

Épidémiologie et médecine générale (IV)

Des enquêtes d'observation au moyen d'une nouvelle classification de morbidité en médecine générale

Dans les précédents articles de cette série consacrée à l'épidémiologie en médecine générale, nous avons vu comment certains préalables méthodologiques étaient à prendre en compte dès le départ, si l'on voulait rendre comparables les études de morbidité dans la pratique généraliste. D'où la nécessité d'adopter comme critère central l'étude des populations d'*entités pathologiques* dont on relève la distribution interne des fréquences annuelles chez chaque praticien. Cela permet de comparer la pratique généraliste dans la population générale et dans des systèmes médico-sociaux pourtant différents.

Une recherche vise toujours à comparer plusieurs groupes et comporte 2 temps : le premier consiste à juger si les différences ou les similitudes décelées sont ou non dues au hasard ; le second consiste à interpréter ces résultats. Dans le cas d'une expérimentation, le chercheur a la possibilité de constituer des groupes comparables a priori en utilisant le tirage au sort.

Au contraire, lorsqu'il s'agit de groupes constitués spontanément comme dans les enquêtes dites d'observation, la comparabilité doit pouvoir être constituée a posteriori, ce qui implique une méthode plus rigoureuse dans l'organisation première du corpus¹. L'étude de groupes de maladies auxquelles le praticien est confronté représente le type même d'une enquête d'observation. Plus le nombre des chercheurs et des données fiables est restreint, plus longue est la phase d'observation qui précède la faisabilité des tests susceptibles de préciser le degré de significativité. En médecine générale la difficulté est accrue, puisqu'il faut prendre le temps de bâtir l'outil premier, à savoir une classification qui soit spécifique. Nous disposons de celle établie par Braun qui, pour assurer la comparabilité de ses relevés annuels de morbidité, s'est imposé 4 critères :

— Sont déclarées significatives toutes les entités pathologiques qui se rencontrent une fois tous les 3 000 cas tout venant, soit au moins une fois par an en moyenne.

Épidémiologie et médecine générale

Articles déjà parus

- I - Une relation de bons sens : oui, mais au prix de quels préalables ?..... n° 158 du 09/12/91
- II - En finir avec la tour de Babel... n° 159 du 16/12/91
- III - L'usage des relevés épidémiologiques sur le modèle de R.N. Braun. n° 164 du 27/01/92

A paraître

- IV - Une classification nouvelle pour la morbidité la plus fréquente en médecine générale. Comment en valider les termes en première lecture ?

O. Rosowsky
2, rue
de la Pléiade,
94240
L'Hay-les-Roses.

— Les entités pathologiques sont relevées et dénommées sous la forme réelle où elles sont prises en charge. Les dénominations sont tenues constantes d'une année à l'autre, ce qui garantit l'homogénéité des entités regroupées, à condition que restent également constantes les définitions.

— Les entités pathologiques sont comptées une fois à chaque épisode. Les relevés étant annuels, les états permanents sont recomptés à nouveau une fois chaque année, ce qui permet de comparer les années entre elles. Certes, cela impose des relevés annuels en continu ; en revanche, on peut ainsi éviter les biais redoutables que représente la variation du nombre de recours pour chaque épisode pathologique selon la demande du malade... et l'offre du médecin.

— Les pics accidentels liés à des épidémies sont amortis par l'addition des résultats de 3 années au moins de relevés successifs dont on établira les fréquences annuelles moyennes pour chaque entité pathologique.

Au fil de ses relevés annuels, Braun fait 4 constatations.

La première, maintenant bien connue, renvoie aux formes diagnostiques qu'il utilise : *le signe cardinal, le syndrome, le tableau de maladie probable et le diagnostic complètement confirmé* en l'état des connaissances de la médecine. Loin d'être seulement des passages obligatoires vers un diagnostic médical

complet, elles sont opérantes en elles-mêmes. C'est pourquoi elles sont réunies sous la même désignation de *résultat de consultation (Beratungsergebnis)*.

