
OTITE MOYENNE AIGUE	133	82	61,6
HYPERURICEMIE GOUTTE	127	20	15,7
SINUSITE FRONTALE	125	81	64,8
PYROSIS HYPERACIDITE	120	33	27,5
DYSPEPSIE DE L'ADULTE	111	39	35,1
ABDOMINOPATHIE AUTRE	110	48	43,6
DYSMENORRHEE	110	58	52,7
APOPLEXIE HEMIPLEGIE	110	32	29
RHINOPHARYNGITE	109	84	77
FIEVRE ISOLEE	109	83	76,1
REAC.ORIG.IATROGENE	108	40	37
VULVITE VAGINITE	107	56	52,3
ECZEMA	106	42	39,6
TABL. DE THROMBOPHLE.	104	12	11,5
NEPHROPATHIE CHRONIQUE	102	17	16,7
NEPHROLITHIASE	101	26	25,7
LEUCORRHEES	100	50	50
OEDEMES MEMB.INFER.	98	33	33,6
TABLEAU DE NEVRITE	96	21	21,9
ACCES DE TROUBLES MAL DEFINIS	93	47	50,5
HYPOTENSION ARTERIE.	92	38	41,3

DERMATOSE CARA.INDET.	91	48	52,7
HEMORROIDES SIMP.COMP.	89	43	48,3
MYALGIES FEBRILES	87	82	94,2
LARYNGITE	82	58	70,7
PLEURO-PNEUMOP. AIGUE	82	28	34,1
CANCER GEN.METASTASE	81	9	11,1
PYELOCYSTITE	81	27	33,3
BACTERIURIE PYURIE	78	19	24,3
ULCERE DE JAMBE	78	19	24,3
CONJONCTIVITES	78	36	46,1
PROSTATISME	77	14	18,2
HYPOCHONDRIE	77	28	36,4
AUTR.FRAC.FRAC.MULT.	77	24	31,1
GLOBUS , ANGOISSE	75	35	46,7
DIARRHEE ISOLEE	74	41	55,4
INFARCTUS MYOCARDE	69	12	17,4
CONTUSIONS	69	43	62,3
AMAIGRISSEMENT	69	26	37,7
CYRRHOSE DU FOIE	68	13	19,1
CHOLECYSTITE	68	31	45,6
TROU.STATIQUE(AUTRE)	67	27	40,3
INTOX.MEDICAMENTEUSE	64	37	57,8
NEURALGIE SCIATIQUE	63	25	39,7
MAUX DE GORGE	63	42	66,7
PLAIES CUT.ISOLEES	63	26	41,3
CARDIOP.POLYMORPHES	62	12	19,3
MYOME UNTERIN FIBROME	60	7	11,7
FIE.AV.MALAISE GENERAL	58	44	75,9
TUMEUR BENIGNE SEINS	58	23	39,7
HEMATOMES	58	31	53,4
CERUMEN	58	29	50
ANEMIES HYPOCHROMES	57	12	21
BLESSURES INFECTEES	57	21	36,8
HYPOMENO.AMENORRHEE	54	32	59,2
VERRUES	54	27	50
CERVICALGIES	53	17	32,1
CANCER DU SEIN	53	6	11,3
LITHIASE BILIAIRE	52	9	17,3
TROUBLES VISUELS	51	22	43,1

METEORISME	51	20	39,2
DYSPNEE	51	21	41,1
TROU.POLY.EVOL.BREVE	51	28	54,9
DECALCIF. OSTEOPOROSE	49	10	20,4
POLYARTHRITE AIGUE	48	31	64,5
NAUSEES	46	22	47,8
FLATULENCES	46	21	45,6
MIGRAINES	46	21	45,6
TUMEUR BENIGNE AUTRE	46	15	32,6
TACHYCARDIE	46	21	45,6
ABCES	46	17	36,9
VOMISSEMENTS	46	31	67,4
AEROPHAGIE	45	22	48,9
MASTITE MASTODINIE	45	17	37,8
HERNIE INGUINALE	45	12	26,7
PRURIT LOCALISE	44	16	36,3
BLESS.LEGER.DIVERSES	44	30	68,2
FRACTURE DES COTES	42	17	40,4
ACOUPHENES	42	14	33,3
ULCERES GASTRO.DUODE.	42	11	26,1
XANTHOME ATHEROME	41	6	14,6
EPICONDYLITE HUMERUS	41	18	43,9
ZONA	41	16	39
CATARACTE ORDINAIRE	40	8	20
EROSION PAR.INT.VAG.	40	8	20
MASTOSE SS TUM.INDI.	39	11	28,2
GOITRE SIMPLE	39	11	28,2
ENFLURES PYOGENES	38	19	50
TOXICOMANIES	38	17	44,7
EPILEPSIE	38	11	28,9
INSUFF.CARDIAQ.AIGUE	38	14	36,8
URTICAIRE	38	22	57,9
PHOBIES	37	9	24,3
PROB.D'ORIGINE DENTAIRE	36	19	52,8
PSYCHOSES AIGUES	36	11	30,5
PRURIT ANAL GENITAL	36	21	58,3
INSUFF.THYROIDIENNE	35	2	5,7
PSEUDO.ARTH.RHIZOME	35	5	14,3

EVANOUISSEMENT COMA	35	16	45,7
POLLAKIURIE	35	13	37,1
DERMITE AIGUE	34	15	44,1
HYPERKERATOSE(AUTRE)	33	17	51,5
PERIPHLEBITE	33	5	15,1
ACRO.SYND.DE RAYNAUD	32	6	18,7
MALF.ARTIC.COXS-FEMO.	32	3	9,3
PAREST.NOCTUR.EXTREM.	32	10	31,2
OREILLONS	32	28	87,5
PROLAPSUS UTER.VAGIN	32	9	28,1
INTERTRIGO	32	18	56,2
PALPI.SANS TACHYCAR.	32	11	34,3
ANOMALIES POSTURALES	31	15	48,3
FOULURE PIED	31	18	58
CRAMPES MEMB.INFER.	31	15	48,4
VARICELLE	31	29	93,5
FAIBL.MUSC.LOCALISEE	30	18	60
INSUF.RESPIR.CHRONIQUE	30	5	16,7
BRULURES URETHRALES	30	14	46,7
FOUL.AUTR.GENOU PIED	30	19	63,3
APHTOSE	30	17	56,7
APPENDICECTOMIE	30	16	53,3
RUMINATIONS OBSEDANTES	29	6	20,7
LYMPHADENITE AIGUE	29	19	65,5
BOUFFEES CONGESTIVES	28	8	28,5
HERPES SIMPLEX	28	13	46,4
EMPHYSEME	28	7	25
GLOSSITES	27	10	37
TRO.VIE SEX.EN GENE.	27	7	25,9
ERYTHEME INFECTIEUX	27	10	37
TENOSYNOVITE	27	13	48,1
ANOREXIE	27	14	51,8
ORCHITE EPIDIDYMITE	26	8	30,8
TR.STAT.AFFECTION VOUTE PLANTAIRE			
KYSTE SINOVIAL	26	6	23,1
POLYMENORRHEE	26	7	27
EXCORIATIONS	25	9	36
SPASMES AUT.EPILEPT.	25	14	56

DYSURIE.	25	3	12
ROUGEOLE	25	20	80
MUSCLES FROISSES	25	16	64
MONO-ARTHR. AV. EPANC.	25	8	32
SANG DANS LES SELLES	24	12	50
PROTHESE ARTICULAIRE	24	1	4,1
SINUSITE MAXILLAIRE	23	9	39,1
EXANTHEME MAL CARAC.	23	10	43,4
CRANIOTABES RACHITIQ.	23	9	39,1
HERNIE HIATALE	22	3	13,6
CANDIDOSE VAGINALE	22	6	27,2
CORS	22	11	50
CATARRHE TUBAIRE	22	9	40,9
HYPERTHYROIDIE	21	4	19
INCONTINENCE URINE	21	7	33,3
SEBORRHEE	21	8	38
BLESSURES MORSURES	21	12	57,1
PROCTALGIES	20	8	40
MYALGIES EXOGENES	19	9	47,3
NEZ SEC	19	8	42,1
DERMATO-MYCOSES	19	12	63,1
CHOLECYSTECTOMIE	19	4	21
CICAT. CUTAN. DOULOUR.	18	10	55,5
HERNIE DISCALE	18	8	44,4
FAUSSE COUCHE	18	9	50
HYPERTROPHIE PROSTA.	18	2	11,1
COMMOTION ISOLEE	18	14	77,8
PIQURES D'INSECTES	18	11	61,1
PRURIT GENERALISE	18	7	38,9
SYNDROME PREMENSTRU	17	8	47
PANCREATITE	17	8	47
TROUBLE MEMOIRE	17	8	47
OTORRHEE RECI. CHRON.	17	8	47
STOMATITE	17	8	47
OTALGIES	17	11	64,7
IMPETIGO CONTAGIEUX	17	10	58,8
LIPOME	17	7	41,2
FRACT. ISOLEE DOIGTS	17	7	41,2
HYPERSOMNIE	16	7	43,7

ATROPHIE MUSCLES	15	7	46,7
NEURALGIES FACIALES	15	8	53,3
ANOMALIES DE MARCHE	15	4	26,7
TUME.BENIG.ANNEXES	15	5	33,3
EPISTAXIS	15	9	60
HEPATITE EPIDEMIQUE	15	5	33,3
FURONCLES	15	8	53,3
ACNE VULGAIRE	15	7	46,7
ERYSIPELE	15	5	33,3
CANCER DU POUMON	14	4	28,6
KERATITE KERATO-CON.	14	5	35,7
FIEVRE PROL.PLUS.SEMAINES	14	3	21,4
EMBOLIES EXTREMITES	14	1	7,1
PARESTHESIES	14	9	64,3
OTITE EXTERNE	14	9	64,3
RUBEOLE	14	13	92,9
EXOSTOSE	13	4	30,8
OCCLUSION INTESTINALE	13	5	38,4
TARSALGIE	13	9	69,2
IMPUISSANCE SEXUELLE	13	3	23,1
THYROIDITE	13	7	53,8
COMMOTION AVEC BLESS MINIMES	13	10	76,9
EPITHELIOMA DE PEAU	13	3	23,1
LESIONS LEG.MULT.AV/FF PLAIE CUT.	13	9	69,2
HERNIE EPIGASTRIQUE	13	2	15,3
BLENNORAGIE	12	3	25
LEUCEMIE	12	3	25
PYELITE	12	5	41,7
BURSITE AIGUE	12	6	50
PARONYCHIE PERIONYXI.	12	3	25
TROUB.ATTRIB.PILULE	11	7	63,6
ESCARRES	11		
URETHR.NON SPECIFIQ.	11	7	63,6
HALLUX VALGUS	11	8	72,7
ONGLE INCARNE	11	4	36,3
ABCES D'ORIGINE DENT.	11	5	45,4
BALANITE	11	7	63,6
ECZEMA DYSIDROTIQUE	11	4	36,3
DERMA.MYCOSES AUTRES	11	6	54,5

OTOSCLEROSE	10	5	50
FISSURE ANALE	10	5	50
HYPOKALIEMIE	10	1	10
ANNEXITE CHRONIQUE	10	1	10
BAISSE PASSAGERE VUE	10	5	50
ORTEILS DEFORMES	10	3	30
GALE	10	4	40
ASTHME CARDIAQUE	10	7	70
SURALIMENTATION	10	5	50
PITYRIASIS VERSICOLO	10	6	60
MENISGOPATHIE	9	3	33,3
SCLEROSE EN PLAQUES	9	3	33,3
MYOCARDITE	9	1	11,1
HEMATURIE	9	3	33,3
NAEVUS	9	3	33,3
DOULEUR TESTICULAIRE	9	4	44,4
HYDROCELE TESTICULAIRE	9	5	55,5
FOLLICULITE	9	8	88,8
eventration	9	4	44,4
ENTORSE DU GENOU	9	3	33,3
PYODERMITE	9	6	66,6
POLYPE DU COL	8	4	50
ONYCHOGRYPOSIS	8	1	12,5
GLYCOSURIE	8	5	62,5
DERMITE ANO-GENITALE	8	5	62,5
HEMARTHROSE	8	5	62,5
MUGUET	8	2	25
CORPS EXTRA.SS CUTANE	8	3	37,5
OXYUROSE	8	4	50
BRULURES	8	3	37,5
OTITE EXTERNE FURON.	8	6	75
TICS	7	3	42,8
ANNEXITE AIGUE	7	4	57,1
CHELOIDES	7	4	57,1
CHALAZION	7	5	71,4
ULCERATION DU PENIS	7	3	42,8
ENURESIE NOCTURNE	7	2	28,6

ECTOPIE TESTICULAIRE	7	3	42,8
DEVI.CLOISON NASALE	7	1	14,3
PIEDS FROIDS	7	6	85,7
CO.ETR.ORIF.SAUF YEUX	7	6	85,7
DYSPEPSIE NOURRISSON	7	6	85,7
HERNIE OMBILICALE	7	1	14,3
FURONCULOSE	7	5	71,4
PIEDS PLATS DOULOUREUX	7	2	28,6
PHIMOSIS	6	2	33,3
PITYRIASIS ROSE	6	5	83,3
BRULURES DE LANGUE	6	2	33,3
ALOPECIE EN AIRES	6	5	83,3
INFEC.LOC.DENTAIRE	6	2	33,3
LES.INT.AV.SS.FRACT.	6	1	16,7
BLOCAGE ARTI.CHIRUR.	5	1	20
LARMOIEMENTS	5	2	40
TIQUES AUT.PAR.CUTAN.	5	5	100
STERILITE	5	1	20
HYPERTROPHIE AMYGDAL.	5	1	20
GINGIVITES	5	3	60
SECTION DES TENDONS	5	4	80
STROPHULUS	5	4	80
DECHIRURE PERINEALE	5	4	80
FRAC.RADIALE TYPIQUE	5	2	40
PERLECHE	5	3	60
LYMPHOMATOSE	5	2	40
ENGELURES	5	3	60
MALADIE DE PAGET	4	2	50
TROUBLE DE LA VITREE	4	2	50
LICHEN PLAN	4	1	25
POUX PHTYRIASE	4	2	50
DOIGT A RESSORT	4		
DIPLOPIE	4	1	25
CHUTE DIFFU. CHEVEUX	4	4	100
HYPERHYDROSE LOCALI.	4	2	50
CAFEISME	4	4	100
REAC.FEBR.APRES VACC.	4	2	50
ANTHRAX	4	1	25
FAUS.DOUL.ACCOUCHEM.	4	4	100
ACCOUCHEMENT(CONDU.)	4	1	25

