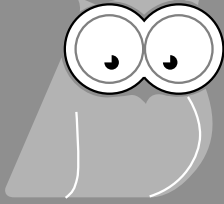


SFMG



Le plaisir de comprendre

DRMG N°49

juillet 1997

supplément

la lettre

d e l a m é d e c i n e g é n é r a l e

documents *de recherches* en médecine *générale*

Société Française de Médecine Générale

Société Savante

27, boul Gambetta - 92130 Issy Les Moulineaux

Tél 01 41 90 98 20 - Fax 01 41 90 98 21

e-mail : SFMG@Club-Internet.fr • <http://www.upml.fr/sfmg>

O.N.G. agréée auprès de l'O.M.S.

Représentant officiel de la France à la WONCA

données du réseau

Algie : un concept de certitude

Dr François MOREL

INTRODUCTION

La douleur en France est devenue depuis quelques années un sujet de débat national : diffusion des recommandations O.M.S. auprès des médecins sur le choix des médicaments anti-douleur, reconnaissance des "centres anti-douleur", articles du code de santé publique...

De façon schématique on distingue deux types de douleur qui peuvent être bien sûr associées. Mais il est parfois difficile de faire la part de chacune de ses composantes.

- La douleur physique que le dictionnaire (Petit Robert N°1) définit comme une **sensation pénible en un point du corps** (extérieur ou intérieur).

- La douleur morale (référence identique) qui est un **sentiment ou une émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins**.

La douleur est un chapitre très riche de la sémiologie enseignée dans les facultés de médecine.

C'est aussi le symptôme le plus fréquemment rencontré par le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

La Société Française de Médecine Générale s'est intéressée à ce problème de la douleur, et grâce à son réseau de médecins généralistes informatisés et travaillant avec le Dictionnaire des Résultats de Consultation en Médecine Générale, nous apportons ici une approche épidémiologique de ce symptôme.

Certaines situations douloureuses sont parfaitement définies sur le plan étio-pathogénique (colique néphrétique : douleur de mise en tension d'un organe creux, insuffisance coronaire : douleur d'ischémie tissulaire) et reconnues comme telles par le médecin généraliste. Nous les aborderons de façon globale de ce travail.

Mais dans notre pratique il existe des situations fréquentes où le médecin, malgré l'entretien avec son malade, son examen clinique et la consultation des examens supplémentaires éventuellement demandés, ne peut aboutir à un diagnostic sur l'origine de la douleur et laissent complètement ouvertes les hypothèses diagnostiques.

Il nous est donc apparu nécessaire à la Société Française de Médecine Générale de créer une dénomination qui rendrait compte de cette situation de pratique quotidienne. La dénomination Algie a ainsi été choisie. Nous aborde-

rons de façon plus détaillée cet état morbide dans la deuxième partie.

METHODES

Nous avons utilisé les données issues du recueil en continu et en temps réel du réseau des médecins qui ont participé à la validation du Dictionnaire des Résultats de Consultation.

La dénomination Algie a été définie de la façon suivante :

- +++ MANIFESTATION DOULOUREUSE LOCALISÉE
- ++1| spontanée
- ++1| à la palpation
- + - irradiation
- + - récidive

Il était entendu, dans le mode d'emploi de cette définition, que son utilisation ne pouvait se faire qu'après une sémiologie soigneusement recueillie, et la certitude au moment de la consultation qu'aucun élément clinique ne permettait de choisir une autre définition.

RESULTATS

LA DOULEUR DANS LE RESEAU

Les 200 premières définitions du Dictionnaire représentaient 95 % de l'activité des médecins. Parmi ces 200 états morbides, 102 possèdent un item relatif à la douleur physique, que cet item soit obligatoire pour le choix de la dénomination (47 définitions) ou facultatif (55 définitions). Quinze possèdent un item relatif à la douleur morale.

