

société  
française  
médecine  
générale

n° 39-40

2ème-3ème trim. 1991

DOCUMENTS  
DE RECHERCHES  
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

NUMERO SPECIAL

SEMILOGIE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIE  
EN MEDECINE GENERALE

XVII SEMINAIRE NATIONAL DE LA S.F.M.G.

CAEN - MAI 1991

Séminaire Conventionnel National  
N° FAF : NLE. 103 91 IG

LE MANS - DEC. 1991

## LA SEMIOLOGIE CLINIQUE EN MEDECINE GENERALE.

1. Lorsqu'on se penche sur la fréquence des problèmes posés au Médecin Généraliste - et nous entendons par "problème" toute question qu'il est conduit à se poser vis-à-vis d'un patient au cours d'une consultation ou d'une visite au domicile du malade - bien des études nous fournissent des renseignements fort instructifs.

1.a. Le "problème" posé est-il nouveau aux yeux du Médecin? Nous pouvons nous référer (voir Tableau n°1) à l'étude conduite par SFMG/NANTES de 1983 à 1986 sur une cohorte de 1299 malades représentatifs de 13 clientèles de Médecins Généralistes. Si nous classons ces "problèmes nouveaux" par ordre de fréquence décroissante, nous observons que les plus fréquents d'entre eux nécessitent un interrogatoire et un examen clinique soigneux; l'expérience nous apprend d'ailleurs que pour la plupart ce sera suffisant et que les examens paracliniques seront superflus.

1.b. Le "problème" posé est-il par contre surveillé par le Médecin? De la même façon, classés par ordre de fréquence décroissante, nous observons que les plus fréquents d'entre eux méritent d'abord et essentiellement une bonne analyse sémiologique clinique et l'utilisation éventuelle d'examen para-cliniques.

Cette éventualité est d'ailleurs relativement rare. En effet, toujours en référence à cette étude SFMG/NANTES 83/86, nous remarquons que pour ces "problèmes" surveillés les plus fréquents, si la prescription d'examen de laboratoire - lesquels, interprétés par le généraliste, restent du domaine de sa sémiologie - recouvre 7 à 11% de actes qui concernent ces "problèmes", le recours à la sémiologie spécialisée (imagerie par exemple) est beaucoup plus rare, sauf bien entendu pour les angineux, et le transfert à l'hôpital exceptionnel. (Tableau n°2)

Le médecin généraliste est donc bien armé pour résoudre la très grande majorité des problèmes qui lui sont soumis, et cela grâce à une bonne sémiologie.

2. Des nuances doivent cependant être apportées à cette constatation

2.a Une étude conduite par le CREDES en 1982-1983 nous permet de différencier curieusement selon l'âge des médecins étudiés dans cette enquête, des pratiques globalement différentes à la suite des actes médicaux ( nous les appellerons "recours" ou "séances") du généraliste( Tableau n°3). Pour permettre de mieux comprendre où peuvent se situer ces différences, nous nous avons regroupés les médecins interrogés en deux

catégories d'âge au moment de l'enquête: les "jeunes" agés de moins de 45 ans, et les "vieux" agés de plus de 45 ans.

Remarquons immédiatement que les "vieux" sont les plus "gros prescripteurs" de "soins infirmiers" (+ 27%), de "pharmacie" (+5%), et, de façon moins significative, de "recours au spécialiste" (+11%). A l'inverse les "jeunes" prescrivent, moins significativement, davantage (+18%) de kinésithérapie, et très significativement beaucoup plus (+330%) d'imagerie!

Ces différences parfois considérables peuvent-elles s'expliquer par des activités médicales si différentes?

2.b. Il est bien connu que la clientèle du médecin vieillit avec lui. Dans l'étude du CREDES, cette assertion s'est trouvée amplement vérifiée (Tableau n°4). Le médecin "jeune", c'est à dire le médecin agé de moins de 45 ans, "voit" moitié plus d'enfants et d'adolescents que le "vieux" médecin, mais il soigne 40% moins de personnes âgées que le "vieux" médecin.