ORGELET	4	1	25
HEMORRAGIES VEINEUSES	4	1	25
PANARIS	4	1	25
SANG DS LES CRACHATS	4	3	75
LUXATIONS AUTRES	4	2	50
PARAMETRI.PERIMETRI.	3	1	33,3
RETARD DU LANGAGE	3	2	66,6
MALADIE DUPUYTREN	3	1	33,3
PROSTATITE AIGUE	3	1	33,3
SUPURATION FISTULE	3	2	66,6
MOLLUSCUM CONTAGIOSU	3		
RONFLEMENT	3		
PARAGUEUSIE	3	1	33,3
ART.TEMPO.MAXILLAIR.	3	2	66,6
RETRECISS.URETHRAL	3	1	33,3
HYDROADENITE AXILLA.	3	1	33,3
ANEMIES PERNICIEUSES	3	1	33,3
HEMANGIONE	3		
CALVITIE PRECOCE	2		
ACNEE ROSACEE	2		
HYPOPLASIE MAMMAIRE	2	1	50
SAIGNEMENT GINGIVAL	2	1	50
FONGUS DE L'OMBILIC	2		
ECOULEMENT MAMMAIRE	2	1	50
GLAUCOME	2	1	50
OEDEME DE QUINCKE	2	1	50
BLEPHARITE	2	1	50
PHLEGMON DE L'AMYGDALE	2	1	50
CHEILITE	2		
CORPS ETRANGER CORNEE	2	2	100
HYPERHIDROSE GENERA.	2		
HYGROMA	1	1	100
ERYTHEME POLYMORPHE	1	1	100
ONYCHOPHAGIE	1		
TUBERCULOSE EXTRA PULMONAIRE	1		
ANOMALIES.REFRACYON	1		
VERGETURES MAMMAIRES	1		
COMEDONS	1		
BRIDES	1		

CONJON. PROV. PROD. CHIMI.	1	1	100
SCARLATINE	1	1	100
CONVULSION JEUNE ENF.	1		
GROSSESSE EXTRA. UTER.	1		
FAUX CROUP	1	1	100
NEPHRITE AIGUE	1		
ECZEMA FACE JEUNE ENFANT	1	1	100
CORP. ETRA. SOUS-CON-JONC.	1	1	100
PHLEGMONS	1	1	100
TUBERCULOSE PULMONAIRE	1	1	100
SUITE PRESC CORPS ETRANGER	1	1	100
EXP. RET. RET. PLACENTA	1	1	100
GERCURES CREVAS. MAINS	1		
CONJ PHLYCTENULAIRE	1		

LISTE ET NOMBRE DES ACTES MEDICAUX DE PREVENTION ,
 D'ADMINISTRATION, DE CONSEIL PSYCHOSOCIAL DELIVRES
 à 1299 PATIENTS REGULIEREMENT SUIVIS
 PENDANT 4 ANS EN MEDECINE GENERALE

	NOMBRE TOTAL	%
Immunisation Prophylactique, Vaccination, inoculation.	976	15,8
Lettres, formulaires, certificats et prescriptions rendant inutile un supplément d'examen du patient.	852	13,8
Conseils, instruction et/ou éducation médicale et/ou hygiénique.	687	11,1
Examen médical d'un sujet sain (exemple: Examen - systématique) sans detection de maladie.	527	8,5
Observations et soins du patient à risque	499	8,1
Observations et soins du patient sous traitement à risque.	387	6,3
Contraception Orale	296	4,8
Procédures médicales et chirurgicales sans indication de diagnostic.	255	4,1
Autres problèmes extérieur au patient.	196	3,2
Problèmes des soins médicaux, soin d'une personne malade	168	2,7
Problèmes de relation parents-enfants.	141	2,3
Problèmes maritiaux.	128	2,1
Autres problèmes individuels (exemple: demande d'IVG)	125	2,0
Autres problèmes relationnels concernant l'entourage familial	122	2,0
Soin prénatal donné à la future mère (ex:exa systématique)	105	1,7
Problèmes professionnels.	83	1,4
Soins post-natal donné à la mère ou au nouveau-né.	79	1,3

Autres problèmes d'adaptation sociale.	66	1,1
Autres problèmes non classifiables à l'intérieur de l'I.C.H.P.P.C .	57	0,9
Dispositif intra-utérin ("stériles").	57	0,9
Diagnostic de grossesse.	54	0,9
Contraception: conseils généraux.	35	0,6
Transfert du patient sans besoin d'examen ou d'interview.	33	0,5
Problèmes concernant les parents agés ou par alliance	33	0,5
Problèmes économiques.	31	0,5
Rupture familiale avec ou sans divorce.	29	0,47
Cuti-réaction à la tuberculine: lecture du résultat.	28	0,45
Problèmes de la solitude.	23	0,37
Problèmes légaux.	22	0,35
Inadaptation sociale	20	0,32
Problèmes de logement.	20	0,32
Problèmes éducatifs.	15	0,24
Contraception :prescription et conseils d'autres moyens que "stérilet" et "pilule" .	8	0,12
Contacts et porteurs (suspectés ou prouvés) de maladie Infectieuse ou parasitaire.	5	0,08
Stérilisation masculine ou féminine.	4	0,06
Grossesse hors mariage.	3	0,04

TOTAL	6169
-------	------

VI - LES PROCEDURES D'ORIENTATION ET DE CLASSEMENT DANS LE SYSTEME "SANTE-MALADIE"

Nous avons vu comment se sont réalisés, dans notre échantillon de patients suivis pendant quatre ans, les démarches diagnostiques d'orientation externe et de ré-orientation interne vers la médecine générale. Reste à étudier comment se réalise leur aboutissement à savoir la désignation d'une place statutaire dans le système *santé-maladie* d'où découleront les décisions thérapeutiques éventuelles ou de non traitement.

■ VI - 1 - LA QUESTION DES PROBLEMES MORBIDES "ACTIFS" ET DES PROBLEMES "SANS CONSTATATION PATHOLOGIQUE OU NOUVELLE CE JOUR".

Pour chaque problème qui leur était posé, les praticiens du groupe d'étude classaient d'abord la question qu'ils se posaient avant d'examiner le malade en problème nouveau, connu, ou médico-administratif. A l'issue des processus diagnostiques, ils les reclassaient soit en problèmes morbides soit en problèmes techniques, administratifs ou psychosociaux. Enfin, chaque problème était soit qualifié de symptôme, syndrome, tableau de maladie, diagnostic complet, c'est-à-dire de problème morbide actif, constaté ce jour là, soit de problème *sans aucune constatation pathologique ou constatation nouvelle ce jour.

Rappelons que notre travail n'est pas un relevé épidémiologique des morbidités où l'absence de constatation pathologique n'aurait pas eu sa place. Nous travaillons sur un relevé de tous les types de recours au médecin généraliste dont nous analysons les contenus, les séquences et les corrélations internes par rapport aux décisions d'orientation des malades. Dès lors la catégorie *sans constatation pathologique ou nouvelle* devient aussi importante que la catégorie des problèmes morbides actifs. Le tableau 24 donne cette répartition des problèmes pris en charge. On voit que 38 % des problèmes en monoprotémati- que et 46 % en polyprotémati- que relevaient de la catégorie *aucune constatation pathologique ni nouvelle*. Ainsi, pour 15 124 problèmes il s'agis- sait :

**REPARTITION DES PROBLEMES PRIS EN CHARGE
LORS DES SEANCES MONO ET POLY-PROBLEMATIQUES EN MEDECINE GENERALE
SELON QU'ILS SE CLASSENT EN TROUBLES MORBIDES ACTIFS
(SYMPTOME CARDINAL, SYNDROME, TABLEAU DE MALADIE, DIAGNOSTIC CERTIFIE)
OU BIEN EN TROUBLES MORBIDES COMPENSES
OU D'AUTRES PROBLEMES SANS CONSTATATION PATHOLOGIQUE CE JOUR**

CATEGORIE DE PROBLEMES NOMBRE DE PROBLEMES	SYMPTOME CARDINAL		SYNDROME		TABLEAU DE MALADIE		DIAGNOSTIC CERTIFIE		AUCUNE CONSTATATION-PATHOLOGIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SITUATION MONO-PROBLEMATIQUE	1 315	12,00	2 589	24,00	2 449	22,00	468	4,00	4 175	38,00	10 989
SITUATION POLY-PROBLEMATIQUE	3 890	16,00	4 665	20,00	3 527	15,00	598	3,00	10 949	46,00	23 629

TABLEAU 24

S. $p < 0,001$

- soit d'un sujet sain (ex: constat de guérison, vaccination);
- soit d'un problème n'exigeant pas d'examen physique (ex: problème familial);
- soit d'un trouble morbide chronique stabilisé ou compensé par le traitement (ex: HTA normalisée, disparition des manifestations cliniques d'une insuffisance coronarienne, d'une dépression nerveuse etc..).

Le tableau 25 montre, dans le cas des séances polyproblématiques, que la répartition des taux de problèmes en "actifs", selon leur quatre modalités et en "aucune constatation pathologique ce jour" est très régulière sur les quatre lignes des relevés successifs de problèmes pris en charge dans chaque séance. De plus, ces taux sont très proches de ceux constatés en monoproblématique. Ces modes de différenciation et de classification des problèmes lors de leur prise en charge sont donc des constantes de la démarche médicale dans l'échantillon observé.

□ VI - 1 - 1 - LES PROBLEMES MORBIDES ACTIFS.

Nous avons vu au tableau 24 que ces problèmes morbides actifs représentent en monoproblématique 62 % et en polyproblématique 54 % de tous les problèmes pris en charge. Le tableau 26 montre leur répartition selon qu'il s'agissait d'un symptôme cardinal, syndrome, tableau de maladie ou d'un diagnostic médical complet. On constate la faible part des diagnostics certifiés au jour de la rencontre médecin-malade: - 6,8 % en mono et 4,7 % en polyproblématique - et la part plus importante qui revient aux tableaux de maladie c'est-à-dire de situations où le diagnostic est de probabilité jugée suffisante sans avoir été entièrement confirmé ce jour là par tous les moyens de la science médicale - 35,9 % en mono et 27,8 % en polyproblématique.

Reste que les situations où on se retrouve, en fin d'examen, au niveau du signe cardinal isolé ou du syndrome représentent à elles deux plus de la moitié de toutes les situations lorsqu'un trouble morbide actif a été relevé. Il convient de dire ici clairement que du point de vue de la discrimination entre statut de santé et statut de maladie, les quatre situations que nous venons d'évoquer ont exactement la même valeur. Un symptôme cardinal peut ne survenir que lors d'un épisode bref et unique dans un contexte de pleine santé tel une céphalée par exemple ou au contraire, signifier l'existence d'une situation morbide "à vie" comme l'hypertension artérielle. De même un tableau de maladie ou un diagnostic certifié comme l'appendicite aiguë ou une fracture peuvent ne représenter qu'un épisode curable là où une insuffisance coronarienne, ou un diabète seront des états morbides "à vie". Mais dans tous les cas, la question du statut du problème par rapport à la maladie est posée dès lors qu'un sujet présente un trouble morbide au médecin et que celui-ci accepte de le prendre en charge.

**REPARTITION DES PROBLEMES PRIS EN CHARGE
LORS DES SEANCES POLY-PROBLEMATIQUES
SELON LEUR ORDRE DE RELEVES SUCCESSIFS ET SELON QU'ILS SE CLASSENT
EN PROBLEMES MORBIDES ACTIFS OU SANS CONSTATATION PATHOLOGIQUE CE JOUR**

	SYMPTOME CARDINAL		SYNDROME		TABLEAU DE MALADIE		DIAGNOSTIC CERTIFIE		AUCUNE CONSTATATION PATHOLOGIQUE		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1ère PATHOLOGIE LIGNE 1	1 242	13,90	1 904	21,30	1 532	17,20	244	2,70	4 005	44,90	8 927
2ème PATHOLOGIE LIGNE 2	1 647	18,50	1 804	20,20	1 243	13,90	243	2,70	3 975	44,60	8 912
3ème PATHOLOGIE LIGNE 3	749	18,50	692	17,10	532	13,20	74	1,8	1 994	49,30	4 041
4ème PATHOLOGIE LIGNE 4	252	14,60	265	15,30	220	12,70	37	2,10	955	55,20	1 729

TABLEAU 25

S p < 0,001

REPARTITION EN MONO-et POLYPROBLEMATIQUE DES PROBLEMES MORBIDES ACTIFS
 Selon qu'ils ont été Classés Comme:
 SYMPTÔME CARDINAL, SYNDROME, TABLEAU DE MALADIE, ou DIAGNOSTIC CERTIFIÉ.

Catégorie de Problèmes	SYMPTÔME CARDINAL		SYNDROME		TABLEAU de MALADIE		DIAGNOSTIC CERTIFIÉ		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	
MONO- PROBLEMATIQUE	1315	19,3	2589	38,0	2449	35,9	464	6,8	6817
POLY- PROBLEMATIQUE	3890	30,7	4665	36,8	3527	27,8	598	4,7	12680

S $p < 0,001$

TABLEAU 26

□ VI - 1 - 2 - LES PROBLEMES SANS CONSTATATION
PATHOLOGIQUE OU NOUVELLE FAITE CE JOUR.