En terme d'activité, la douleur physique est présente dans 30 % de la totalité des recours et la douleur psychique dans 20 %. C'est-à-dire que dans le réseau, la douleur représentait au moins 50 % de l'activité des médecins généralistes.

Les 25 premiers états morbides ont représenté 50 % de l'activité du réseau. Dans 33 % des cas, ce recours était motivé par une douleur physique et dans 16 % des cas par une douleur psychique. Au total, près de 50 % des 25 premiers états morbides ont une sémiologie en rapport avec la douleur.

Si nous différencions les types de séances :

- En consultation sur les 25 premiers états morbides, la douleur (physique ou psychique) était présente dans 34 % des cas (respectivement 22 % pour la douleur physique et 12 % pour la douleur morale).

- En visite sur les 25 premiers états morbides, la douleur (physique ou psychique) était présente dans 38 % des cas (respectivement 26 % et 12 %).

Selon l'âge, les "appareils" en cause ont été différents. Si par exemple pour les enfants de moins de 10 ans, c'est la pathologie O.R.L. qui a été la première cause de contact pour douleur, chez les femmes de plus de 60 ans en visite, c'est la pathologie rhumatologique puis cardiologique qui a été en cause. Chez les hommes de plus de 60 ans en visite, l'ordre était inverse.

ETUDE DE LA DENOMINATION ALGIE

Elle représentait 4,20 % de l'activité totale des médecins du réseau.

Elle représentait 3 % de l'activité sur les 25 premiers états morbides.

1) Rang de fréquence de la dénomination.

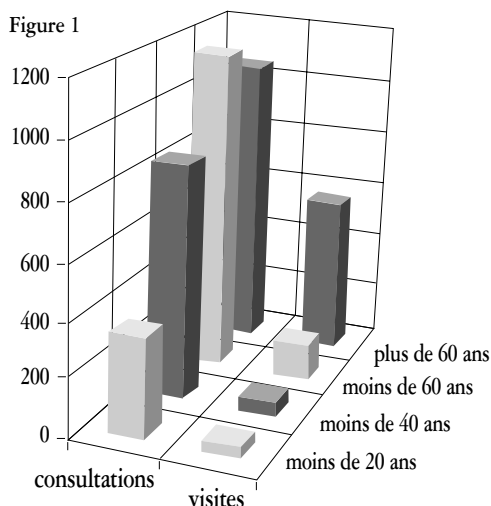
- 1 HTA
- 2 ETAT FEBRILE
- 3 HYPERLIPIDEMIE
- 4 INSOMNIE
- 5 ETAT AFEBRILE
- 6 RHINOPHARYNGITE
- 7 INSUFFISANCE CORONAIRE
- 8 ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE
- 9 LOMBALGIE
- 10 DIABETE SUCRE
- 11 ARTHROSE
- 12 ANXIETE-ANGOISSE
- 13 ALGIE
- 14 HUMEUR DEPRESSIVE

Le tableau montre par ordre de fréquence décroissante le nombre de fois où chaque état morbide a été pris en charge pendant la période étudiée. De façon globale, tout âge et sexe confondus, Algie était en 13^{ème} position dans l'activité quotidienne des médecins généralistes.

En consultation, cette dénomination était en 13^{ème} position et en 20^{ème} position en visite. Il s'agit donc d'une pathologie fréquente.