Il est bien évident que la clientèle agée, atteinte d'affections multiples et potentiellement graves, doit "consommer" davantage de soins infirmiers et de médicaments que la clientèle la plus jeune; de la même façon, il est logique de comprendre que cette clientèle de personnes âgées, beaucoup plus souvent soignées par les "vieux" médecins, requiert davantage de recours spécialisés que les jeunes malades, soignés préférentiellement par les "jeunes" médecins. Par contre ce ne peut pas être une pathologie spécifique de l'enfance et de l'adolescence, prise en charge, nous l'avons vu, plus souvent par les "jeunes" médecins, qui permette d'expliquer la beaucoup plus grande "consommation" d'imagerie médicale chez eux que chez les plus anciens de leurs confrères. Ici doit intervenir une variable explicative "médecin".

C'est la même variable "médecin" qui, à mon sens, explique que les séances du "jeune" médecin se terminent plus souvent que celles du "vieux" médecin par une prescription de kinésithérapie, encore peut-on imaginer ici qu'une pathologie traumatique plus fréquente chez les jeunes malades puisse, en partie au moins, la justifier.

Dans cette enquête, il semble que les "jeunes" médecins manient beaucoup plus facilement l'imagerie médicale que leurs aînés, et sans doute plus facilement qu'eux la prescription de kinésithérapie. Leur formation le leur permet sans doute. A contrario les "vieux" médecins ont été formés à un exercice de la Médecine Générale apparemment plus clinique, avec beaucoup moins d'imagerie médicale. Il resterait à démontrer que les uns "soignent" mieux leurs malades que les autres!

Dernière réflexion concernant ces différences de pratique de la Médecine Générale: agé de 46 ans en 1982, date de l'enquête du CREDES, ce médecin, installé à 28 ans, c'est à dire en 1964, a commencé ses études en 1956-1957; cet

autre médecin, âgé de 32 en 1982, installé en 1978, a commencé les siennes en 1971-1972. Entre ces deux médecins, il y a eu l'instauration de la Réforme "DEBRE" qui instituait le "temps-plein" hospitalier pour les universitaires: doit-on voir dans ces pratiques si différenciées une des conséquences de cette réforme?

3. Remarquons maintenant d'ailleurs que le résultat diagnostique de la consultation (ou de la visite) du Médecin Généraliste reposera dans la plupart des cas sur des données essentiellement cliniques.

3.a. La première source de renseignements concernant les Résultats de Consultation du Médecin Généraliste, nous la trouvons chez R.N.BRAUN. Entre 1955 et 1959, cet auteur a colligé tous les résultats diagnostiques de ses actes; bien entendu il n'a relevé qu'une seule fois chaque année les états pathologiques permanents comme le diabète ou l'hypertension artérielle, tandis qu'il notait une angine à chaque nouvelle angine. A la suite de ces relevés annuels, il a calculé la fréquence de ces Résultats de Consultation pour 1.000. Le Tableau n°5 nous donne les Résultats de Consultation les plus fréquents par ordre décroissant. (Bien entendu certains termes ici portés mériteraient d'être définis). Mais nous remarquons déjà que dans au moins un tiers des cas le médecin généraliste pourra établir son résultat diagnostique avec la seule clinique.

3.b. Dans l'étude SFMG/NANTES 1983-86, nous avons procédé à un calcul différent. Nous avons d'abord calculé les nouveaux cas qui se présentaient annuellement parmi la cohorte de 1299 malades: cela nous a donné des taux d'incidence. Nous avons ensuite dénombré annuellement les états permanents relevés dans cette cohorte de 1299 patients et pour ceux-là nous avons calculé les taux de prévalence.