Ont été ainsi qualifiés :

- les problèmes concernant les sujets sains;
- les problèmes pour lesquels les sujets n'ont pas été examinés;
- les problèmes déjà pris en charge pour lesquels rien de nouveau n'a été constaté.

Leur ensemble représente 15.124 problèmes soit 43,7 % de la totalité. Nous avons pu préciser de quoi il s'agissait pour les trois critères de codage.

Parmi les problèmes concernant les sujets **sains** figurent un grand nombre de ceux qui ont été codés par la classification supplémentaire de l'I.C.H.P.P.C. :

Immunisation, vaccination, desensibilisation	107
Education médicale et hygiène	82
Contraception orale	68
Lettre, certificat rendant inutile un supplément d'examen du patient	76
Examen médical sujet sain sans détection de maladie	96
Autres problèmes individuels	54
Problèmes maritiaux	28
Problèmes parent-enfant	27
Soins post-natal	20
Autres problèmes familiaux	19
Autres problèmes adaptation sociale	12
Cuti-réaction tuberculinique	10
Stérilet	11
Problèmes professionnels	9
Diagnostic de grossesse	10
Inadaptation sociale	9
Problèmes concernant parents âgés	5
Rupture familiale	4
Problème économique	3
Problème de logement	3
Problème éducatif	2
Problème de solitude	7

TOTAL 662

- Les problèmes pour lesquels les **sujets n'ont pas été examinés** : On y trouve par nature tous ceux qui ont été pris en charge hors visite à domicile et consultation au cabinet médical. Ce sont les modalités de contact par téléphone, lettre, visite à malade hospitalisé ou occasionnels. Il sont au nombre de 1500 en monoproblématique et 192 en polyproblématique.
- Les problèmes pour lesquels **rien de nouveau n'a été constaté** sont ceux que le médecin considère comme stabilisés, soit que les troubles morbides soient effacés par le traitement, soit qu'on soit arrivé au meilleur niveau possible d'atténuation stable, soit qu'on constate une guérison réelle. Nous appuyons cette hypothèse sur le fait que 68,5 % des problèmes codés sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour ont été classés aussi dans la catégorie des problèmes connus. On trouvera ci-après la liste des 20 troubles morbides les plus fréquents lors des suivis dans notre échantillon selon leur nombre dans la totalité des recours et dans la catégorie des "aucune constatation pathologique ou nouvelle".

Liste des 20 troubles morbides les plus fréquents lors des suivis en médecine générale

	<i>Nombre total des problèmes</i>	<i>Aucune constatation pathologique ou nouvelle</i>	
		<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Hypertension artérielle	3580	3392	94,8
Angor	986	903	91,6
Dépression nerv. réact.	804	517	64,3
Catarrhes des voies resp.	714	77	10,8
Artériosclérose généralisée	669	613	91,6
Nervosisme	617	371	60,1
Arthrose déformante	507	377	74,3
Diabète sucré	492	384	78,0
Insomnie	476	331	69,5
Insuffisance circulatoire	457	376	82,3
Faiblesse généralisée	440	135	30,7
Bronchite aiguë	436	152	34,9
Arthropathie periarthopathie	417	220	52,6
Constipation	389	231	59,4
Artérite des membres inf.	376	346	92,0
Cancer autre que peau, poumon, sein	375	261	69,6
Colite	371	209	56,3
Dépression nerveuse endogène	370	242	65,4
Névrose d'angoisse	370	209	56,5
Troubles polymorphes non organiques	366	146	39,9
	16509	9492	57,5

- On voit que pour la plupart de ces problèmes, il s'agit de situations chroniques pour lesquelles un "statu quo" satisfaisant a été trouvé dans un pourcentage des cas qui peut être très élevé (94,8 % dans l'hypertension artérielle, 91,6 % dans l'Angor). Le pourcentage de situation de "statu quo" baisse naturellement avec la baisse d'efficacité des traitements disponibles (56,3 % dans la colite, 56,5 % dans la

névrose d'angoisse, 39,9 % dans les troubles polymorphes non organiques) ou avec le caractère aigu et épisodique des affections codées (10,8 % dans le catarrhe des voies respiratoires) qui sont aussi les plus fréquentes parmi celles où une guérison peut être escomptée. Une autre forme de disparition des problèmes est la négation de leur nature morbide qui, elle aussi, sera légitimée par le codage en "pas de constatation pathologique ce jour".

□ **VI - 1 - 3 - LE ROLE DE LA REORIENTATION INTERNE
VERS LA MEDECINE GENERALE LORS DU
PROCESSUS DE CLASSEMENT
DANS LE SYSTEME SANTE- MALADIE.**

Nous avons vu la complexité du processus dialectique par lequel ont été déterminés, dans notre échantillon, les statuts des problèmes morbides actifs, compensés, guéris ou déclarés hors statut de maladie. Nous avons vu aussi que les taux de demandes de retour à délai programmé sont de 48,4 % des problèmes en monoprotblématique et de 65,4 % lorsque plusieurs problèmes sont l'objet d'une même séance.

Le rôle technique de l'acte médical apparaît ici déterminant d'abord par le choix du statut au jour de la prise en charge et ensuite par la décision de non retour ou de retour programmé qui peut en découler.

Nous avons cherché à voir s'il existe une corrélation entre le statut affecté au trouble morbide du point de vue de sa position diagnostique et la décision concernant un éventuel retour programmé.

Les tableaux 27 a, 27 b, 27 c, 27 d, 27 e, montrent, en situation polyprotblématique par exemple, comment se répartissent, selon les lignes de leur relevés spontanés, les quatre types des positions diagnostiques des problèmes actifs et les problèmes sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour, du point de vue des retours programmés qu'ils induisent. On constate d'une part une grande régularité des taux de retours programmés pour tous les problèmes d'un même type, et d'autre part que les taux de problèmes avec retours programmés dépassent tous 50 % des problèmes codés symptômes cardinaux et syndrômes, 60 % des tableaux de maladie et diagnostics certifiés et 70 % pour les problèmes sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour. Comme nous l'avons déjà illustré par la liste des problèmes concernés, il s'agit bien ici, la plupart du temps, de problèmes chroniques et connus nécessitant à la fois un bon contrôle de la situation par la thérapeutique et un suivi régulier.

**LES TAUX DE DEMANDES DE RETOURS PROGRAMMES POUR LES TROUBLES MORBIDES
EN SITUATION DE POLY-PROBLEMATIQUE SELON LEUR TYPE DE CLASSEMENT**

<u>SYMPTOMES CARDINAUX</u>			
<i>NOMBRE DE PROBLEMES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>RETOURS PROGRAMMES</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
LIGNE 1	1 242	722	58,10
LIGNE 2	1 647	822	49,90
LIGNE 3	749	418	55,80
LIGNE 4	252	126	50,00

TABLEAU 27 a

<u>SYNDROMES</u>			
<i>NOMBRES DE PROBLEMES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>RETOURS PROGRAMMES</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
LIGNE 1	1 904	1 077	56,60
LIGNE 2	1 804	1 029	57,00
LIGNE 3	692	384	55,50
LIGNE 4	265	154	58,10

TABLEAU 27 b

<u>TABLEAUX DE MALADIES</u>			
<i>NOMBRES DE PROBLEMES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>RETOURS PROGRAMMES</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
LIGNE 1	1 532	965	63,00
LIGNE 2	1 243	750	60,30
LIGNE 3	532	338	63,50
LIGNE 4	220	141	64,00

TABLEAU 27 c

**LES TAUX DE DEMANDES DE RETOURS PROGRAMME S
POUR LES TROUBLES MORBIDES EN SITUATION
DE POLY-PROBLEMATIQUE SELON LEUR TYPE DE CLASSEMENT**

<u>DIAGNOSTIC CERTIFIE</u>			
<i>NOMBRE DE PROBLEMES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>RETOURS PROGRAMMES</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
LIGNE 1	244	174	71,30
LIGNE 2	243	157	69,60
LIGNE 3	74	52	70,00
LIGNE 4	37	24	64,90

TABLEAU 27 d

<u>AUCUNE CONSTATION PATHOLOGIQUE</u>			
<i>NOMBRE DE PROBLEMES</i>	<i>TOTAL</i>	<i>RETOURS PROGRAMMES</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
LIGNE 1	4 005	3 048	76,10
LIGNE 2	2 951	2 721	91,50
LIGNE 3	1 994	1 442	72,30
LIGNE 4	955	720	75,40

TABLEAU 27e

En conclusion on voit par quelle dialectique entre problèmes morbides "actifs" et les diverses situations qualifiées de "pas de constatation pathologique ou pas de constatation nouvelle ce jour" le sujet qui consulte le médecin se voit proposer une place dans l'univers de sens qui est compris entre le terme santé et le terme maladie de la médecine traditionnelle. Cette place déterminera avec précision les risques évitables à court et à plus long terme. De la nature de ces risques découle l'étendue de l'espace de liberté où il restera, au médecin et au sujet qui consulte, à prendre en considération les problèmes socio-culturels et économiques et les besoins intimes, personnels, du sujet consultant ...et du médecin.

■ VI - 2 - LA QUESTION DE LA "MULTIPRATIQUE".

Nous avons vu que lors de leur suivi pendant quatre ans 68,8 % des 35037 problèmes de notre échantillon de 1299 patients ont été traités en situation de polyproblématique et ce à raison de 2,8 problèmes par séance en moyenne.

Soustraction faite des problèmes administratifs et psychosociaux sans rapport direct avec une pathologie, il s'agissait de 20.337 problèmes concernant des troubles morbides proprement dits. Bien qu'il s'agisse dans leur majorité de signes cardinaux, syndromes, tableaux de maladie en médecine générale qui, sous leur forme opératoire ne sont pas réellement répertoriés par la C.I.M.9, nous les avons regroupés à l'usage des lecteurs sous la désignation courante où les appareils ou fonctions dont il s'agit sont encore traditionnellement classés, en attendant la mise en place d'une classification plus pertinente pour la médecine générale.

Dés lors on s'aperçoit que, hormis les anomalies congénitales (Chapitre XIV), totalement absentes, tous les autres appareils et fonctions sont présents parmi les troubles morbides pris en charge par les 13 généralistes de nos 1299 patients de l'échantillon.

Mais prenons ici nos listes de problèmes traités classés par chapitres CIM: on constate que, s'il est vrai que les contingents des problèmes les plus nombreux touchent les maladies des appareils circulatoires, digestifs, locomoteurs et les fonctions endocriniennes, métaboliques et de la nutrition (soit 58,3 % des problèmes en polyproblématique, 54,6 % en monoprobématique) les situations plus rares ne sont pas non plus de fréquence négligeable.

Ainsi, les accidents de la grossesse et de l'accouchement se rencontrent 6 fois en polyproblématique et 22 fois en monoprobématique, les maladies du sang 71 et 20 fois, les tumeurs, 401 et 199 fois. Mais quand on considère les maladies mentales ce sont 2 194 problèmes en polyproblématique et 846 problèmes en monoprobématique qui ont été pris en charge ce qui représente plus de 10 % des problèmes dans ces deux situations.

A l'examen de ces listes on voit que, la différence des taux de problèmes

relatifs à tel ou tel appareil ou fonction entre les situations monoprobématiques et polyproblématiques n'a rien de "radical", il en est de même pour ce qui est des taux de problèmes nouveaux concernant chaque appareil qui restent élevés dans les deux situations.

On touche ici au très important problème du dépistage des maladies ou de leurs complications. Ainsi, les problèmes relatifs aux tumeurs étaient nouveaux 54 fois en polyproblématique et 53 fois en monoprobématique, ceux relatifs aux affections cardiovasculaires 515 et 196 fois, ceux relatifs aux troubles mentaux 670 et 275 fois.

On voit que la question de la multipratique reste au centre de la pratique généraliste aujourd'hui. Nous avons vu par quels moyens les généralistes de notre échantillon ont opéré les tris nécessaires pour définir le statut des problèmes dans le système santé-maladie.

Nous venons de voir à quel point la multi-pratique influe le dépistage des maladies et de leurs complications.

Deux chiffres résument ici la situation :

En monoprobématique 49,5 % des problèmes sont qualifiés de nouveaux mais en polyproblématique 30,9 % des problèmes ont aussi mérité ce qualificatif.

Pour illustrer l'ampleur des questions qui sont ainsi mises en lumière on trouvera ci-après, pour quelques appareils et fonctions selon la C.I.M., les nombres et taux des problèmes qui ont été pris en charge en situation polyproblématique sous la forme associée à l'appareil ou à la fonction relevée en premier lors de la séance. On simule ainsi la situation où se trouverait un médecin spécialiste d'organe ou d'appareil auquel le malade se serait adressé directement.

On constate que les problèmes concernant explicitement l'organe et l'appareil concerné par la spécialité représentent toujours moins de la moitié des problèmes qui ont dû être traités en situation polyproblématique.

L'examen de ces tableaux pose ici avec une extrême acuité le problème du dépistage et du traitement, en milieu spécialisé de ville, de problèmes ne relevant pas de la discipline concernée et de sa compétence. Pour mesurer l'importance de la question posée, rappelons que 68% des problèmes de notre échantillon de 1 299 patients ont été traités en situation polyproblématique et que parmi eux 32% étaient des problèmes nouveaux.