La seconde constatation concerne la *règle de répartition régulière des cas*. Braun a exercé successivement en clientèle semi-rurale en Allemagne, dans une banlieue ouvrière de Vienne et dans un milieu totalement rural de Basse Autriche. Examinant ses 26 relevés annuels de morbidité, effectués en terme de prévalence et incidence, il observe que la répartition des rangs de fréquence des entités pathologiques rencontrées changent peu si on les examine d'une année à l'autre et d'un lieu d'exercice au suivant, ces lieux étant malgré tout suffisamment proches du point de vue socio-économique². D'une année à l'autre, les variations tiennent aux pics épidémiologiques accidentels et à la rareté croissante des entités pathologiques rencontrées. Dans ce cas, de faibles variations d'effectifs annuels induisent un fort changement dans les rangs de fréquence. En revanche, sur de longues périodes d'observation, de fortes modifications apparaissent dans les rangs de fréquence sous l'effet de changements importants relatifs aux moyens et aux habitudes thérapeutiques. Le tableau ci-contre, extrait d'un récent rapport, produit à la demande de la Direction de la Santé, montre 6 entités pathologiques dont le codage ne prête pas à confusion et dont les rangs de fréquence changent considérablement entre des relevés établis par Braun en 1955-1959 et en 1977-1980.

A titre indicatif le tableau donne aussi les rangs de fréquence pour ces mêmes affections chez un généraliste suisse, élève de Braun, en 1983-1984 et chez 2 praticiens de la région parisienne en 1988-1990. Il apparaît que, entre les années 1950-1980, le diabète, les troubles de la ménopause, l'insomnie et la surcharge pondérale augmentent chez Braun au point de gagner plus de 100 rangs de fréquence annuelle. La dépression, elle, gagne plus de 300 rangs. Pour ces affections, les rangs de fréquence de Braun en 1977-1980 sont très proches de ceux indiqués en Suisse et en France pour la période actuelle par des praticiens qui emploient les mêmes critères de relevés et ses listes de dénominations³.

La troisième remarque renvoie à *l'absence de langage commun aux généralistes*. Cette absence perçue au début des années 80 simultanément par Braun, par nous-mêmes et par les auteurs anglo-saxons, concerne non seulement des praticiens s'exprimant dans des langues différentes, mais aussi et surtout des généralistes s'exprimant dans la même langue maternelle^{4,5}. Selon le praticien, les mêmes désignations recouvrent des entités pathologiques différentes et ce phénomène est général. C'est de là que

Six exemples d'entités morbides dont les rangs de fréquences ont fortement changé entre 1955-1959 d'une part et 1977-1980, 1983-1984, 1988-1990 d'autre part

Entités morbides dont les fréquences ont fortement changé	Rangs de fréquence			
	Braun (Brunn, Basse Autriche) 1955-1959	Braun (Brunn, Basse Autriche) 1977-1980	Landolt (Adliswill, Suisse) 1983-1984	Sourzac et Véry (Brunoy - 91, France) 1988-1990
Diabète	144	15	34	41
Troubles de la ménopause	131	26	98	26
Insomnie	142	28	31	20
Surcharge pondérale	133	40	45	27
Dépression	342	49	44	16
Dyspepsie du nourrisson	36	289	0	0

Extrait de la Convention d'études DGS sur les pathologies les plus fréquentes en médecine générale. Rapport.

résultent les travaux en cours dans nos pays respectifs sur une classification définie ; la première version écrite, celle de Braun, date justement de 1983.