Figure 1

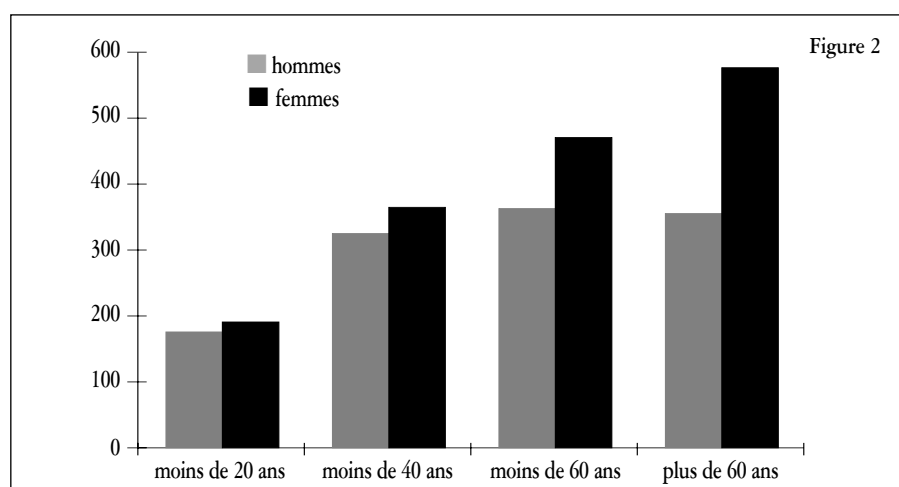


2) Répartition de algie en fonction du type de séance et de l'âge.

Pendant cette année d'étude, la dénomination Algie a été utilisée au cours de 4 234 séances (soit 4 234 fois). Les contacts par lettre ou par téléphone représentaient 0,60 % des séances, ils n'ont pas été représentés dans le tableau, de même que les patients dont l'âge n'avait pas été mentionné (ils représentaient 0,80 % des séances). Nous avons constaté que le nombre de séances où l'état morbide Algie était pris en charge augmentait avec l'âge. Il s'agissait d'une pathologie présentée essentiellement en consultation (81 % des séances), de façon très significative par rapport à l'ensemble des autres états morbides.

Les deux dernières tranches d'âge ont représenté 69 % des demandes de prise en charge pour cet état morbide. Tous résultats de consultation confondus, la tranche d'âge des plus de 50 ans représentait 66 % des prises en charge. Pour les 4 tranches d'âge successives, la dénomination Algie représentait respectivement : 0,9 % ; 2,17 % ; 3,21 % et 2,9 8 % de l'activité sur l'année, tous RC confondus. Autrement dit, la fréquence de la prise en charge pour une douleur dont l'étiopathogénie n'a pas été caractéristique d'un état morbide nosologiquement défini augmentait avec l'âge.

3) Répartition des différents patients concernés en fonction de l'âge et du sexe.



Deux mille sept cent trente quatre (2 734) patients différents ont été concernés par cette pathologie, dans la période considérée, ce qui représentait 4,78 % de l'ensemble des patients. Parmi ces 2 734 patients, nous n'avions de renseignement sur l'âge pour 33 d'entre eux (1,20 %).

Le nombre de patients pris en charge pour cet état morbide augmentait avec l'âge. Cette courbe était inverse de celle représentant les patients concernés par l'ensemble des états morbides. Les femmes ont été plus souvent concernées que les hommes pour ce phénomène algique (différence significative $p < 0,01$), même en tenant compte du sex-ratio de chaque classe d'âge.

4) Les états morbides associés.

Au cours de ces séances, la douleur était le seul motif de demande de séance dans 42,8 % des cas (1 813 séances). Lorsque la douleur n'était pas le seul motif de rencontre, il y avait en moyenne 2 autres états morbides associés.

Le tableau suivant montre par ordre décroissant de fréquence les états morbides les plus fréquemment associés.

La deuxième colonne montre le nombre de fois où le résultat de consultation (RC) de la première colonne a été associé à Algie. La troisième colonne montre la fréquence cumulative de chaque RC parmi l'ensemble des RC associés à Algie. La quatrième colonne montre la place de chaque RC dans l'ordre décroissant d'association avec Algie, et la cinquième colonne montre la place de chaque RC considéré dans les recours en général.

Nous constatons que, en dehors de Cancer, Epigastralgie, Ostéoporose et Arterite, les 20 premiers états morbides associés à Algie avaient presque le même rang que dans les recours en général.