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : TROUBLES MENTAUX (Ch. V de la CIM 9)

Problèmes pris en charge

Nombre

%

Ligne 1 chapitre v		691	38
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre v		122	6,7
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.M. 9 associés			
IX	M. de l'APPAREIL DIGESTIF	130	7,1
I	M. INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	4	0,2
VII	M. de l'APPAREIL CIRCULATOIRE	239	13
X	M. des ORGANES GENITO-URINAIRES	82	4,5
XIII	M. du SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE	76	4,1
XVI	SYMPTOMES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	60	3,3
VIII	M. de l'APPAREIL RESPIRATOIRE	54	3
III	M. ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME	42	2,3
VI	M. de l'OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	38	2,1
XV	MORBIDITES PERI-NATALES	33	1,8
XII	M. de la PEAU et du TISSU SOUS-CUTANE	31	1,7
II	TUMEURS	20	1,1
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	19	1
IV	M. du SANG et des ORGANES HEMATOPOYETIQUES	5	0,3
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		176	9,8
TOTAL		1322	100

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE
 (chap. VII de la CIM 9)

Problèmes pris en charge		Nombre	%
Ligne 1 chapitre VII		2795	35
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre VII		1413	18
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.M. 9 associés			
I	M. INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	16	0
IX	M. de l'APPAREIL DIGESTIF	418	5
XIII	M. du SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE	621	8
V	TROUBLES MENTAUX	512	5
III	M. ENDOCRINIENNES; NUTRITION, METABOLISME	421	5
VIII	M. de l'APPAREIL RESPIRATOIRE	241	3
VI	M. de l'OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	191	2
X	M. des ORGANES GENITO-URINAIRES	187	2
XVI	SYMPTOMES, ETATS MORBIDES MAL CARACTERISES	146	2
XII	M. de la PEAU, du TISSU SOUS-CUTANE	141	2
XV	MORBIDITE PERI-NATALE	98	1
II	TUMEURS	92	1
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	68	1
IX	M. du SANG, des ORGANES HEMATOPOÏETIQUES	21	0
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		527	7
TOTAL		7908	

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
 (Chap. VIII de la CIN 9)

Problèmes pris en charge		Nombre	%
Ligne 1 chapitre VIII		838	38,7
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre VIII		79	3,7
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.M. 9 associés			
VII	M. de l'APPAREIL CIRCULATOIRE	337	15,5
IX	M. de l'APPAREIL DIGESTIF	110	5
I	M. INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	9	0,4
V	TROUBLES MENTAUX	154	7,1
XIII	M. du SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE	78	3,6
XVI	SYMPTOMES, ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	66	3
X	M. des ORGANES GENITO-URINAIRES	64	2,9
XII	M. de la PEAU et du TISSU SOUS-CUTANE	60	2,7
III	M. ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME	53	2,4
VI	M. OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	42	1,9
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	26	1,2
II	TUMEURS	15	0,7
XV	MORBIDITES PERI-NATALES	13	0,6
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		221	10,6
.TOTAL		2165	100

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
 (chap. IX de la CIM 9)

Problèmes pris en charge		Nombre	%
Ligne 1 chapitre IX		600	38
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre IX		107	6,8
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.M. 9 associés			
I	M. INFECTIEUSES et PARASITAIRES	9	0,6
VII	M. de l'APPAREIL CIRCULATOIRE	225	14,3
V	TROUBLES MENTAUX	98	6,2
XIII	M. du SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE	71	4,5
VIII	M. de l'APPAREIL RESPIRATOIRE	59	3,7
X	M. des ORGANES GENITO-URINAIRES	71	4,5
XVI	SYMPTOMES, ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	46	2,9
XII	M. de la PEAU et du TISSU SOUS-CUTANE	31	2
III	M. ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME	52	3,3
VI	OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	33	2,1
II	TUMEURS	22	1,4
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	9	0,6
XV	MORBIDITE PERI-NATALE	9	0,6
IV	M. du SANG, ORGANES HEMATOPOÏETIQUES	2	0,1
XI	COMPLICATIONS GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT	0	0
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		135	8,4
TOTAL		1579	100

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : MALADIES DES ORGANES
GENITAUX, URINAIRES (chap. X de la CIH 9)

Problèmes pris en charge		Nombre	%
Ligne 1 chapitre X		423	38,3
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre X		62	5,6
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.H. 9 associés			
I	M. INFECTIEUSES et PARASITAIRES	13	1,2
IX	M. de l'APPAREIL DIGESTIF	88	8
VII	M. de l'APPAREIL CIRCULATOIRE	104	9,4
V	TROUBLES MENTAUX	86	7,8
XIII	M. du SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE	61	5,5
XVI	SYMPTOMES et ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	30	2,7
III	M. ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME	29	2,6
VIII	M. de l'APPAREIL RESPIRATOIRE	28	2,5
XII	M. de la PEAU et du TISSU SOUS-CUTANE	24	2,2
XV	MORBIDITE PERI-NATALE	15	1,4
VI	M. de l'OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	14	1,3
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	11	1
IV	M. du SANG et des ORGANES HEMATOPOÏETIQUES	7	0,7
II	TUMEURS	5	0,5
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		104	9,4
TOTAL		1104	100

LES PROBLEMES ASSOCIES EN SITUATION POLYPROBLEMATIQUE
 LORSQU'EN PREMIERE LIGNE DES RELEVES APPARAIT UN
 PROBLEME RELATIF AUX : MALADIES DU SYSTEME OSTEO
 ARTICULAIRE. (Chap. XIII de la CIM 9).

Problèmes pris en charge		Nombre	%
Ligne 1 chapitre XIII		725	36,3
Ligne 2 à 4 : autre problème du même chapitre XIII		102	5,0
Ligne 2 à 4 : autres chapitres C.I.M. 9 associés			
VII	M. de l'APPAREIL CIRCULATOIRE	337	16,8
I	M. INFECTIEUSES et PARASITAIRES	4	0,2
IX	M. de l'APPAREIL DIGESTIF	94	4,7
V	TROUBLES MENTAUX	138	6,8
III	M. ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME.	71	3,4
X	M. des ORGANES GENITO-URINAIRES	64	3,1
VIII	M. de l'APPAREIL RESPIRATOIRE	59	2,9
XVI	SYMPTOMES, ETATS MORBIDES MAL DEFINIS	55	2,6
VI	OEIL, SYSTEME NERVEUX, OREILLE	46	2,2
XII	M. PEAU et TISSU SOUS-CUTANE	41	2,0
XV	MORBIDITES PERI-NATALES	24	1,1
II	TUMEURS	21	1
XVII	ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	17	0,8
IV	M. du SANG et des ORGANES HEMATOPOÏETIQUES	2	0,1
XV	COMPLICATIONS GROSSESSE, ACCOUCHEMENT	24	1,1
Classification supplémentaire I.C.H.P.P.C.		200	10
TOTAL		2001	100

Par delà ces problèmes de compétence, d'autres questions se lèvent aussi. On s'interroge d'une part sur le grand nombre de problèmes pris en charge en quatre ans seulement et d'autre part sur la distance qui sépare le foisonnement de procédures propres aux spécialités médicales actuelles des modalités modestes en appels aux soutiens spécialisés qui a caractérisé la prise en charge des problèmes et le suivi dans notre groupe d'étude.

Existe-t-il un secteur médical acceptable qui pourrait remplir la même fonction au prix des méthodes en cours dans les secteurs spécialisés de la médecine ? Quel serait l'effet d'un tel avènement sur le schéma corporel et le statut santé - maladie des populations traitées ? au prix de quelle exclusion en matière de santé publique et d'égalité sociale cette modification peut-elle être opérée ?.

CONCLUSION

A ce jour les travaux portant sur les décisions médicales les étudient telles qu'elles résultent des séances de médecins ou d'une séquence d'hospitalisation.

Or, en médecine générale 55 % seulement les séances traitent d'un seul problème alors que 45 % des séances sont consacrées à 2,8 problèmes en moyenne qui relèvent souvent d'entités morbides différentes. Aussi, avons nous choisi d'étudier les décisions médicales en fonction non des séances, mais du nombre et du type de problèmes traités. Il en résulte une vision de l'activité médicale généraliste qui est inattendue.

A l'issue d'une étude d'observation de quatre ans portant sur la pratique de 13 médecins généralistes, on constate que leurs décisions d'orientation présentent quatre caractéristiques liées aux problèmes dont ils assument la charge.

- 1/ Dans tous les cas les fréquences de soutiens demandés aux secteurs spécialisés restent modestes et leurs variations de faible amplitude quelle que soit la variable affectée au reclassement des problèmes inducteurs. 10 à 12 % des problèmes induisent des examens complémentaires, 5 % induisent des avis spécialisés et 0,70 à 1,7 % des hospitalisations.
- 2/ Les décisions de ré-orientation interne vers la médecine générale s'opposent point par point aux décisions d'orientation externe vers le secteur de la médecine spécialisée : elles ont des taux élevés de fréquence et sont fortement modulées par les variables attachées à la nature des problèmes inducteurs.

Ces décisions de ré-orientation interne vers la médecine générale ont été étudiées sous deux formes, les ré-orientations explicites et implicites.

Les ré-orientations internes explicites comportent deux modalités : les demandes de retour avec délai programmé et les mises en attente du traitement. Que les séances comportent un seul ou plusieurs problèmes, les taux de retours programmés sont élevés (respectivement 48,4 % et 65 %). Les délais courts (1 à 20 jours) sont majoritaires en situation monoprobématique, les délais plus longs en polyprobématique.

Mais d'autres variables régulent puissamment les taux et les intervalles des retours programmés. Ainsi les problèmes nouveaux induisent moitié moins de retours programmés que les problèmes connus (40 % contre 80 %), les problèmes médicaux administratifs ne demandent que 30 % de retours.

Le sexe féminin augmente légèrement le taux des retours programmés en situation polyprobématique sous l'effet du grand nombre de problèmes liés à

l'appareil génital féminin. L'âge intervient fortement et à trois niveaux : il accroît le taux global des retours programmés, cet accroissement est supérieur en situation polyproblématique et l'accroissement en âge des consultants réduit les délais programmés courts et très longs au profit des délais moyens proposés pour 21 à 60 jours. La chronicité et la connaissance antérieure qui en résulte agissent dans le même sens. Les mises en attente de traitement représentent 10 % du total des problèmes pris en charge, en mono et polyproblématique, avec, dans la moitié des cas un retour programmé.

Les ré-orientations internes implicites résultent d'une part des actions de prévention (19 % des séances en monoprobématique) et d'autre part des visées de soutien psychothérapeutique (53 % des séances monoprobématiques et 71 % des séances polyproblématiques).

Or, la gestion de toute prise en charge médicale implique toujours un choix important qui se situe entre l'usage du minimum utile et du maximum techniquement possible.

Dans notre échantillon, le choix réalisé fut celui d'un taux modeste d'appels aux soutiens des techniques de la médecine spécialisée et d'un taux plus conséquent de retours programmés (qu'il convient d'ailleurs de relativiser puisque nos 1299 patients ont, en moyenne, 3,9 rencontres annuelles avec leur médecin généraliste du groupe d'étude). L'examen des problèmes morbides pris en charge a montré la fine adaptation "à minima" de ces retours programmés et de leurs délais selon qu'on se trouve dans une situation ouverte ou fermée, et devant un épisode dont la guérison est escomptée ou signifie un état chronique à vie.

- 3/ On constate une large activité multipratique : 2/3 des séances comportent la prise en charge de problèmes situés dans des secteurs différents de la pathologie. Les listes que nous publions montrent que reclassées pour les besoins de l'étude, selon les organes et fonctions définis dans les 17 chapitres de la C.I.M. 9, seuls sont absents les problèmes relatifs aux anomalies congénitales. Tous les autres chapitres sont représentés.

En fin de compte, les procédures d'orientation résultent du classement des problèmes suivant plusieurs regroupements qui aboutissent à déterminer leur position dans le système santé-maladie.

Hormis les grandes urgences qui restent l'exception, les problèmes sont d'abord classés nouveaux, connus puis morbides ou médico-administratifs. Suit le classement en symptômes, syndromes ou tableaux de maladie de haute probabilité voire diagnostics entièrement confirmés et le choix des entités morbides concernées, puis le reclassement en problèmes morbides actifs ou sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour (sujets sains, états chroniques stabilisés au mieux possible).

- 4/ Une prise en charge de considérations relevant des normes psychosociales et intimes s'insère dans la séance sous l'aspect des actions préventives et des visées déclarées de soutien psychothérapeutique.

Ainsi, l'observation au long cours de ces pratiques généralistes a permis de voir par quelle arborisation de classements on a pu, pour chaque problème, déduire l'utilité et les possibilités de son approfondissement cognitif, les notions de risque évitable et la prise en considération des normes socio-culturelles et intimes des sujets malades. Du point de vue de ces aboutissements, les problèmes ont la même valeur. N'importe quel symptôme ou syndrome peut présenter autant, sinon plus, de risques évitables qu'un diagnostic confirmé ; les effets d'usure par l'âge, la pénibilité aiguë ou chronique accroissent le déclenchement de la demande de soins et son cortège d'angoisse nécessite également une prise en charge réelle sans laquelle la demande de soins perdure et s'exacerbe. On retrouve ici illustrée, une constatation, faite dès 1977 par Alain Letourmy dans ses travaux sur la "Pratique Médicale du Généraliste en Médecine Libérale de Cabinet" (C.E.R.E.B.E. 1977). "En médecine générale de ville le codage de la morbidité procède de la juxtaposition d'éléments savants et profanes qui sont issus indifféremment de l'examen clinique et des déclarations du malade". Il s'agit "de concessions nécessaires dans le cadre d'une relation marchande mais permettant aussi de prendre au sérieux les troubles déclarés, c'est à dire la demande elle-même, qu'elle exprime une attente de réparation et/ou d'aide psychologique". C'est là que réside selon Alain Letourmy, "la légitimité technique qui rend la médecine générale opérationnelle".

Du point de vue du mode de prise en charge par les décisions d'orientation, la pratique généraliste s'oppose point par point, à la procédure hospitalière. (Celle-ci est caractérisée par une mission d'approfondissement maximal possible d'une entité morbide déjà préselectionnée par le choix du service d'accueil.

Dans ce cadre l'observation clinique à court, moyen et long terme cède le pas à la mise en oeuvre d'un appel intense aux techniques spécialisées qui seront appliquées au cours d'une séquence temporelle unique mais dont la durée est sans commune mesure avec celle, très brève, qui préside à la séance de médecine générale. L'autonomie du sujet malade et la prise en considération de sa norme subjective sont réduites au minimum pour les besoins de fonctionnement des services et de la démarche objectivante des médecins.