- le Tableau n°6 montre les taux d'incidence les plus élevés classés par ordre de fréquence décroissante. Nous avons souligné dans ce tableau les résultats diagnostiques de consultation qui, selon nous, ont pu être établis à l'aide de la seule sémiologie clinique: si nous n'avons pas désigné ainsi les "troubles polymorphes de nature probablement non-organique", les "arthropathies", les "vômissements et diarrhée", les "vertiges", les "céphalées" et les "cholécystite non-lithiasique", c'est qu'il se pouvait que pour ces résultats diagnostiques le généraliste ait eu besoin d'autres éléments que ceux de la sémiologie clinique. Quoiqu'il en soit, il est évident dans ce tableau que l'immense majorité des résultats diagnostiques de pathologies nouvelles est assuré avec la seule sémiologie clinique.

- le Tableau n°7 démontre la même évidence au sujet des états pathologiques permanents. Bien entendu, il faudra quelques investigations spécialisées pour affirmer la "colite", pour faire le bilan d'une "arthrose", pour surveiller une "insuffisance coronarienne chronique",

et très normalement pour affirmer la nature "cancéreuse" d'une lésion tumorale; mais pour l'immense majorité des états pathologiques permanents la sémiologie clinique sera déterminante.

En conclusion, nous voulons souligner ici la nécessité impérieuse pour tout généraliste de posséder et d'utiliser une sémiologie clinique de haut niveau.

B.VINCENT (Nantes)

## **Les 15 PROBLEMES les PLUS FREQUENTS**

( SFMG. 1983-1987 )

( par rapport à tous les problèmes )

**Total # 40 %**

<b>Problèmes nouveaux</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fièvre aiguë</li><li>- Troubles de l'état général</li><li>- Toux</li><li>- Douleurs abdominales</li><li>- Plaintes diverses et/ou floues</li><li>- Syndrome grippal</li><li>- Douleurs lombaires</li><li>- Angoisse , irritabilité</li><li>- Mal de gorge</li><li>- Surcharge pondérale</li><li>- Bronchite</li></ul>
<b>Problèmes surveillés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hypertension artérielle</li><li>- Surveillance d'un traitement à risque</li><li>- Insuffisance coronarienne chronique</li><li>- Dépression nerveuse</li><li>- Insuffisance cardiaque</li></ul>

**Les DECISIONS d'ORIENTATION des MEDECINS GENERALISTES  
pour les PROBLEMES SURVEILLES les PLUS FREQUENTS  
( SFMG - 1983-1987 )**

<b>PROBLEMES</b>	<b>EX. LABO</b>	<b>ENVOI SPECIAL.</b>	<b>HOSPITALIS.</b>
<b>HYPERTENSION ARTERIELLE</b>	<b>11 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>0,08 %</b>
<b>INSUF. CORONARIENNE CHR.</b>	<b>10 %</b>	<b>6,7 %</b>	<b>0,09 %</b>
<b>INSUFFISANCE CARDIAQUE</b>	<b>7 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>0,1 %</b>

° ETUDES DES PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES  
DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DU GENERALISTE ° D.ROSOWSKY  
CONVENTION DGS/SFMG MARS 1991

**FREQUENCE des PRINCIPALES DECISIONS DIAGNOSTIQUES  
et THERAPEUTIQUES à chaque SEANCE selon l' AGE  
des MEDECINS GENERALISTES \***

<b>DECISIONS des MEDECINS pour 100 séances</b>	<b>Médecins de moins de 45 ans</b>	<b>Médecins de plus de 45 ans</b>
<b>IMAGERIE</b>	<b><u>4,76 %</u></b>	<b><u>1,44 %</u></b>
<b>ENVOI au SPECIALISTE</b>	<b>4,91 %</b>	<b>5,47 %</b>
<b>SOINS INFIRMIERS</b>	<b><u>6,13 %</u></b>	<b><u>7,78 %</u></b>
<b>KINESITHERAPIE</b>	<b>2,1 %</b>	<b>1,78 %</b>
<b>PHARMACIE</b>	<b><u>81,69 %</u></b>	<b><u>85,56 %</u></b>

Les résultats soulignés correspondent à une différence significative de  $p < 0,001$

\* " Les DECISIONS DIAGNOSTIQUES et THERAPEUTIQUES des MEDECINS LIBERAUX  
Echantillon National. 1982-1983 "  
Ph. LE FUR - CREDES 1986