RESULTATS DE CONSULTATION ASSOCIE	NOMBRE RESULTAT DE CONSULTATION	FREQUENCE CUMULATIVE	RANG	RANG GENERAL
HTA	525	10,39 %	1	1
INSOMNIE	256	15,45 %	2	4
HYPERLIPIDEMIE	219	19,78 %	3	3
INSUF. CORONAIRE	152	21,78 %	4	7
DENOMINATION HORS LISTE	139	24,53 %	5	2
HUMEUR DEPRESSIVE	118	26,86 %	6	14
DIABETE SUCRE	105	28,94 %	7	10
CANCER	103	33,02 %	8	32
JAMBES LOURDES	103	30,98 %	9	21
ANGOISSE	98	34,96 %	10	12
VACCIN	95	36,84 %	11	5
ASTHENIE FATIGUE	86	38,54 %	12	16
CONSTIPATION	76	40,04 %	13	18
EPIGASTRALGIE	73	41,48 %	14	35
OSTEOPOROSE	71	42,88 %	15	46
TOUX	64	44,15 %	16	22
DEPRESSION	63	46,65 %	17	23
VERTIGE	63	45,40 %	18	27
ARTHROSE	61	47,86 %	19	11
ARTERITE MB INF.	60	49,05 %	20	42
TOTAL	2530			

5) Etude des codes suivi.

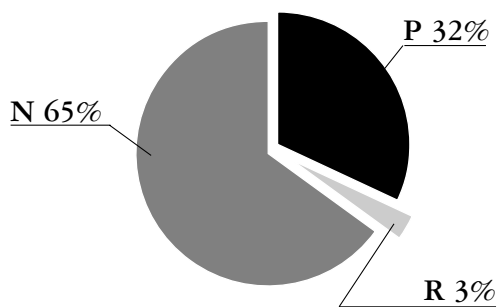


Figure 3

Ces douleurs, d'étiopathogénie non définie, ont-elles été des douleurs aiguës ou chroniques ? Ce schéma nous montre leurs répartitions dans le temps.

Le code N a été utilisé lorsque le problème présenté par le patient était un problème nouveau pour lui, le code P étant utilisé lorsque le problème était déjà connu. Nous verrons la signification du code R un peu plus loin.

L'incidence de la dénomination Algie est de 2 750 pour 57 205 patients sur 1 an, soit une incidence réelle de 4,80 % par an.

Cet état morbide évolue-t-il pour son propre compte ou bien est-il le premier signe d'une autre maladie ?

Deux éléments nous permettent de répondre à cette question : Le taux de recours et le taux de révision.

6) Répartition du taux de recours en fonction de l'âge et du sexe.

Le taux de recours est la fréquence avec laquelle chaque patient revient pour ce même état morbide. Il est calculé par le rapport du nombre total de séances où Algie a été utilisée sur le nombre de patients différents qui ont été concernés.

Le recours pour cet état morbide augmente avec l'âge. Ainsi le "risque" de revoir le patient une deuxième fois pour ce même problème est globalement de : 3 % pour les moins de 20 ans, 12 % pour les moins de 40 ans, 18 % pour les moins de 60 ans et de

25 % pour les plus de 60 ans.

Il n'existe pas de différence significative dans chaque classe d'âge entre les hommes et les femmes pour le taux de recours.

7) Taux de révision par tranche d'âge et par sexe.

Ce taux identifie le nombre de fois où cet état morbide était le point de départ d'une autre maladie. Il était repéré dans le recueil de données par le code R. Ce code était utilisé à chaque fois qu'un élément sémiologique nou-

veau (clinique ou paraclinique) permettait de mieux caractériser l'étiopathogénie de la douleur. Le taux global tous résultats de consultation confondus était de moins de 3 %.