La pratique généraliste agit, elle, dans un cadre où, devant chaque problème, la totalité du champ médical doit être d'abord évoqué.

Puis est précisée l'utilité mais aussi la possibilité médicale de l'approfondissement cognitif, compte tenu de l'état des sciences médicales du moment. Si le problème relève du mode de prise en charge généraliste, celle-ci se déroulera

sous le couvert prioritaire d'une surveillance clinique à court, moyen et long terme par une succession de séances brèves dont le rythme et les intervalles sont étroitement liés à la problématique. L'appel aux techniques de la médecine spécialisée est modeste mais comporte un taux constant corrélié au nombre de problèmes pris en charge, ce qui évoque l'existence d'un taux moyen utile, compte tenu du champ médical pris en charge par la médecine générale.

Enfin, l'autonomie complète des sujets malades par rapport aux propositions de surveillance clinique et aux prescriptions, implique -en médecine générale- une prise en compte attentive de leur norme socio-culturelle et intime.

Au vu de cette opposition dans les procédures on voit à quel point sont complémentaires les activités de la médecine hospitalière et celle de la médecine générale et combien différents sont les étapes dans l'évolution des maladies et plus généralement les besoins médicaux qui relèvent des deux institutions. Dès lors, notre étude ajoute une considération d'ordre gestionnaire et économique. Elle montre le rôle négatif de la seule référence aux conceptions hospitalo-universitaires et le rôle positif des procédures propres au médecin généraliste, qui lui permettent de relativiser chaque problème en fonction des autres problèmes présentés simultanément et en fonction de la personne qui le porte. Le généraliste est spontanément en position de dépistage et d'élément régulateur permettant le choix motivé entre le minimum utile et le maximum possible.

L'ensemble de ces constatations pose un problème de fond. Aujourd'hui, en médecine de ville, tout questionnement médical peut être présenté soit au secteur spécialisé d'accès direct. Dès lors, deux questions doivent, à leur tour, trouver réponse.

Existe-t'il un système médical qui puisse prendre en charge les 35000 problèmes posés en 4 ans par nos 1299 consultants avec les moyens qui ont cours dans les secteurs spécialisés de la médecine ? Quelles en seraient les conséquences sur le statut des consultants dans le système de santé-maladie et quel serait le coût de cet avènement ?

Au prix de quels abandons en matière de santé publique, de prise en charge des personnes âgées, d'égalité sociale devant la maladie, cet avènement, qui se déjà se profile, doit-il se solder ?

Ou, au contraire faut-il rendre à la médecine générale le rôle régulateur qui a permis, jusqu'à ce jour, la naissance même et le fondement du système médico-social ?

Pour répondre à ces questions simples, fut-ce à l'issue d'évaluations engagées après une compétition menées à armes égales, n'est-il pas convenable de corriger enfin l'in vraisemblable anomalie par laquelle la médecine générale de ville a été exclue, contrairement aux disciplines spécialisées, du plein statut

universitaire et donc, de recherche, d'enseignement et de perfectibilité dans ses fonctions propres, par l'effet d'un inachèvement, voire d'un détournement, de la réforme Debré des études médicales, vieille de trente ans ?

Peut-on espérer voir abolir cette tare de notre système médical qui paralyse une discipline sur laquelle repose, sur le plan médical, toute véritable régulation dans la distribution des soins ?

BIBLIOGRAPHIE

- AIACH. P, CEBE. D: Symptomatologie et Conduite de Maladie. 1982 I.N.S.E.R.M.
- ANDRAL. J: Une nouvelle Taxinomie en Médecine Générale.
Thèse de Doctorat en Médecine. 1987 Ed. S.F.M.G
- BENOIT. P: Inconscient et Thérapeutique Médicamenteuse.
Documents de Recherches Médecine Générale. 1985 Ed. S.F.M.G.
- BRAUN. R.N: Pratique, Critique et Enseignement de la Médecine Générale.
1979 Ed. Payot
- BRAUN. R.N: La Médecine Générale. Sa position, son rôle dans la médecine.
Documents de Recherches Médecine Générale n°7-8. 1983 Ed. S.F.M.G.
- BRAUN. R.N: Lehrbuch der Allgemein Medizin. Théorie-Fachsprache und Praxis.
1986 Ed. Kircheim Mainz.
- BRAUN. R.N: Wissenschaftliches arbeiten in Der Allgemein Medizin. 1988 Ed. Springer.
- C.R.E.D.E.S: Consommation Médicale et Etat de Santé des personnes âgées. Mai 1986
- HART. T.J: A New Kind of Doctor. 1988 London Merlin Press.
- LE FUR. Ph: Les décisions diagnostiques et thérapeutiques des médecins libéraux.
Echantillon National 1982-1983. 1986 C.R.E.D.E.S.
- LE FUR. Ph, SERMET. C: Clientèle, Morbidité, Prescriptions en Médecine Libérale.
Echantillon National 1982-1983. 1985 C.R.E.D.E.S.
- LETOURMY. A: Etude de la Pratique Médicale du Généraliste en Médecine Libérale de Cabinet.
- Rapport Descriptif 1977.
- Rapport Principal 1977. C.E.R.E.B.E.
- LETOURMY. A: Etude Socio-économique du Comportement du Médecin Généraliste de ville.
1979 C.E.R.E.B.E.
- LETOURMY. A: Pratiques et Mutations de la Médecine Générale Libérale en France.
1981 C.E.R.E.B.E.
- MIZRAHI. A, MIZRAHI. Arié, SANDERS: Socio-économie de la Santé. Présentation Graphique.
1982 Pergamon.
- ROSOWSKY. O: Une classification codée des résultats de séance en Médecine Générale.
Documents de Recherches Médecine Générale n°6. 1982 Ed. S.F.M.G.
- ROSOWSKY. O: L'inadaptation de la Classification Internationale aux faits observés en Médecine
Générale de ville. Peut-on y remédier? Revue du Praticien n°71. 09.10.1989
- ROSOWSKY. O: Le Résultat de Consultation selon R.N BRAUN. Qu'est-ce que c'est et Comment
cela fonctionne? Revue du Praticien n°72. 16.10.1989

- ROSOWSKY. O: Les Médecins Généralistes ne parlent pas le même langage. Conséquences, statistiques et nécessité de Réforme. Revue du Praticien n°73. 23.10.1989
- ROSOWSKY. O: Perception et Représentation de la Santé par le Médecin Généraliste. Colloque I.N.S.E.R.M. Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique. 1981
- STOECKLE. J.D, WHITE. A.G: Plain Pictures of Plain Doctoring M.I.T. Press Cambridge Massachussets. 1985
- SOURZAC. R: Recueil et Analyse Informatique de 2000 séances de Médecine Générale. Proposition pour une représentation tri-dimensionnelle du résultat de séance. 1988 Ed. S.F.M.G.
- VINCENT. B: Recherche Epidémiologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale. Documents de Recherches Médecine Générale n°10-11. 1983
- VINCENT. B: Recherche Epistémologique et Epidémiologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale. Les instruments de Recueil et de codage. S.F.M.G. Région Ouest-Nantes. Documents de Recherches Médecine Générale n°12-13. 1984
- VINCENT. B: Recherche Epidémiologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale. Rapport Introductif.
- LEMORT. J.P: Idem : Mise à plat des données, Exploitation Générale. Documents de Recherches Médecine Générale n°17. 1987
- VINCENT. B, ROSOWSKY. O: Les malades hypertendus dans 13 cabinets de Médecine Générale française. Fréquence et Modalité de prise en charge. Introduction à une étude épidémiologique de la maladie Hypertensive en Médecine Générale française. Documents de Recherches Médecine Générale n°19. 1986
- VINCENT. B, ROSOWSKY. O, et Coll.: Recherche épidémiologique et épistémologique sur la prise en charge du malade en Médecine Générale. Histoire de l'enquête, nos premiers résultats. Documents de Recherches Médecine Générale n°27. 1988
- WHITE. R.L: The Task of Medicine. Dialogue at Wic kenburg. The Henry J.Kaiser Family foundation. 1988 California.

LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

La plupart des informations disponibles sur les stratégies et tactiques de la décision médicale concernent l'activité hospitalière. Cette situation privilégiée résulte des activités de recherche et d'enseignement qui lui sont dévolues.

On connaît ainsi la répartition des problèmes médicaux pris en charge (que le secteur hospitalier ordonne selon la classification internationale des maladies.), les soins médicaux de tous types que ce secteur produit et les stratégies des choix diagnostiques et thérapeutiques qui forment la base de ses publications et de son enseignement.

Rien de tel n'existe pour la médecine de ville dont on déduit, sans vérification aucune, la nature des problèmes, des soins et des stratégies par analogie avec ceux qui ont cours dans le secteur hospitalier.

Nous avons voulu vérifier dans la situation française, le degré de validité de cette approche, pour ce qui concerne la médecine générale.

S'agissant d'un territoire peu exploré encore, et tenant compte des faibles moyens statutaires et matériels disponibles dans notre discipline, nous avons dû choisir la méthode de l'enquête d'observation. Cette forme de recherche permet de faire apparaître des phénomènes spécifiques propres à un échantillon restreint de praticiens. La signification générale de ces phénomènes reste bien entendu à préciser par des recherches ultérieures sur des échantillons plus représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes.

13 médecins généralistes, travaillant séparément en des lieux différents, sur le mode libéral pour la plupart, ont été sélectionnés sur le seul critère de leur aptitude à un travail de recherche important et contraignant pendant quatre années consécutives. 1 299 patients ont été tirés au sort à raison de 100 par médecin de façon à être représentatifs de l'ensemble de la clientèle de chacun d'eux.

En quatre ans ont eu lieu 19 916 contacts médecins-malades qui ont vu prendre en charge 35 037 problèmes. Dans un premier regroupement on a isolé les séances dites monoprobématiques où le médecin considérait qu'il prenait un seul problème en charge. Ce type de séance représente 55,2 % du total. Lors des autres séances, qualifiées de polyprobématiques, le médecin prenait en charge 2 problèmes dans 24 % de toutes les séances, 3 problèmes dans 11,5 % et 4 problèmes ou plus dans 8,8 % du total. Ainsi, 1 299 clients suivis pendant quatre années consécutives ont posé à leurs généralistes 10916 problèmes à raison d'un seul par contact médecin-malade et 24 048 problèmes à raison de 2,8 problèmes par contact en moyenne. Ces grandes différences entre le nombre de problèmes traités en une même séance incitent à étudier

les décisions d'orientation qui ont été prises non dans leur seule corrélation avec les séances mais dans leurs rapport directs avec les problèmes tels qu'ils ont été individualisés puis traités isolément ou à raison de plusieurs pris en charge dans la même séance.

De plus nous avons constaté, en termes de nombre de problèmes, une consommation plus élevée dans le sexe féminin et une très forte corrélation avec les tranches d'âge d'où les problèmes émanent. Ces deux variables induisent des particularités dans les types de problèmes médicaux pris en charge. C'est une raison supplémentaire pour prendre l'étude des problèmes selon leurs types comme base de ce travail sur les décisions d'orientation auxquelles ils sont liés en position mono et polyproblématique.

Dans l'état actuel de partage et de complémentarité entre les disciplines médicales, devant chaque problème pris en charge, tout médecin dispose de deux grands types d'orientations qui servent à la fois la démarche diagnostique, thérapeutique et le suivi. Ce sont les appels au soutien des disciplines médicales extérieures à la sienne d'une part, les ré-orientations internes vers sa propre discipline d'autre part. Lors de la prise en charge hospitalière, les deux types d'orientations jouent selon un déroulement continu lors de la succession de rencontres médecin-malade quasi-contiguës qui structurent techniquement un épisode de prise en charge hospitalière. L'examen de tout dossier de patient hospitalisé montre à quel point ces deux types d'orientations s'y multiplient en nombre et variété.

En médecine générale, du fait de la discontinuité des rencontres, il est possible de mieux distinguer le rôle de chaque séance dans les décisions d'orientations qui sont prises. On pourra additionner ensuite l'ensemble des séances attachées, à un épisode morbide, ou l'ensemble des séances motivées dans l'année par un état permanent, si la nécessité se fait jour d'une comparaison éventuelle avec l'activité hospitalière.

Pour circonscrire l'état de la question au point de vue généraliste nous avons donc isolé en premier lieu **les appels au soutien des autres disciplines médicales** sous leurs trois formes : les appels aux examens complémentaires, (analyses biologiques et examens radiologiques), les appels aux avis spécialisés (qui impliquent un avis thérapeutique du spécialiste) et les appels à l'hospitalisation.

En termes de problèmes inducteurs, les taux de ces trois types d'appels au secteur spécialisé se sont révélés modestes, de l'ordre de 10 % à 12 % des problèmes pour les examens complémentaires, 5 % pour les avis spécialisés, 0,7 % à 1,7 % pour les hospitalisations.

La prise en charge de plusieurs problèmes à la fois abaisse légèrement ces taux et, dans ce cas, l'ordre spontané de classement des problèmes par les 13 médecins se fait selon le taux décroissant des appels demandés au secteur spécialisé.

En second lieu nous avons considéré les décisions de **ré-orientation interne vers la médecine générale** sous deux formes : les ré-orientations explicites et les ré-orientations implicites.

Les ré-orientations explicites existent sous deux modalités : les demandes de retour avec délai programmé et les mises en attente sans traitement.

Dans tous les cas, en termes de problèmes inducteurs, on constate un fort taux de retours programmés. En monoproblématique 48,4 % des problèmes induisent ces retours. En polyproblématique ce taux monte à 65,4 % des problèmes et on assiste aussi, dans ce cas, à un glissement général vers des délais proposés longs au détriment des délais courts de 1 à 20 jours. Ceux-ci représentent plus de la moitié des retours programmés en monoproblématique et un quart seulement en polyproblématique. L'examen des retours proposés en polyproblématique montre une forte liaison de ces décisions à des problèmes bien individualisés et codés en sorte que plusieurs retours programmés pour des problèmes différents peuvent être proposés en polyproblématique dans une même séance. Ainsi on constate 15 158 retours programmés pour un total de 8 927 séances polyproblématiques.