La quatrième constatation porte sur *la précision de la position diagnostique*. Braun donne à chaque entité isolée une dénomination adaptée et une définition sémiologique en précisant toujours la forme diagnostique retenue parmi les 4 possibles. De plus sont indiqués chaque fois les éléments et le degré d'incertitude que le généraliste accepte dans sa démarche diagnostique au moment de prescrire. De la sorte, un éventuel risque d'évolution grave évitable, lorsqu'il existe, est organiquement inclus dans la définition de l'entité pathologique concernée (voir ci-contre l'exemple vomissement-diarrhée). Quant au généraliste, il est conscient d'agir dans le cadre d'une fonction médicale qui se situe dans l'ordre du « minimum utile » alors que le spécialiste se situerait plutôt sur le versant du « maximum existant ».

Par ailleurs, les définitions de Braun restent strictement de l'ordre anatomobiologique, mais elles délimitent un espace de contrainte en fonction du risque grave évitable. Or, c'est au-delà de cet espace que se situe selon moi une zone de liberté pour la stratégie de la décision selon les normes socioculturelles et intimes du patient... et du médecin. Il est évident que cette liberté ne sera pas la même devant un tableau d'appendicite ou devant une rhinopharyngite de l'enfant. Cependant, le codage homogène des entités morbides du point de vue de la tradition clinique pose enfin les jalons qui manquaient pour l'étude multicentrique des stratégies de la décision sous leurs 3 aspects complémentaires (norme anatomobiologique, norme socioculturelle et norme intime-biographique).

Dans l'optique de Braun, la maladie n'apparaît plus comme un être particulier dont le degré de causalité nécessaire à son traitement peut être défini. A côté d'un discours en profondeur sur les causes, une place se dessine pour un discours en profondeur sur l'économie et le désir de la personne. Cette classification nouvelle attire l'attention sur la fonction opératoire des autres formes de la démarche diagnostique. Par l'étude épidémiologique des faits, elle démontre d'abord qu'une explication étiopathologique complète de la majorité des troubles de santé soumis à la médecine intervient beaucoup plus rarement qu'on veut bien le dire ; ensuite, que les ap-

Vomissement-diarrhée

- Catarrhe aigu et passager de l'appareil digestif.
- Selles liquides et augmentées.
- Nausées voire vomissements.
- Douleurs abdominales mais non impérieuses,
- Genèse non clairement établie.
- Élévation thermique et lassitude plus ou moins importantes.
- Caractère épidémique possible.

Évolution généralement favorable en 2 à 3 jours

Pronostic : tout état de vomissement aigu impliquant un contact permanent avec le patient et une surveillance très attentive à la recherche d'une évolution grave évitable...

Recherche d'une :

- altération de l'état général,
- appendicite ou péritonite : donc palpation attentive de l'abdomen et toucher rectal,
- intoxication,
- déshydratation du nourrisson, invagination intestinale.

Dans tous les cas : contact étroit avec le milieu familial et, si aggravation, mise en observation hospitalière immédiate.

proches extrêmement partielles de ces pathogénies sont parfaitement opératoires.

La classification que nous avons commencé à élaborer reprend celle de Braun en l'adaptant au contexte médical français. Cependant, c'est au moyen de tests de validation statistiques réalisés par J. Andral avec le soutien du laboratoire de l'Inserm, dirigé par M. Lellouch, qu'elle nous semble prendre toute sa valeur.

O. Rosowsky

2, rue de la Pléiade,
94240 L'Haÿ-les-Roses.

1. Schwartz D, Lazar P, Papoz L. Statistique médicale et biologique. Flammarion, 1985.
2. Braun RN. Pratique, critique et enseignement de la médecine générale. Payot, 1979.
3. Rosowsky D. Études des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans la pratique quotidienne du généraliste. Étude SFMG, éd. Direction générale de la Santé, 1991.
4. Sonnleitner A. De la nature actuellement individuelle des dénominations pour les résultats de consultation en médecine générale. Mémoire de thèse, Vienne 1986. Doc. de recherche en médecine générale ; n° 23. SFMG 1987.
5. Rosowsky O. Les médecins généralistes ne parlent pas le même langage. Conséquences statistiques et nécessité de reforme. Rev Prat MG 1989 ; 3 (73) : 125-33.