

JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ STATISTIQUE DE PARIS

FRANÇOIS ANGER

L'étude permanente de la prescription médicale et de la morbidité

Journal de la société statistique de Paris, tome 105 (1964), p. 198-217

http://www.numdam.org/item?id=JSFS_1964__105__198_0

© Société de statistique de Paris, 1964, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Journal de la société statistique de Paris » (<http://publications-sfds.math.cnrs.fr/index.php/J-SFdS>) implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques
<http://www.numdam.org/>

III

L'ÉTUDE PERMANENTE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE
ET DE LA MORBIDITÉ

En qualité de techniciens des Études de Marché, nous avons eu, il y a cinq ans, à nous pencher sur le Marché des spécialités pharmaceutiques.

Selon les méthodes qui nous sont habituelles, nous avons eu à considérer le cheminement des produits, de leurs consommateurs à leurs producteurs, à travers leur double réseau de distribution et d'information et à analyser les influences qui s'exercent aux différents carrefours situés sur leur chemin. Nous n'étudierons pas ici toutes ces influences. Nous en retiendrons seulement l'essentiel.

Première constatation

La spécialité pharmaceutique est achetée par son consommateur, chez le pharmacien. Mais dans la majorité des cas, le consommateur ne choisit pas son produit. Cette décision revient au médecin une fois qu'il a examiné son malade.

Ainsi, l'achat chez le pharmacien est conditionné par la relation médecin/malade. Il ne peut y avoir de vente s'il n'y a pas de malade. Il ne peut y avoir de vente s'il n'y a pas de médecin.

L'ordonnance est l'expression écrite de ce rapport entre le malade et son médecin. Le pharmacien l'exécute. Il n'est qu'un distributeur.

Deuxième constatation

Le métier de pharmacien a subi un transfert. Celui-ci délivre un produit sur la composition duquel il n'intervient pas ou, plus exactement, n'intervient plus. Il y a quelques décades, en effet, il fabriquait le produit sur mesure, selon la prescription magistrale du médecin, après s'être ravitaillé en matières premières.

En trente années, les moyens thérapeutiques sont passés de l'âge artisanal à l'âge industriel le plus avancé. Pour fixer cette évolution dans le temps, rappelons que les sulfamides n'ont été découverts qu'en 1935, par le D^r DORMACH et que la production américaine de pénicilline n'était, en 1943, que de 13,200 kg.

Pour situer l'importance du phénomène, empruntons des exemples aux U. S. A., la France ayant pris du retard dans ce domaine après la guerre. Entre 1947 et 1959, la vente des spécialités pharmaceutiques, dans ce pays, a augmenté de plus de trois fois par rapport à l'accroissement de la production nationale brute : environ un produit par semaine a été lancé dans cette décade.

Aucune autre industrie n'a jamais lancé autant de produits dans un délai aussi court.

Aucune autre industrie ne vit autant de la Recherche : quatre fois plus de chercheurs dans l'Industrie pharmaceutique que dans l'Industrie chimique qui est cependant la plus étoffée.

L'accroissement du niveau de vie développe une conscience accrue du « droit à la santé ». Cette conscience se traduit par un besoin.

Nous voyons donc que la relation malades/médecins/pharmaciens laisse la place à une relation malades/médecins/laboratoires industriels. Mais dans cette entité qu'est le Monde médical, le médecin reste toujours le centre. Comme le malade ne peut consommer de produits sans l'ordonnance du médecin, le laboratoire ne peut vendre de produits au malade sans l'accord du médecin. C'est au Corps médical que revient toute priorité aussi bien dans l'Histoire que dans la défense quotidienne de la Santé et quels que soient les désirs de contrôle de la Société.

L'étude cohérente de l'Économie médicale ne peut donc se faire qu'à partir du médecin : lui seul peut éclairer les problèmes que pose l'exercice de sa profession. Il fournit l'explication des phénomènes socio-économiques dus aux maladies et, en même temps, des mécanismes de croissance de l'Industrie pharmaceutique.