Quant aux mises en attente sans traitement elles représentent 10 % des problèmes pris en charge seuls ou groupés dans une même séance. Or, parmi ces problèmes avec mises en attente, la moitié impliquent une demande de retour programmé. Ce taux, ainsi que ceux des différents délais proposés apparaissent quasiment fixes en termes de pourcentage des problèmes inducteurs quel que soit le mode de prise en charge isolé ou associé de ces problèmes.

Nous appelons implicites les retours qui résultent des actions de prévention et d'une relation psychothérapeutique lesquelles suggèrent, par nature, l'existence d'un suivi. Ici ce sont les séances, prises dans leur globalité, et non les problèmes pris individuellement, que les médecins ont qualifiés comme participant d'une action préventive ou psychothérapeutique. Ils ont marqué par là que ces actions s'adressent plus à la personne du consultant qu'à un problème morbide particulier.

Le taux des séances à action préventive primaire ou secondaire s'est révélé relativement peu élevé: 19,3 % en monoproblématique et 23,2 % en polyproblématique.

Par contre une action psychothérapeutique a été imputée à 52,9 % des séances monoproblématiques et 71,1 % des séances polyproblématiques, mais ces taux élevés sont peut-être à mettre au compte des 5 médecins sur les 13 du groupe d'étude qui avaient fait état une formation BALINT au début de l'enquête.

A ce stade du travail d'exploitation des données il convenait de rechercher le rôle éventuel des variables concernant la nature des problèmes pris en charge dans les taux induits des orientations externes et ré-orientations internes que nous venons de voir à l'oeuvre.

Pour ce qui est des **orientations externes** par appel au soutien des secteurs spécialisés, dans notre échantillon, il n'a été trouvé aucune variable modifiant fondamentalement les deux faits principaux qui ont été observés à savoir: le taux faible des problèmes induisant ces appels et leurs niveaux stables quel que soit le mode de regroupement des problèmes selon l'une ou l'autre des variables choisies.

Les différences constatées restent toutes de l'ordre de la nuance en termes de taux de problèmes inducteurs. Ainsi le sexe féminin voit légèrement se réduire les taux pour les examens complémentaires et avis spécialisés demandés par les généralistes de notre échantillon et augmenter le taux d'hospitalisations. Ce dernier augmente dans les deux sexes après 60 ans. La chronicité, au contraire, voit augmenter le taux d'examen complémentaires et baisser légèrement celui des avis spécialisés et hospitalisations.

Par rapport aux troubles morbides, la nature médico-administrative des problèmes réduit des deux tiers les taux des examens complémentaires mais induit la même fréquence d'appels aux avis spécialisés et hospitalisations.

Des écarts plus notable se produisent du point de vue des positions diagnostiques qualifiant les problèmes morbides. Comme on pouvait s'y attendre, les fréquences les plus faibles pour les trois types d'appels au secteur spécialisé sont induites par les problèmes classés *sans constatation pathologique ou nouvelle*. Les problèmes classés syndromes (ensemble de symptômes) sont ceux qui induisent le plus fréquemment les examens complémentaires et avis spécialisés. Il s'agit de situation à guérison spontanée escomptée ou restées ouvertes avec des risques évitables nécessitant un suivi plus serré.

Mais, dans tous les cas les fréquences de soutiens demandés aux secteurs spécialisés restent modestes et leurs variations de faible amplitude quelle que soit la variable affectée au reclassement des problèmes inducteurs.

Nous formulons l'hypothèse que c'est la "fonction problème" au sens de "situation par rapport à la norme anatomopathologique" qui reste le moteur principal des demandes de soutiens adressées au secteur spécialisé. Il s'agit là d'une constante qui comporte un minimum utile où se situe la médecine générale et un maximum possible qui relève de la médecine spécialisée.

Les décisions de réorientation interne vers la médecine générale s'opposent point par point aux décisions d'orientation externe vers le secteur de la médecine spécialisée : elles ont des taux élevés de fréquence et sont fortement modulées par les variables attachées à la nature des problèmes inducteurs.

Ainsi, nous avons vu que 10 % de tous les problèmes de notre échantillon comportent une mise en attente de traitement. La moitié de ce type de problèmes induit des demandes de retour programmé à des taux de délais quasi constants quelle que soit la situation mono ou polyproblématique. Cette haute fréquence de problèmes inducteurs de retours programmés se retrouve pour la totalité des problèmes pris en charge dans notre groupe d'étude : 48,4 % de tous les problèmes en situation monoproblématique et 65,4 % de tous les problèmes en situation polyproblématique. Les délais courts de 1 à 20 jours sont majoritaires en situation monoproblématique, les délais plus longs en polyproblématique.

Le sexe des consultants joue un rôle en augmentant légèrement le taux des retours programmés en situation polyproblématique. Nous avons montré que cette augmentation est étroitement liée à une grande fréquence de problèmes liés à l'appareil génital féminin.

L'âge des consultants apparaît comme un facteur extrêmement puissant d'augmentation du taux des problèmes inducteurs.

Il intervient à trois niveaux :

il accroît le taux global des retours programmés, cet accroissement est supérieur en situation polyproblématique et l'accroissement en âge des consultants réduit les délais programmés courts et très longs au profit des délais moyens de retours proposés pour 21 à 60 jours.

Une autre catégorie régle puissamment le taux des problèmes qui induisent des retours programmés. **Il s'agit du caractère nouveau ou connu ou encore médico-administratif** des problèmes pris en charge.

20 à 30 % des problèmes médico-administratifs, 40 % des problèmes nouveaux et 70 à 80 % des problèmes connus en mono et polyproblématique induisent des demandes de retour programmé avec, pour les problèmes morbides connus, un glissement global vers les délais longs au détriment des délais courts.

Quant au type des problèmes du point de vue des appareils ou fonctions concernés, tous les chapitres de la C.I.M., sauf ceux des Anomalies Congéni-

tales, des Complications de la grossesse ou de l'accouchement et des Maladies du Sang, sont représentés avec des taux de fréquence significatifs mais les taux cumulés des Maladies cardio-vasculaires, des Maladies de l'Appareil respiratoire, des Maladies mentales, des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de l'Appareil Locomoteur, qui ont les plus forts contingents de problèmes pris en charge ne représentent qu'un peu plus de la moitié des affections traitées.

Nous avons montré que les taux de classement par les médecins du groupe d'étude en problèmes nouveaux et connus pour chacun des chapitres de la C.I.M. restent d'importance analogue en situation mono et polyproblématique. Ces taux caractérisent l'activité des médecins de notre échantillon par rapport aux particularités des affections attachées à chacun de ces chapitres de la C.I.M. Or, les problèmes nouveaux induisent moitié moins de retours programmés et de délai plus court que les problèmes connus. C'est donc par le détour de ce classement en nouveau-connu que la nature anatomoclinique des troubles morbides a régulé les taux de retours programmés et leurs délais.

Rappelons qu'en médecine ambulatoire un problème connu illustre un retour réalisé du malade au médecin, c'est-à-dire un "accord de synthèse" sur la possibilité de traitement, le risque, la nécessité d'un contrôle ou d'un suivi pour un problème donné.

Il est maintenant possible de décrire comment les procédures d'orientation, dont nous venons de voir les modalités d'action, ont abouti, dans notre échantillon à **la question centrale de toute action médicale : le classement d'un problème dans le système santé-maladie.** Il s'agit d'une succession de regroupements par lesquels les problèmes sont d'abord classés "nouveaux", "connus" puis "morbides" ou "médico-administratifs". Suit le classement en symptômes, syndrômes, tableaux de maladie ou diagnostics confirmés puis leur reclassement en problèmes morbides actifs ou sans constatation pathologique ou nouvelle. Cette dernière catégorie regroupe les examens de sujets sains et les états chroniques arrivés au meilleur possible stade de compensation stable et possible.

Cette arborisation de classements aboutit à la possibilité de définir, pour chaque problème, sa position par rapport au couple santé / maladie (entendu comme corpus anatomoclinique de la médecine traditionnelle) et donc de déduire l'utilité et les possibilités de sa connaissance ainsi que celles relatives aux risques évitables et aux traitements disponibles. Il en découle le degré de liberté à prendre aussi en considération les normes socio-culturelles et les normes intimes des sujets consultants et de leurs médecins. Du point de vue de ces aboutissements, toutes les formes de classement préalables ont la même valeur : une Hypertension artérielle, signe cardinal et affection connue, a la même importance qu'un furoncle, diagnostic certifié et nouveau.

Le choix important se situe ici entre l'usage du minimum utile et du maximum techniquement possible.

Dans notre échantillon, le choix réalisé fut celui d'un taux modeste d'appels aux soutiens des techniques de la médecine spécialisée et d'un taux conséquent de retours programmés qu'il convient d'ailleurs de relativiser puisque nos 1 299 patients ont en moyenne 3,9 rencontres annuelles avec leur médecin généraliste du groupe d'étude. L'examen plus fin des problèmes morbides pris en charge a montré la fine adaptation "à minima" de ces retours programmés et de leurs délais selon qu'on se trouve dans une situation ouverte ou fermée, et devant un épisode dont la guérison est escomptée ou signifie un état chronique à vie.

Quant à la **multi-pratique**, elle s'est traduite dans notre échantillon de trois manières.

D'une part, deux tiers des problèmes ont été pris en charge dans une même séance dans des secteurs différents de la pathologie. Or, un tiers des problèmes dans ces séances polyproblématiques était nouveau. On voit quel rôle important la compétence multi-pratique joue dans la capacité de **dépistage des maladies**.

D'autre part, une même économie des moyens en techniques spécialisées a régné en mono et polyproblématique avec même une légère baisse des appels aux soutiens extérieurs en termes de problèmes inducteurs dans le cas des situations polyproblématiques.

Enfin, le taux des retours programmés est plus fort en situation polyproblématique parce qu'il augmente avec l'âge des patients comme augmente avec l'âge le caractère de plus en plus chronique et connu des problèmes traités.

Le choix radical que nous avons mentionné plus haut dans la fonction médicale est ici parfaitement illustré. Les généralistes du groupe d'étude ont refusé la multiplication de toutes les investigations, techniquement possibles, qui auraient augmenté de façon logarithmique en position polyproblématique et selon l'augmentation des tranches d'âge d'où les problèmes émanent.

Dans le même temps, ils ont créé les conditions d'une prise en charge régulière de la prévention, du dépistage et des situations non-curables ou d'usure dont le nombre croît avec l'âge de la population à traiter. Ces conditions ont impliqué l'établissement de ce que Michaël BALINT a appelé "une campagne d'investissement mutuel" par une régularité des retours et une relation médecin-malade adaptée.

A ce point de la présentation des faits, il convient de rappeler certains travaux antérieurs des sociologues français. Ainsi, dans une étude sur la symptomatologie et la conduite de maladie (I.N.S.E.R.M. 1982) P. Aiach et D.Cebe signalent que, dans un même échantillon de 230 personnes représentatives de la population générale, le nombre des symptômes morbides relevés par ces su-

jets sur 15 jours enquêtés consécutifs est multiple par 2,5, lorsque l'on compare leur relevé dans un livre journal tenu par les sujets eux-mêmes à ce qu'ils ont mémorisé sur le nombre des symptômes présentés par eux pendant les 15 jours qui ont précédé le premier interview accordé aux enquêteurs. Cependant, de facto, ces 230 personnes ont consulté un médecin un nombre égal de fois (33 et 34 fois) lors des deux périodes de quinze jours correspondantes. Cela représente 16 % des symptômes mémorisés et 6 % des symptômes repertoriés journallement dans les livres.

De même, nous apprenons que ces 230 personnes enquêtés estimaient que la moitié de leurs symptômes n'étaient pas en relation avec un trouble de santé proprement dit mais avec leur travail, les conditions climatiques, des excès ou des conflits.

Ainsi, les sujets consultants font un premier tri dans les symptômes et choisissent ceux qui vont induire une consultation médicale.

Surgit alors un concept très intéressant proposé par Alain Letourmy dans ses travaux sur la "Pratique Médicale du généraliste en médecine libérale de Cabinet" (Cerebe 1977). Il s'agit d'une connaissance et d'un contrôle profanes appartenant en propre aux sujets consultants.

A. Letourmy constate qu'en "médecine générale de ville le codage de la morbidité procède de la juxtaposition d'éléments savants et profanes qui sont issus indifféremment de l'examen clinique et des déclarations du malade". Il s'agit de "concessions nécessaires dans le cadre d'une relation marchande mais permettant aussi de prendre au sérieux les troubles déclarés, c'est-à-dire la demande elle-même qu'elle exprime une attente de réparation et/ou d'aide psychologique". C'est là que réside, selon A. Letourmy, la légitimité technique qui rend la médecine générale opérationnelle.

Du point de vue du corpus savant de la médecine, nous savons que n'importe quel symptôme ou syndrome peut présenter autant, sinon plus de risques évitables qu'un diagnostic confirmé. De plus, la part de l'âge dans le nombre croissant de problèmes posés et leur association montre bien que, à côté de la pénibilité des affections aiguës, la part qui relève de la pénibilité chronique et des effets d'usure par l'âge jouent un rôle déterminant dans le déclenchement de la demande de soins.

Cependant, la juste appréciation de la part due à l'angoisse, mais aussi la réelle prise en charge de celle-ci, sont nécessaires. Chaque problème doit être positionné dans la représentation que le consultant se fait de sa place dans le système santé-maladie. Il faut lui donner un juste éclairage qui tende à le rendre "vivable". On sait d'ailleurs qu'en l'absence de cette subtile dialectique, la demande de soins perdure et s'exacerbe à la mesure de sa prise en charge inadaptée par le médecin.

On voit le rôle négatif que peut jouer ici la seule référence aux conceptions

savantes issues du groupe professionnel qui caractérise la médecine hospitalo-universitaire.