Dans 3 % des cas Algie était l'origine

d'une autre maladie pour les moins de 20 ans et ce taux progressait en passant par le taux de 2 % pour la tranche d'âge des 20 à 39 ans, 5 % pour ceux de 40 à 59 ans pour atteindre 8 % chez les plus de 60 ans.

8) Quels sont les états morbides issus de la révision d'Algie ?

Le tableau suivant montre les 20 premiers états morbides issus de cette révision. Algie a été révisée 113 fois comme indiqué au paragraphe 5.

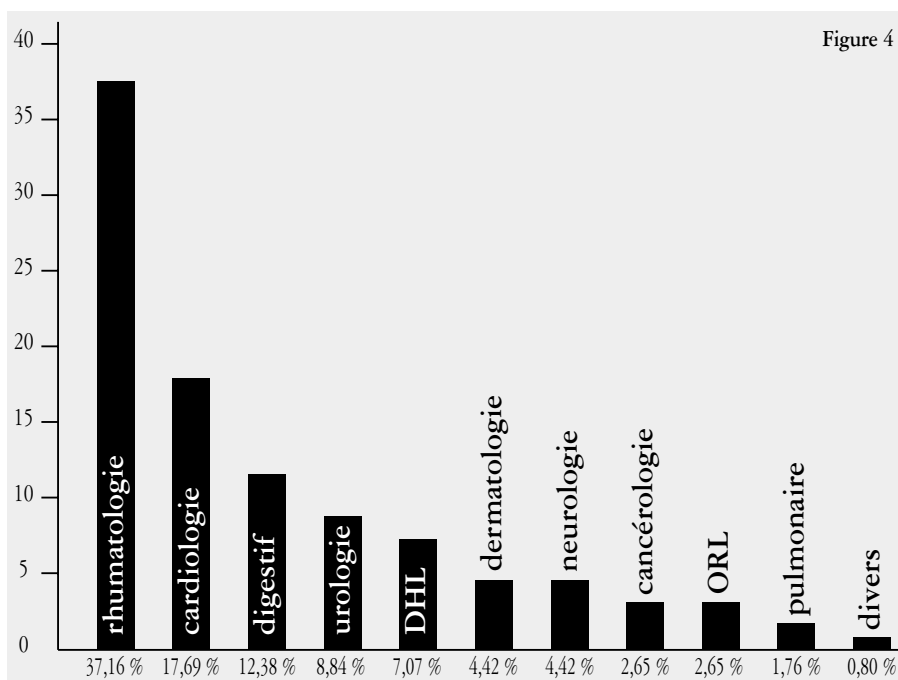
Le sigle DHL signifie Dénomination Hors Liste. Il correspond au choix fait par le médecin devant la sémiologie présentée par son patient et pour laquelle il ne trouve pas de

correspondance dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation. Le médecin écrit donc en texte libre la pathologie qui correspond toujours à un élément de la nosologie.

Si nous effectuons un regroupement par appareil, nous constatons la répartition suivante : **Figure 4**. Il s'agit essentiellement des pathologies rhumatologiques, cardiolo-

giques et digestives qui ont été à l'origine de douleurs dont l'étiopathogénie en tout début de maladie n'était pas univoque. Seuls l'évolution de la sémiologie et/ou la demande d'examen complémentaires ont permis d'affiner la recherche de l'origine de la douleur.

ARTHROSE	9
DHL	8
FRACTURE	8
ARTHROPATHIE	7
ARTERITE MB INFS	5
EPIGASTRALGIE	5
ORCHIEPIDIDYMITE	5
SYNDROME COLIQUE	4
CERVICALGIE	4
NEURALGIE	4
OSTEOPOROSE	4
CANCER	3
THROMBOPHLEBITE	3
VARICES DES MB INF	3
ZONA	3
PARKINSON	3
DYSPNEE	2
INSUF CARDIAQUE	2
INSUF CORONAIRE	2
NEURALGIE SCIATIQUE	2



DISCUSSION

L'état morbide Algie est mal identifié (et encore moins défini) dans d'autres études : Classification Internationale des Maladies, Classification International en Soins Primaires ou CREDES, et les comparaisons sont donc difficiles.