Dans la perspective du laboratoire-producteur, il est alors devenu indispensable de résoudre deux problèmes :

1^o rétablir, sur le plan national, le contact et la confiance avec le médecin, confiance qui existait à l'origine entre ce dernier et le pharmacien d'officine et qui par suite de l'évolution industrielle que nous venons de mentionner, s'est trouvée plus ou moins brisée;

2^o se présenter comme une entreprise industrielle et commerciale sans apparaître au médecin comme un corps étranger, sur lequel peuvent se polariser toutes les attitudes négatives du médecin vis-à-vis du commerce, attitudes dont nous parlerons plus tard.

Ces deux impératifs impliquent que la politique de Recherche, la politique Commerciale et la politique d'Information du laboratoire ne soient pas déterminées, comme dans une entreprise industrielle et commerciale classique, par des impératifs essentiellement économiques, mais plutôt par une compréhension des problèmes de chaque médecin prescripteur et par conséquent, de ses relations avec ses malades.

C'est pour répondre à ces préoccupations qu'a été instituée, à la suite de nombreuses Études de Motivation, l'Étude permanente de la prescription médicale et de la morbidité, dont je vais vous exposer les caractéristiques. Celle-ci est réalisée dans le cadre de l'Institut de Documentation et de Recherche sur les Maladies et traitée techniquement par la Société Dorema.

Pour comprendre objectivement les relations médecins/malades, l'objet de cette Étude est de préciser statistiquement :

- Qui est malade?
- De quelles maladies?
- À quelle période?
- Dans quelle région?
- Quelles sont les caractéristiques des médecins, qui traitent ces malades?
- Quels traitements sont appliqués à ces derniers et pour quelles raisons?

L'ÉCHANTILLON

Comme on l'a vu, seul le médecin est à même de répondre à ces questions.

Le premier problème consistait donc à établir un échantillon représentatif des médecins qui ont une clientèle.

Théoriquement, on aurait pu procéder par un tirage au sort sur les listes des médecins inscrits à l'Ordre national mais cette technique était, pratiquement, difficilement réalisable.

On a donc opéré par quotas. Le premier critère est démographique : on connaît pour chaque département, le nombre de médecins-praticiens qui exercent et parmi eux, la propor-

tion des spécialistes et des généralistes. Il était donc facile d'établir par région, un quota de médecins dans chaque spécialité, proportionnel à leur nombre total. On a ainsi 75 % de généralistes et 25 % de spécialistes. 25 % des médecins sont établis dans la région Parisienne et 75 % en province.

On connaît aussi la proportion des médecins, professeurs, anciens internes des hôpitaux, anciens externes des hôpitaux, stagiaires.

On connaît l'âge des médecins avec une relative exactitude d'après leur année de thèse.

On connaît la proportion des médecins dans les petites, moyennes et grandes villes.

Voici donc cinq critères aisément observables qui constituent une base d'échantillonnage très acceptable.

Quant à la dimension de l'échantillon, on l'a fixé à 1 600 par an, ces 1 600 médecins étant fractionnés en quatre tranches de 400, identiques quant à leur représentativité, de telle sorte que l'on puisse examiner les influences des saisons sur les maladies et par conséquent sur les prescriptions.

Pourquoi 1 600? Parce que ce nombre apparaissait correspondre aux besoins de l'Industrie pharmaceutique pour suivre l'évolution de ses produits.

LA COLLABORATION DEMANDÉE AU MÉDECIN

Sur ces bases, le deuxième problème était d'obtenir la collaboration du médecin pour un travail rigoureux qui réclame un certain temps. Nous lui demandons en effet, de remplir autant de fiches qu'il traite de malades pendant deux jours consécutifs, à une période déterminée — ces deux jours étant choisis comme représentatifs de son activité — soit 35 fiches pour le médecin moyen.

Ces fiches comportent pour le malade :

- son âge;
- son sexe;
- sa situation matrimoniale;
- son régime social;
- le lieu de l'examen (cabinet ou domicile);
- s'il s'agit d'une première ou d'une deuxième consultation, pour la maladie considérée;
- sa catégorie socio-professionnelle;
- le ou les diagnostics du médecin;
- le jugement du médecin sur l'aspect fonctionnel ou organique de la maladie.