On voit aussi le rôle positif que joue ici l'économie de moyens et l'appui pris sur l'observation de l'évolution clinique des événements ainsi que sur la compétence multipratique du généraliste qui permet de les sérier. A cela s'ajoute la connaissance particulière des comportements et des problèmes biographiques qui naît lorsqu'une relation personnalisée s'instaure dans le temps. Connaissance et connivence sont indispensables pour relativiser chaque problème en fonction de la personne qui le porte.

L'ensemble de ces constatations pose un problème de fond. Aujourd'hui, en médecine de ville, tout questionnement médical peut être présenté soit au **secteur généraliste de la multipratique** soit au **secteur spécialisé d'accès direct**. Dès lors, deux questions doivent à leur tour trouver réponse.

Existe-il un système médical qui puisse prendre en charge les 35 000 problèmes posés en quatre ans par nos 1 299 consultants avec les moyens qui ont cours dans les secteurs spécialisés de la médecine ?

Quels en seraient les conséquences sur le statut des consultants dans le système santé-maladie et quel serait le coût de cet avènement ?

Au prix de quels abandons en matière de santé publique, de prise en charge des personnes âgées, d'égalité sociale devant la maladie, cet avènement, qui déjà se profile, doit-il se solder ?

Ou, au contraire faut-il rendre à la médecine générale le rôle régulateur qui a permis, jusqu'à ce jour, la naissance même et le fondement du système médico-social ?

Pour répondre à ces questions simples, fut-ce à l'issue d'évaluations engagées après une compétition menées à armes égales, n'est-il pas convenable de corriger enfin l'in vraisemblable anomalie par laquelle la médecine générale de ville a été exclue, contrairement aux disciplines spécialisées, du plein statut universitaire et donc, de recherche, d'enseignement et de perfectibilité dans ses fonctions propres, par l'effet d'un inachèvement, voire d'un détournement, de la réforme Debré des études médicales vieille de trente ans ?

Peut-on espérer voir abolir enfin cette tare de notre système médical qui paralyse une discipline sur laquelle repose, sur le plan médical, toute véritable régulation dans la distribution des soins ?

RESUME

Les stratégies d'orientation en médecine générale selon qu'une séance est consacrée à un seul ou plusieurs problèmes à la fois.

Etude d'observation sur: 1299 patients représentatifs de 13 clientèles généralistes, quatre années consécutives de leur suivi en 19916 séances pour 35037 problèmes identifiés et classés.

A ce jour les travaux portant sur les décisions médicales les étudient telles qu'elles résultent des séances de médecins ou d'une séquence d'hospitalisation.

Or, en médecine générale 55 % seulement les séances traitent d'un seul problème alors que 45 % des séances sont consacrées à 2,8 problèmes en moyenne qui relèvent souvent d'entités morbides différentes. Aussi, avons nous choisi d'étudier les décisions médicales en fonction non des séances, mais du nombre et du type de problèmes traités. Il en résulte une vision de l'activité médicale généraliste qui est inattendue.

A l'issue d'une étude d'observation de quatre ans portant sur la pratique de 13 médecins généralistes, on constate que leurs décisions d'orientation présentent quatre caractéristiques liées aux problèmes dont ils assument la charge.

1*/ Dans tous les cas les fréquences de soutiens demandés aux secteurs spécialisés restent modestes et leurs variations de faible amplitude quelle que soit la variable affectée au reclassement des problèmes inducteurs. 10 à 12 % des problèmes induisent des examens complémentaires, 5 % induisent des avis spécialisés et 0,70 à 1,7 % des hospitalisations.

2*/ Les décisions de ré-orientation interne vers la médecine générale s'opposent point par point aux décisions d'orientation externe vers le secteur de la médecine spécialisée : elles ont des taux élevés de fréquence et sont fortement modulées par les variables attachées à la nature des problèmes inducteurs.

Ces décisions de ré-orientation interne vers la médecine générale ont été étudiées sous deux formes, les ré-orientations explicites et implicites.

Les ré-orientations internes explicites comportent deux modalités : les demandes de retour avec délai programmé et les mises en attente du traitement.

Que les séances comportent un seul ou plusieurs problèmes, les taux de retours programmés sont élevés (respectivement 48,4 % et 65 %). Les délais courts (1 à 20 jours) sont majoritaires en situation monoproblématique, les délais plus longs en polyproblématique.

Mais d'autres variables régulent puissamment les taux et les intervalles des retours programmés. Ainsi les problèmes nouveaux induisent moitié moins de retours programmés que les problèmes connus (40 % contre 80 %), les problèmes médicaux administratifs ne demandent que 30 % de retours.

Le sexe féminin augmente légèrement le taux des retours programmés en situation polyproblématique sous l'effet du grand nombre de problèmes liés à l'appareil génital féminin. L'âge intervient fortement et à trois niveaux : il accroît le taux global des retours programmés, cet accroissement est supérieur en situation polyproblématique et l'accroissement en âge des consultants réduit les délais programmés courts et très longs au profit des délais moyens proposés pour 21 à 60 jours. La chronicité et la connaissance antérieure qui en résulte agissent dans le même sens. Les mises en attente de traitement représentent 10 % du total des problèmes pris en charge, en mono et polyproblématique, avec, dans la moitié des cas un retour programmé.

Les ré-orientations internes implicites résultent d'une part des actions de prévention (19 % des séances en monoproblématique) et d'autre part des visées de soutien psychothérapeutique (53 % des séances monoproblématiques et 71 % des séances polyproblématiques).

Or, la gestion de toute prise en charge médicale implique toujours un choix important qui se situe entre l'usage du minimum utile et du maximum techniquement possible.

Dans notre échantillon, le choix réalisé fut celui d'un taux modeste d'appels aux soutiens des techniques de la médecine spécialisée et d'un taux plus conséquent de retours programmés (qu'il convient d'ailleurs de relativiser puisque nos 1299 patients ont, en moyenne, 3,9 rencontres annuelles avec leur médecin généraliste du groupe d'étude). L'examen des problèmes morbides pris en charge a montré la fine adaptation "à minima" de ces retours programmés et de leurs délais selon qu'on se trouve dans une situation ouverte ou fermée, et devant un épisode dont la guérison est escomptée ou signifie un état chronique à vie.

3*/ On constate une large activité multipratique : 2/3 des séances comportent la prise en charge de problèmes situés dans des secteurs différents de la pathologie. Les listes que nous publions montrent que reclassées pour les besoins de l'étude, selon les organes et fonctions définis dans les 17 chapitres de la C.I.M. 9, seuls sont absents les

problèmes relatifs aux anomalies congénitales. Tous les autres chapitres sont représentés. Il en résulte une situation spécialement favorable aux activités de dépistage.

En fin de compte, les procédures d'orientation résultent du classement des problèmes suivant plusieurs regroupements qui aboutissent à déterminer leur position dans le système santé-maladie.

Hormis les grandes urgences qui restent l'exception, les problèmes sont d'abord classés nouveaux, connus puis morbides ou médico-administratifs. Suit le classement en symptômes, syndromes ou tableaux de maladie de haute probabilité voire diagnostics entièrement confirmés et le choix des entités morbides concernées, puis le reclassement en problèmes morbides actifs ou sans constatation pathologique ou nouvelle ce jour (sujets sains, états chroniques stabilisés au mieux possible).

4°/ Une prise en charge de considérations relevant des normes psychosociales et intimes s'insère dans la séance sous l'aspect des actions préventives et des visées déclarées de soutien psychothérapeutique.

Ainsi, l'observation au long cours de ces pratiques généralistes a permis de voir par quelle arborisation de classements on a pu, pour chaque problème, déduire l'utilité et les possibilités de son approfondissement cognitif, les notions de risque évitable et la prise en considération des normes socio-culturelles et intimes des sujets malades. Du point de vue de ces aboutissements, les problèmes ont la même valeur. N'importe quel symptôme ou syndrome peut présenter autant, sinon plus, de risques évitables qu'un diagnostic confirmé ; les effets d'usure par l'âge, la pénibilité aiguë ou chronique accroissent le déclenchement de la demande de soins et son cortège d'angoisse nécessite également une prise en charge réelle sans laquelle la demande de soins perdure et s'exacerbe. On retrouve ici illustrée, une constatation, faite dès 1977 par Alain Letourmy dans ses travaux sur la "Pratique Médicale du Généraliste en Médecine Libérale de Cabinet" (C.E.R.E.B.E. 1977). "En médecine générale de ville le codage de la morbidité procède de la juxtaposition d'éléments savants et profanes qui sont issus indifféremment de l'examen clinique et des déclarations du malade". Il s'agit "de concessions nécessaires dans le cadre d'une relation marchande mais permettant aussi de prendre au sérieux les troubles déclarés, c'est à dire la demande elle-même, qu'elle exprime une attente de réparation et/ou d'aide psychologique". C'est là que réside selon Alain Letourmy, "la légitimité technique qui rend la médecine générale opérationnelle".

Du point de vue du mode de prise en charge par les décisions d'orientation, la pratique généraliste s'oppose point par point, à la procédure hospitalière. (Celle-ci est caractérisée par une mission d'approfondissement maximal possible d'une entité morbide déjà préselectionnée par le choix du service d'accueil.

Dans ce cadre l'observation clinique à court, moyen et long terme cède le pas à la mise en oeuvre d'un appel intense aux

techniques spécialisées qui seront appliquées au cours d'une séquence temporelle unique mais dont la durée est sans commune mesure avec celle, très brève, qui préside à la séance de médecine générale. L'autonomie du sujet malade et la prise en considération de sa norme subjective sont réduites au minimum pour les besoins de fonctionnement des services et de la démarche objectivante des médecins.

La pratique généraliste agit, elle, dans un cadre où, devant chaque problème, la totalité du champ médical doit être d'abord évoqué.

Puis est précisée l'utilité mais aussi la possibilité médicale de l'approfondissement cognitif, compte tenu de l'état des sciences médicales du moment. Si le problème relève du mode de prise en charge généraliste, celle-ci se déroulera sous le couvert prioritaire d'une surveillance clinique à court, moyen et long terme par une succession de séances brèves dont le rythme et les intervalles sont étroitement liés à la problématique. L'appel aux techniques de la médecine spécialisée est modeste mais comporte un taux constant corrélié au nombre de problèmes pris en charge, ce qui évoque l'existence d'un taux moyen utile, compte tenu du champ médical pris en charge par la médecine générale.

Enfin, l'autonomie complète des sujets malades par rapport aux propositions de surveillance clinique et aux prescriptions, implique -en médecine générale- une prise en compte attentive de leur norme socio-culturelle et intime.

Au vu de cette opposition dans les procédures on voit à quel point sont complémentaires les activités de la médecine hospitalière et celle de la médecine générale et combien différents sont les étapes dans l'évolution des maladies et plus généralement les besoins médicaux qui relèvent des deux institutions. Dès lors, notre étude ajoute une considération d'ordre gestionnaire et économique. Elle montre le rôle négatif de la seule référence aux conceptions hospitalo-universitaires et le rôle positif des procédures propres au médecin généraliste, qui lui permettent de relativiser chaque problème en fonction des autres problèmes présentés simultanément et en fonction de la personne qui le porte. Le généraliste est spontanément en position de dépistage et d'élément régulateur permettant le choix motivé entre le minimum utile et le maximum possible.

L'ensemble de ces constatations pose un problème de fond. Aujourd'hui, en médecine de ville, tout questionnement médical peut être présenté soit au secteur spécialisé d'accès direct. Dès lors, deux questions doivent, à leur tour, trouver réponse.

Existe-t'il un système médical qui puisse prendre en charge les 35000 problèmes posés en 4 ans par nos 1299 consultants avec les moyens qui ont cours dans les secteurs spécialisés de la médecine ? Quelles en seraient les conséquences sur le statut des consultants dans le système de santé-maladie et quel serait le coût de cet avènement ?

Au prix de quels abandons en matière de santé publique, de prise en charge des personnes âgées, d'égalité sociale devant la maladie, cet avènement, qui se déjà se profile, doit-t'il se solder ?

Ou, au contraire faut-t'il rendre à la médecine générale le rôle régulateur qui a permis, jusqu'à ce jour, la naissance même et le fondement du système médico-social ?
Pour répondre à ces questions simples, fut-ce à l'issue d'évaluations engagées après une compétition menées à armes égales, n'est-il pas convenable de corriger enfin l'in vraisemblable anomalie par laquelle la médecine générale de ville a été exclue, contrairement aux disciplines spécialisées, du plein statut universitaire et donc, de recherche, d'enseignement et de perfectibilité dans ses fonctions propres, par l'effet d'un inachèvement, voire d'un détournement, de la réforme Debré des études médicales, vieille de trente ans ?
Peut-on espérer voir abolir cette tare de notre système médical qui paralyse une discipline sur laquelle repose, sur le plan médical, toute véritable régulation dans la distribution des soins ?

ROSOWSKY. O
VINCENT. B

SUMMARY

Orientation decisions in general practice, are influenced by whether a consultation involves one or more than one problem at a time.

A four-year observation study on 1,299 patients representative of 13 general practices, followed in 19,916 consultations in which 35,037 problems were identified and classified.

Previous work has studied medical decision-making as it results from consultations or periods of hospitalization.

In general practice, only 55% of the consultations involve a single problem, whereas 45% are devoted to an average of 2.8 problems which in many cases include a variety of morbidities.

It was therefore decided to study medical decision-making in terms not of the consultation itself, but rather in terms of the number and type of problem(s) involved. The result was a new and unexpected view of general practice.

During a four-year observation study involving the practices of 13 general practitioners, four significant characteristics emerged with respect to the problems encountered:

1/ In all cases, the frequency of referral to the specialized sector remained low, with little variance within each category, whether the problems were related to sex, age or other variables. Thus, 10 - 12% of the problems for which the patients consulted necessitated referral for further tests, 5% the opinion of a specialist, and 0.7% to 1.7% hospitalization.