Il s'agit pourtant d'une pathologie très fréquente tant en visite qu'en consultation. Sa prise en charge nécessitait une augmentation du nombre de séance avec l'âge. Sa place dans les recours augmentait plus vite avec l'âge que

l'ensemble des autres états morbides. Les femmes étaient souvent plus concernées par cette pathologie que les hommes.

Dans plus de la moitié des séances, les patients ne venaient pas uniquement pour le problème d'Algie, mais profitaient de cette rencontre, où d'autres problèmes habituels étaient exposés, pour parler de cette douleur.

La place "inhabituelle" de Cancer, Epigastralgie, Ostéoporose et Arterite dans la liste des RC associés pouvait s'expliquer sans

doute par les éléments vus plus hauts : les patients concernés par l'état morbide Algie sont essentiellement des patients âgés.

La prise en charge par les médecins généralistes était excellente. Le risque de revoir les patients pour ce problème ou de méconnaître une pathologie nécessitant une prise en charge plus spécifique étaient rares.

CONCLUSION

La mise en place d'un réseau de médecins généralistes informatisés pour la gestion de leurs dossiers médicaux et utilisant un outil permettant un langage commun sur les états

morbides rencontrés en pratique courante, améliore la connaissance des activités. Cette connaissance porte sur la fréquence des états morbides, leur répartition au sein de la popu-

lation qui vient consulter, et permet d'apprécier la pertinence des prises en charge par le médecin généraliste.

note de lecture

Petr Stkrabauek
la fin de la médecine à visage humain
 Editions Odile Jacob 1995

Caen - André FLACHS

Une petite déception pour le lecteur qui aura aimé "Idées folles, idées fausses en médecine", du même auteur. L'humour incontestable de cet ouvrage venait-il du coauteur, James Mc Cormick ? Ou bien, plus tristement est-ce la fin prochaine de Petr Skrabauek qui donne à son dernier ouvrage "La fin de la médecine à visage humain" ce ton presque grinçant et hélas prophétique ?

Le livre est polémique, parfois injuste, souvent partial et procède plus par affirmations que par démonstration, comme la partie adverse d'ailleurs. Il y a beaucoup de références, et de Popper à Marguerite Yourcenar, en passant par Jouvanel, Montaigne et Bernard Shaw, Skrabauek peut montrer sa vaste érudition et ses revues de presses, car abondent aussi les articles de journaux médicaux ou non.

Mais la cause est belle, car "ce livre ne traite pas de la médecine, mais de la perversion de ses idéaux" et du passage d'un médecin qui n'est pas au service de la science, de la race et de la vie. C'est un individu au service d'un autre individu, le patient. Ses décisions se fondent toujours sur l'intérêt individuel vers une médecine "pilier du contrôle social".

Passage qui se ferait par le biais d'une science corrompue : "une science corrompue ne part pas d'une hypothèse et de données pour arriver à une conclusion ; elle part d'une conclusion présumée ou acceptable et sélectionne les données qui permettent d'y accéder".

Derrière ces perversions de la santé publique, de l'épidémiologie, des statistiques, des dépistages, se profile sous le voile du "politiquement correct", de la lutte contre tabac, alcool, sexe, féminité par le biais des facteurs de risque. Tout un fascisme bio-médical qui pro-

vient du pouvoir, des puissances d'argent, des croyances en un monde meilleur et d'un désir de régulation économique.

Le pire étant bien sûr l'utilisation perverse de la génétique : "Celle-ci est une science, le dépistage génétique n'en n'est pas une".

Au total, un livre à lire absolument, comme était à lire jadis et peut être à relire aujourd'hui l'expropriation de la santé sous-titre de Nemesis médicale, d'un autre empêcheur de penser en ron-ron).