En ce qui concerne le traitement et les produits prescrits, elles mentionnent :

- le laboratoire qui les distribue;
- leur forme;
- la posologie en quantité quotidienne et en durée de traitement;
- l'effet attendu du médicament par le médecin;
- s'il s'agit d'un nouveau traitement ou d'un traitement d'entretien.

Elles contiennent enfin d'autres prescriptions, telles que :

- arrêt de travail;
- régime;
- examen radiologique;

- examen d'un spécialiste;
- analyses, électrocardiogramme, etc.

PSYCHOLOGIE DU MÉDECIN

Comment obtenir la collaboration du médecin?

Pour expliquer comment le médecin a apporté son adhésion, il est nécessaire d'en revenir à l'étude de ses motivations.

La vision de sa profession est dominée par deux pôles contraires :

- la conscience d'exercer une profession à laquelle est attaché un grand prestige;
- la conscience de l'insuffisance des moyens mis à sa disposition ou de la méconnaissance de ces moyens.

En effet, comme on l'a vu, la médecine est une réalité vivante qui progresse à une rapidité extraordinaire. Mettons-nous à la place du médecin de quarante ans. Celui-ci, à la Faculté, n'a reçu aucune information sur les antibiotiques, car ils n'existaient pas. Depuis qu'il exerce, il a dû apprendre, chaque année, l'application de cinquante produits nouveaux, leurs dosages variés, sans compter leurs formes multiples (ampoules, dragées, comprimés, cachets, suppositoires, gélules, etc.) et leurs formes associées.

On comprend qu'il lui est très difficile de se tenir à jour aussi parfaitement qu'il le souhaite, débordé par une quantité d'informations sans cesse accumulées et dont il lui est presque impossible de juger la valeur. Le médecin revient inlassablement sur le temps qui lui manque.

Ainsi, le médecin qui se veut scientifique, rationnel, se trouve souvent obligé de choisir sa thérapeutique d'une façon impulsive, voire réflexe. Il n'a pas la possibilité d'étudier, sur une base scientifique personnelle, l'efficacité des divers produits mis à sa disposition. Citons, à titre d'exemple, l'extrait d'un entretien avec un médecin.

« Quand on saura la somme de culture générale qui est exigée d'un médecin de médecine générale, les gens ne se rendent pas compte... c'est quelque chose d'effarant... Il faut savoir tout faire, il faut être prêt à tout, il faut savoir tout distinguer, tout parer... Être là pour un accouchement qui ne va pas... Être là pour une crise d'épilepsie, pour un cardiaque, pour un corps étranger dans l'œil... pour une fracture... Il faut savoir tout faire, savoir ce que faisait le médecin de médecine militaire pendant la guerre qui était obligé de tout faire... ce que fait actuellement le médecin de campagne... Les médecins de campagne sont des gens admirables qui ont une omniprésence et on exige tellement d'eux... »

Parallèlement à cette situation, le médecin subit la pression des malades qui recherchent une guérison, un soulagement ou un réconfort, pression constante puisque le médecin français voit en moyenne entre 17 et 18 malades par jour.

Ajoutons à cela la pression de la société qui s'exerce sur lui, sous l'aspect de la Sécurité sociale et de l'État, et celle des laboratoires qui utilisent tous les systèmes d'information possibles pour vendre leurs produits.

On comprend alors le besoin impérieux du médecin de compenser l'inquiétude professionnelle qui résulte de ces conflits par un système de protection. Les éléments fondamentaux de ce système correspondent à trois types de relations :

- A) avec les malades;
- B) avec les patrons;
- C) avec les laboratoires de spécialités.

Idéalisées, ces relations constituent une véritable protection en rejetant dans l'inconscient les difficultés du médecin.

A) Dans ses relations avec le malade, le médecin recherche chez celui-ci des sentiments d'affection. Il a besoin de sa confiance, d'une certaine obéissance, d'une reconnaissance éventuelle. Il a enfin pour rôle de protéger — car il se sent responsable de la sécurité de ses patients — de pourvoir — et ainsi il réclame les moyens nécessaires à son intervention pour le compte de son malade — d'encourager, de soutenir.