**L' AGE des MALADES et  
l' AGE des MEDECINS GENERALISTES  
( pour 100 séances ) \***

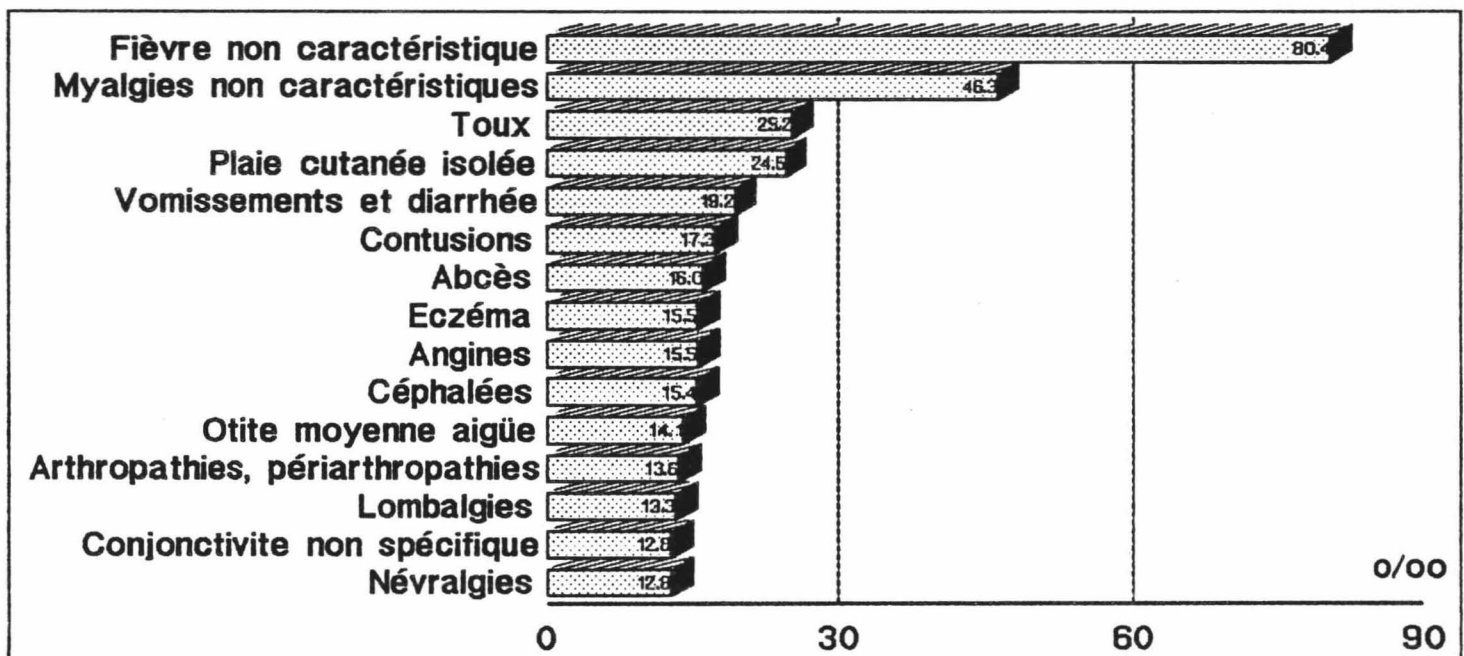
p&lt;0,001

Age des MALADES Age des MEDECINS	≤ 15 ans	16 à 64 ans	≥ 65 ans
< 45 ans	20 %	57,7 %	22,3 %
> 45 ans	12,9 %	55,7 %	31,4 %