2/ "Internal orientation" decisions, i.e. return visits to the general practitioner, differed point by point from "external orientation" ones (referrals outside of the sphere of general practice), that is to say, they were considerably more frequent, and the decisions made were influenced by variables connected with the problems presented by the patient.

For the purposes of the study, internal orientation was classified as either "explicit" or "implicit", and the category of explicit internal orientation was further subdivided into: "scheduled return visits" and "deferred treatment".

Whether a consultation involved one problem or more than one, the rate of return visits was high (48.4% and 65%, respectively). In single problem situations, the intervals between consultations were generally short (1 to 20 days) in contrast to multiple-problem ones where longer intervals were predominant.

But other variables also strongly influenced both the rates of return and the time intervals involved. For example, return visits were only half as frequent for new problems as for old ones (40% versus 80%), and consultations dealing with administrative procedures, social, marital and family problems engendered a return rate of only 30%. Women had slightly higher return rates in multiple problem situations due to the large number of problems involving the genital organs. Patient age was also significant at three different levels: older patients had a higher overall rate of return. This rate further increased in multi-problem situations. Finally, very short or very long intervals between visits were less common for older people, who tended to return to their GPs at medium-length intervals of 21 to 60 days. The same held true for patients with chronic complaints whose illnesses were well known to their GPs.

Deferred treatment represented 10% of all cases treated, whether it was for single or multiple problems. In half of these cases, a return visit was scheduled.

Implicit return visit decisions were connected either with preventive action (19% of the one-problem sessions and 23% of the multiple-problem ones), or with psychological assistance (53% of the one-problem consultations versus 71% of the multiple-problem ones).

Managing any request for medical attention invariably implies an important choice between dispensing "a useful minimum" and resorting to the "maximum that is technologically possible".

In the sample observed, this resulted in a low rate of referrals to the specialized sector, and a much higher rate of return visits, although this latter statistic should be relativized, as the 1,299 patients had an average of 3.9 visits per year to the GPs in our study group. An examination of the morbid problems handled shows an optimum allocation of medical resources in terms of scheduled returns and their intervals according to whether the situation encountered was "closed" or "open", and whether the problem was considered to be curable or a lifelong chronic condition.

3*/ A predominance of multi-complaint situations was found: 2/3 of the sessions involved problems belonging to differing pathological sectors. The lists we are publishing show that, reclassified for the purposes of the study according to the organs and functions defined in the 17 sections of the I.C.D. 9, only the congenital anomalies are missing. All other sections are represented. This approach is particularly favorable to early detection.

The orientation procedure results, in effect, from the classification of a problem with respect to a variety of criteria to position it within the available health care system.

Apart from emergencies, which were the exception, the problems encountered were first classified as new, known, then morbid or medico-administrative. Next came classification into syndromes or pictures of disease of high probability, or even fully-confirmed diagnoses and identification of the morbidities involved. This was followed by reclassification into ongoing problems, or problems not involving any pathology or new developments on that visit (healthy subjects, well-stabilized chronic conditions).

4*/ Personal, social and psychological considerations enter into the consultation in the form of preventive action and psychological support.

Observing general practices over a long period of time made it possible to see what succession of classification procedures had enabled the doctor to decide just how far to pursue his/her investigations, and how much further knowledge was necessary. This included the notion of avoidable risk and took into account the socio-cultural environment and personal situation of each patient. From the standpoint of results, all problems have the same value. Any one symptom or syndrome may present as many, if not more, avoidable risks as a fully-confirmed diagnosis. Aging, chronic and/or acute distress exacerbate a patient's need, and anxiety generated by these conditions requires timely concrete assistance without which the demand for health care only increases.

Relevant in this context is an observation made as early as 1977 by Alain Letourmy in his work "Pratique Médicale du Généraliste en Médecine Libérale de Cabinet" - C.E.R.E.B.E. 1977. "In general practice, the codification of morbidity proceeds from the juxtaposition of scientific and non-scientific elements resulting from the clinical examination and from the patient's statements alike." These are "concessions which are necessary in the context of any business negotiation, but which also allow to take the complaints voiced by the patient seriously, whether they express an expectation of cure and/or psychological assistance. Herein lies, according to Alain Letourmy, "the technological legitimacy which makes general practice operational."

In terms of its approach to health care, general practice is diametrically opposed to hospital medicine. The latter's mission is to investigate as thoroughly as possible the morbid condition already pre-selected by the very choice of a hospital service. Short, medium and long-term clinical observation is replaced by intensive use of specialized technology applied in the course of a single session, the duration of which is infinitely longer than the usually brief GP consultation.

In hospital medicine, the autonomy of the patient and consideration of his/her subjective needs are minimized in favor of the operating requirements of a hospital service and the objectivized approach of its doctors. In contrast, in general practice the full medical spectrum must be first considered before any single problem can be treated.

Only then will the utility, but also the technological feasibility of further investigation be broached. If the problem falls within the sphere of general practice, it will be treated preferably by means of short, medium or long-term clinical monitoring, in a succession of short sessions at intervals and in number appropriate to the problem or problems involved. Recourse to the technology of specialized medicine will be limited, but involve a constant rate correlated with the number of problems to be treated. This brings up the notion of the existence of a useful average rate, taking into account the sphere of responsibility of the general practitioner.

Finally, the complete autonomy of patients with respect to proposals of clinical monitoring and prescriptions implies, in general practice, respect for the personal and socio-cultural norms of each individual.

Considering these important differences in procedure, it is evident to what extent hospital medicine and general practice complement each other, and how different the demands made on each are, over the course of an illness.

At this point our study adds the notion of both economics and good health management. It demonstrates the detrimental effect of exclusive reliance on hospital/university conceptions and the benefits of procedures specific to general practice which allow to relativize each problem with respect to the other problems occurring simultaneously and in relation to the person who has them. By the very nature of his function the generalist is in a position to detect an illness, regulate and screen, effecting a motivated choice between the useful minimum and the maximum technologically possible.

Despite this, in private practice today, any medical problem may be addressed either to the generalist or directly to the specialist sector. We must therefore ask ourselves these fundamental questions: Does a medical system exist which is capable of taking charge of the 35,000 problems encountered over a four-year period in our 1,299 patients with the means commonly deployed in specialized medicine? What would be the consequences of such an approach on the status of patients in a health care system and what would be the cost of this type of development? What would be the toll on public health, on the aged, or the effect on social equality in the face of disease, if such a development - which is already in progress - were to continue.

Or, on the contrary, should not general practice be given back its regulatory role which was and has been the very basis for the establishment and functioning of our health care system?

To answer these simple questions, issuing from the completion of a research program carried out on equal terms, is it not fitting to rectify once and for all this incredible anomaly by which general practice, unlike the specialized disciplines, has been excluded from university status and denied the possibility of performing research, teaching and perfecting its own function, due to the incompleteness, even perversion of the Debré reform of medical studies some thirty years ago?

Can we ever hope to see abolished this stigma on our medical system which is paralyzing a discipline on which all true regulation in the distribution of health care relies.

ROBERT N. BRAUN
MÉDECIN GÉNÉRALISTE

**PRATIQUE,
CRITIQUE
ET
ENSEIGNEMENT
DE LA
*MÉDECINE
GÉNÉRALE***

OUVRAGE PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

PAYOT

Pour toute commande chez votre libraire, indiquer la référence 902.414. En cas de réponse négative, passer directement commande à la S.F.M.G. en joignant un chèque de 195 Frs.

PRATIQUE, CRITIQUE ET ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Une observation méthodique de sa propre pratique de généraliste pendant vingt-cinq ans, des milliers de cas relevés au cours de périodes allant de quelques jours à cinq ans, classés et présentés au lecteur, voilà le matériel sur lequel R.N. Braun s'appuie pour décrire tous les aspects de la pratique d'un médecin généraliste : le trouble de santé, l'urgent et le non urgent, le caractéristique et ce qui ne l'est pas, la collaboration avec les spécialistes, la thérapeutique, le pronostic, l'activité préventive, la mort. S'inspirant à la fois de la sociologie et de la médecine traditionnelle, R.N. Braun s'interroge sur « l'être de la médecine générale et sur les fictions qui sous-tendent actuellement la fonction médicale », fiction du diagnostic complet et fiction optimisante d'un savoir médical et médico-social qui serait apte à réduire pleinement les effets de la maladie et de la mort.

La visée de cet ouvrage est double. D'une part, il constitue un manuel pratique de la médecine générale, sans doute le seul, jusqu'à ce jour, aussi complet, à l'usage des enseignants, des praticiens et des étudiants. D'autre part, il ouvre sur un champ de recherche en médecine générale du fait que certaines affirmations demandent à être développées, nuancées et consolidées.

Mais le généraliste, bien qu'interlocuteur privilégié, n'est pas le seul destinataire de ce livre. L'auteur interpelle tous ceux dont les zones d'activité interfèrent avec celle de la médecine générale. Hospitaliers, spécialistes, sociologues et économistes sont sollicités à réfléchir sur cette documentation extrêmement riche et précise et les analyses qu'elle suscite.

ÉDITIONS PAYOT
106, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

97 090040042 - PARIS - 1988

UNIVERSITÉ DE PARIS - SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE

PARIS - SUD

ANNÉE 1987

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

Présentée et Soutenue publiquement le

5.3.1987

PAR

Monsieur Jérôme ANDRAL

Né le 26 mai 1958 à Suresnes

TITRE :

1983 : UNE NOUVELLE TAXINOMIE EN MEDECINE GENERALE
(Apparition d'un instrument défini, pertinent et performant de
recueil de données observables en médecine générale. Situation
en France et dans le monde).

Directeur de Thèse : Docteur O. ROSOWSKI
Président de Thèse : Professeur J.C. HENRARD

Ces thèses sont disponibles à la S.F.M.G. au prix unitaire
de 50 Frs.

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1987

RECUEIL ET ANALYSE INFORMATIQUES DE 2000 SEANCES
DE MEDECINE GENERALE. PROPOSITION POUR UNE REPRESENTATION
TRI-DIMENSIONNELLE DU RESULTAT DE SEANCE.

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 1987

PAR

ROBERT SOURZAC

né le 14 Mai 1956 à BRIVE

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LIOZON
Monsieur le Professeur BOULESTEIX
Monsieur le Professeur GASTINNE
Monsieur le Professeur VANDROUX
Monsieur le Professeur PENICAUT
Monsieur le Docteur VERY, directeur de thèse

- Président
- Juge
- Juge
- Juge
- Membre invité
- Membre invité

société
française
médecine
générale

ECONOMIE DE LA SANTE A.T. 56
Contrat passé entre la C.N.A.M.T.S.,
L'I.N.S.E.R.M. et le Docteur ROSOWSKY Oscar,
le 22.12.1976 .Avenant le 29.8.1977

" RECHERCHES EPISTEMOLOGIQUES SUR LES CONDITIONS SPECIFIQUES
DE LA RECHERCHE EN MEDECINE PRATICIENNE - CORPUS : TROIS
RECHERCHES EN COURS DANS DEUX SOCIETES SAVANTES A
L'INITIATIVE DE MEDECINS PRATICIENS "

par :

O .ROSOWSKY
médecin généraliste,
et
J.M. ABRAMOWITCH
sociologue

Equipe ayant participé à la rédaction du rapport :

Mme J. AKOUN-CORNET (généraliste), J. de COULIBOEUF (généraliste),
Mme M. DIGE-HESS (sociologue), J. GOEDERT (généraliste),
D. LAMOTTE (sociologue), M. NICOLLE (généraliste),
D. POIVET (psychiatre-psychanalyste), G. VERY (généraliste).

Rapport (243 pages) disponible au siège
de la S.F.M.G. au prix de :
100 Frs + frais d'envoi 23 Frs

ADHESION à la S.F.M.G.

Le Dr : (cachet)

tél :

Déclare adhérer à la Société Française de Médecine Générale et verse, ci-joint, sa cotisation pour 19.., soit :

- Membre associé..... 600 Frs
- Membre titulaire.....1.200 Frs
- 1ère année d'installation.....300 Frs
- Etudiant.....100 Frs
- Cotisation de soutien.....1.200 Frs et plus
- Retraité.....100 Frs

(par chèque bancaire, postal ou mandat).

le :(date)
(signature)

ABONNEMENT AUX "DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE
GENERALE"

Le Dr : (cachet)

souscrit un abonnement d'un an aux "Documents de Recherches en Médecine Gébérale" et en verse, ci-joint, le montant, soit :

200 Frs

Bulletins à retourner avec 2 chèques distincts à la S.F.M.G. 29, avenue du Général Leclerc 75014 PARIS.
(Un accusé de réception vous sera adressé pour la déduction fiscale).

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

- soit nous en demander un exemplaire au prix de 50 Frs.

- soit en consulter la collection auprès de :

POUR LA FRANCE :

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

- Les Bibliothèques des Universités de :
PARIS VII - BICHAT - AMIENS - ANGERS - NANTES - NICE - ROUEN.

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

A L'ETRANGER :

- National Library of Medicine BETHESDA U.S.A;
- Library of the Royal College of General Practitioners - LONDRES;
- Index FAMLI - College of Family Physicians of CANADA;
- Bibliothèque de la Rykuniversiteit Limbourg - Pays Bas;
- Institut d'Information Scientifique de l'Académie des Sciences de l'U.R.S.S. - Moscou.

Direction de la publication : Dr. Rosowsky.

S O M M A I R E

- EDITORIAL p. a
- O. ROSOWSKY - B. VINCENT :
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
Société Française de Médecine Générale
Rapport scientifique contrat n° 87 - 2 - 16 OCC
- Les stratégies d'orientation en médecine générale
selon qu'une séance est consacrée à un seul ou
plusieurs problèmes à la fois.*
- Etude d'observation sur :
- 1.299 patients représentatifs de 13 clientèles
généralistes,
 - quatre années consécutives de leur suivi en
19.916 séances pour 35.037 problèmes identifiés
et classés. p. c
- Les principaux résultats de l'étude p. 125
- Résumé p. 134
- English summary p. 139