Deux exemples donneront une idée de cette « communion » nécessaire entre le médecin et son malade.

Nous les emprunterons à FABRE dans la thèse du D^r DISSOUS, déjà mentionnés lors d'une conférence du D^r LAMBLING, ici même, il y a deux ans.

« 1. FABRE rapporte l'expérience réalisée par GUTTMAN. Ce dernier utilise un placebo chez des sujets atteints d'ulcère gastrique. Il note une réponse favorable dans 70 % des cas quand c'est le médecin qui donne le placebo en déclarant qu'il s'agit d'un médicament nouveau dont on attend les meilleurs résultats et seulement dans 25 % des cas, quand c'est l'infirmière qui donne le comprimé en signalant que c'est un médicament nouveau dont on veut savoir s'il exerce une action thérapeutique. »

2. « FABRE montre bien la grande réceptivité des patients : « Nos malades sont infiniment sensibles à la foi que nous avons dans nos procédés thérapeutiques, comme si un instinct leur faisait déceler nos pensées alors même que nos paroles ne les révèlent pas. » Il cite l'exemple assez savoureux que rapporte WOLF : celui d'un patient souffrant d'asthme depuis 17 ans et chez qui son médecin essaie un nouveau traitement dans lequel il a confiance. L'asthme disparaît pendant les périodes de traitement. Le médecin remplace le médicament par un placebo ; l'asthme réapparaît. Mais une fois, le délégué de la maison pharmaceutique envoie un placebo à la place du médicament demandé. Le médecin croit avoir donné le médicament et... l'asthme disparaît. »

B) En ce qui concerne les relations avec le Patron, écoutons un médecin :

« Quand j'avais un doute, mes Maîtres ont toujours été pour moi des conseillers et je n'aurais pas fait une chose sans aller leur demander conseil, n'ayant pas un père médecin, n'étant pas de famille médicale... »

La situation psychologique du médecin se trouve donc caractérisée par une attitude filiale à l'égard du Patron et une attitude paternelle à l'égard du malade.

C) Quant au troisième type de relations, avec les laboratoires pharmaceutiques, elles sont beaucoup plus délicates, contradictoires et soumises à des perturbations. La presque totalité des médecins, parlant des laboratoires, ne manquent pas de faire des réserves à propos de leur aspect commercial, en opposition au caractère libéral de leur propre profession.

Les notions de commerce, d'économie sont pour eux très difficiles à intégrer. Nous n'avons pas ici la place d'expliquer ce phénomène mais retenons que le médecin est constamment heurté par l'aspect commercial qui lui apparaît sous forme de publicité, de visite médicale. Il a le sentiment, en prescrivant un produit, de faire la fortune de l'un ou de l'autre, sans être pour autant l'arbitre de la situation.

Le pharmacien d'officine d'antan, qui exécutait sa prescription magistrale et était, en quelque sorte, son adjoint direct, est devenu un industriel puissant qui lui donne à choisir entre telle ou telle indication et qui essaie de la lui imposer par une information persuasive. Ce n'est plus le docteur qui soigne et qui guérit, c'est le produit.

Par contre, l'industrie, justement par la puissance de ses moyens, lui apporte des

possibilités de soigner chaque jour plus importantes, et dans ce sens elle est son auxiliaire le plus précieux.

La publicité et la visite médicale sont alors indispensables.

L'APPROCHE DU MÉDECIN

De ces données, on peut déduire une approche satisfaisante du médecin pour obtenir sa collaboration. Il s'agit de renforcer le système protecteur que nous venons d'évoquer.

Nous avons vu que celui-ci reposait sur les relations avec les malades, les Patrons et les laboratoires de spécialités. Mais la caractéristique, étonnante à notre époque, des communications entre le médecin et ces groupes, est d'être à sens unique, sauf dans une large mesure en ce qui concerne les rapports avec le malade seul. Le diagnostic est le résultat d'un échange, d'un dialogue et encore pas toujours. Le malade n'a pas son mot à dire dans bien des cas.