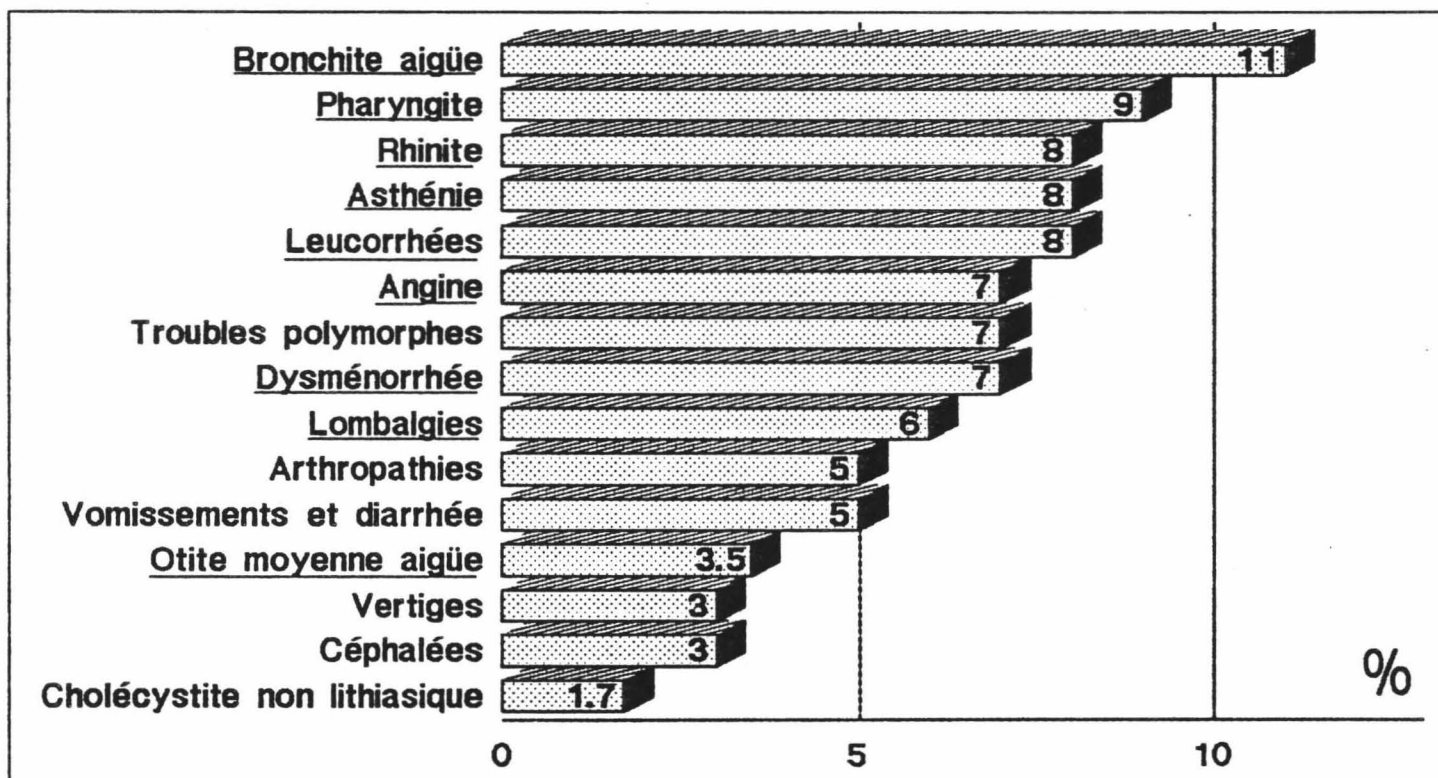
\* " Clientèle, Morbidité, Prescriptions en médecine libérale :  
échantillon national 1982-1983 "  
Ph. LE FUR & C. SERMET - CREDES 1985

**Les 15 RESULTATS de CONSULTATION  
les PLUS FREQUEMMENT OBSERVES  
entre 1955 et 1959 par R.N. BRAUN**

( fréquence o/oo résultats de consultation )