Dans le système hiérarchisé de la médecine, les Patrons donnent leur enseignement. Le médecin praticien de clientèle reçoit cet enseignement mais ne renvoie pas au niveau hiérarchique supérieur le fruit de ses expériences.

Quant au laboratoire, il adresse au praticien, le maximum d'informations concernant ses produits, sous toutes les formes possibles, mais il n'exploite pas, en retour, les résultats expérimentaux du praticien.

On se trouve donc devant des communications primaires. On peut évidemment assurer au médecin une compensation beaucoup plus grande à ses difficultés professionnelles dès lors que le système protecteur est fondé sur des échanges dans les deux sens, avec les groupes sociaux qui lui permettent de remplir son rôle.

La collaboration nécessaire pour établir nos statistiques consiste en réalité à établir une communication d'ordre scientifique, du médecin praticien vers les laboratoires pour leurs services d'information, et vers les chercheurs. Ceux-ci peuvent trouver intérêt à confronter certaines de leurs expérimentations pratiquées sur de petits nombres de cas, avec les méthodes et les techniques thérapeutiques appliquées à des populations beaucoup plus importantes.

L'isolement dans lequel se trouve le médecin est alors rompu; il est satisfaisant pour lui de sentir qu'il participe à l'orientation de l'information et de la recherche dont il est finalement le bénéficiaire.

L'aspect commercial négatif se trouve dépassé par une sorte de retour à l'époque de la prescription magistrale. Le pharmacien industriel reprend le rôle du pharmacien d'officine. *Il exécute les ordonnances qu'il reçoit non plus d'un médecin, mais du Corps médical représenté statistiquement.*

RECRUTEMENT DES MÉDECINS

Du point de vue pratique, nous avons formé des délégués chargés de visiter les médecins selon les quotas imposés par l'échantillon. Ces délégués ont été recrutés uniquement en dehors du Corps médical, parmi des personnes ayant déjà un autre emploi à temps partiel. Il était nécessaire qu'ils soient nombreux, l'implantation étant très dispersée : la représentativité actuelle du Panel que nous avons constitué est, en effet, valable au stade du département.

Selon une argumentation tenant compte de tout ce qui précède, le délégué obtient l'adhésion des médecins aux travaux de l'Institut de Documentation et de Recherche sur les Maladies. Par la suite, à la réception des carnets du médecin, le travail ayant été reconnu valable, le médecin devient membre-correspondant de l'IDREM. Il précise en même temps,

la nature de la collaboration qu'il peut assurer à l'Institut, sous quelle forme, avec quelle périodicité.

Ainsi, nous avons obtenu environ 15 000 fiches par trimestre, depuis cinq trimestres, soit au total l'état de 75 000 malades consultés par 2 000 médecins, au cours de 4 000 journées de consultations.

*
* *

Les fiches, quand elles arrivent à notre siège, sont d'abord confrontées avec les données de l'échantillon. On examine si le travail est fait correctement et nous devons dire que c'est presque toujours le cas. Si certaines rubriques manquent ou sont mal remplies, les fiches sont retournées à leur auteur ou bien on décide de remplacer le médecin défaillant par un confrère ayant les mêmes caractéristiques. Les documents retenus sont alors transmis à une direction médicale qui attribue un numéro de code aux diagnostics et aux effets attendus des médicaments pour ceux-ci.

Ensuite sont codés les produits, par une équipe spécialisée. On procède alors par extraction de cartes pré-perforées; les unes correspondent aux produits, les autres aux maladies.

A) *Sur les cartes « Produit »* on graphite :

- la forme du médicament (s'il s'agit de comprimés, de dragées, de suppositoires, de gélules, etc.);
- sa posologie. Si le malade doit en prendre 1, 2, 3, 4 par jour, par semaine, par mois;
- pendant combien de temps va durer le traitement;
- l'effet que le médecin attend du produit prescrit;
- si c'est un nouveau traitement ou une cure d'entretien.