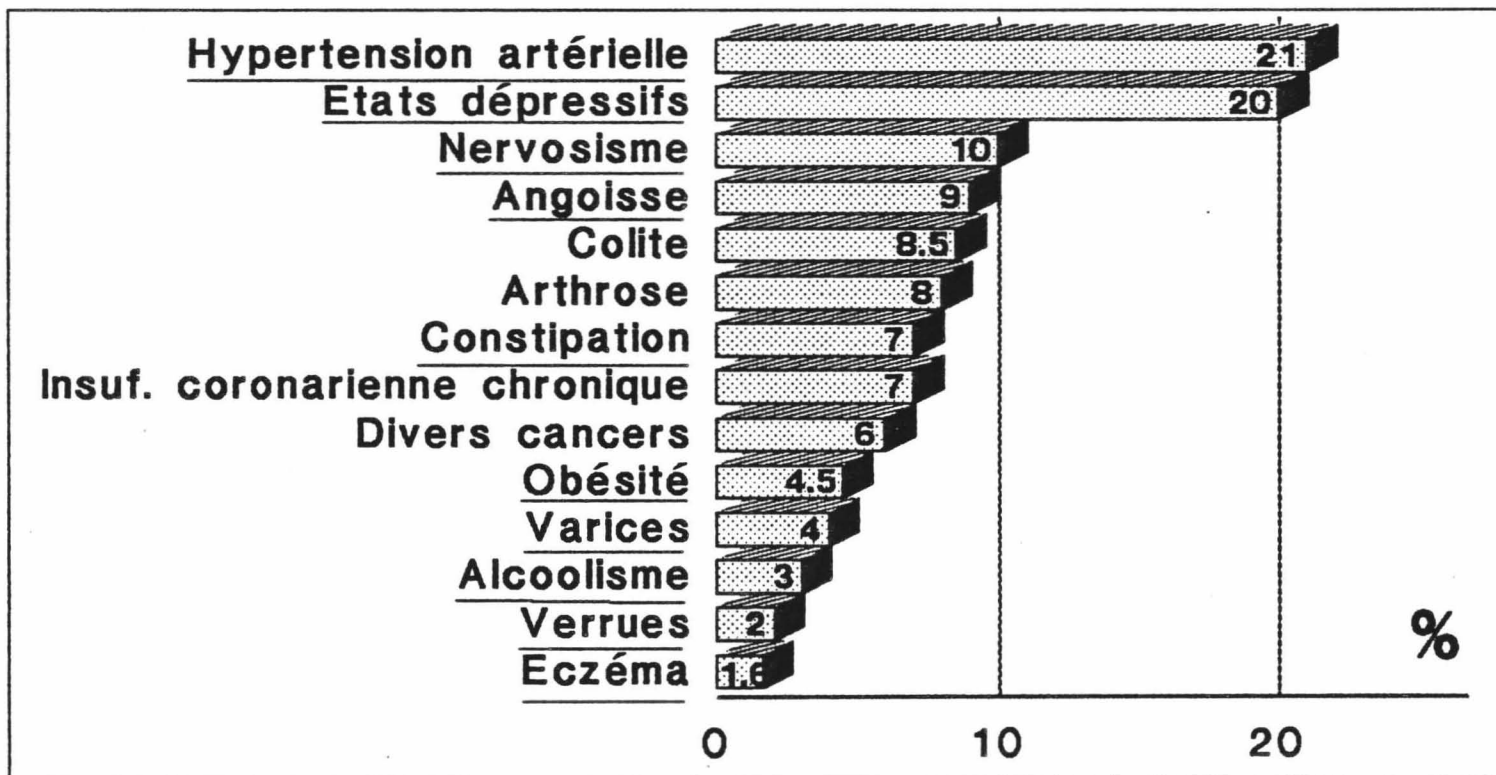


## Les TAUX d' INCIDENCE les PLUS ELEVES dans SFMG - NANTES 1983



Les affections soulignées correspondent à des Résultats Diagnostiques pouvant n'être établis qu'avec la SEULE SEMIOLOGIE CLINIQUE

**Les TAUX de PREVALENCE les PLUS ELEVES  
dans SFMG - NANTES 1983**



Les affections soulignées correspondent à des Résultats Diagnostiques pouvant n'être établis qu'avec la SEULE SEMIOLOGIE CLINIQUE