B) *Sur la carte « Maladie »* on graphite :

- l'âge du malade;
- son sexe;
- sa situation de famille. Est-il célibataire, marié, père ou mère de famille?
- son régime social. Le malade est-il affilié à la Sécurité sociale, à une Mutuelle ou à d'autres régimes d'assurances?
- sa catégorie socio-professionnelle. Est-il agriculteur, ouvrier, cadre moyen, cadre supérieur ou inactif?
- le lieu de la consultation. Si celle-ci est au cabinet du médecin ou au domicile du malade. S'il s'agit ou non d'une première consultation pour cette maladie.

Enfin

- la maladie est-elle considérée comme fonctionnelle, organique ou les deux?

Pour une fiche de consultation correspondant à une ordonnance, on aura ainsi retranscrit toutes les données et on y ajoutera une carte correspondant aux caractéristiques du médecin :

- spécialiste ou généraliste;
- âge;
- titre;
- prescripteur faible, moyen ou important;
- sa région;
- le standing de son quartier;
- l'importance de sa commune en nombre d'habitants.

Cinq cartes en moyenne, correspondront à une fiche de consultation.

On créera en mécanographie des cartes récapitulatives qui seront finalement traitées sur un ordinateur 1401.

De l'ordinateur, sortent trois séries de tableaux.

A) *Les tableaux « Maladie » au nombre de 115.* Nos codes ont été établis d'après ceux de l'Office Mondial de la Santé. Sont analysées les maladies citées dans le Panel un nombre minimum de 50 fois, ce qui correspond après extrapolation à 40 000 consultations par mois.

Les maladies citées moins de 50 fois sont regroupées dans des tableaux « Divers » : exemple : primo-infection tuberculeuse, laryngite tuberculeuse.

L'analyse comporte, en chiffres absolus et en pourcentages :

- les maladies regroupées sous le titre principal du tableau. Par exemple, regroupées sous « Artériosclérose », on aura une ventilation en quantité, des artérites des membres inférieurs et des aortites athéromateuses;
- les caractéristiques du médecin;
- les caractéristiques du malade;
- les effets attendus par le médecin pour soigner cette maladie; on verra par exemple que pour soigner un ulcère de l'estomac et du duodénum, les médecins recherchent :
 - des pansements gastriques, dans 15 % des cas;
 - des cicatrisants, dans 9 % des cas;
 - des antispasmodiques, dans 8 % des cas;
 - des antalgiques dans 6 % des cas;
 - des anti-acides, dans 3 % des cas, etc.
- la liste alphabétique des médicaments prescrits dans cette indication, ventilée par :
 - laboratoires;
 - formes;
 - posologie;
 - traitement nouveau ou non.

B) *Les tableaux « Médicament ».* Sont analysés tous les médicaments qui apparaissent trente fois et plus au cours du trimestre.

L'analyse comporte :

- le nombre des prescriptions;
- le nombre des prescripteurs;
- les caractéristiques des médecins;
- les caractéristiques des malades;
- les maladies dans lesquelles est prescrit le produit;
- sa posologie moyenne, par forme;
- les effets que les médecins en attendent. Un médicament aura, en effet, la plupart du temps, des indications multiples. Par exemple : à la fois antispasmodique, antalgique, sédatif, antivomitif, antiprurigineux, etc.

C) *Les tableaux « Indications thérapeutiques ».*

Les effets désirés par les médecins en prescrivant les médicaments sont regroupés selon leurs indications. Par exemple : antalgique, tranquillisant, antispasmodique, hypocholestérolémiant, etc.

On retrouve dans l'analyse, les caractéristiques des médecins et des malades, les maladies correspondant aux indications thérapeutiques. On verra là que les traitements antispas-

modiques sont utilisés pour tant pour cent de cas dans les ulcères, tant pour cent dans les colites, tant pour cent dans les lithiases rénales et urinaires. Enfin, le classement alphabétique des produits utilisés pour cette indication, ventilés par laboratoires, par formes, posologies, etc.

En ce qui concerne les extrapolations des chiffres du Panel, il y a à prendre en considération :

- le nombre d'actes par médecin et par jour, qui se situe entre 17 et 18;
- le nombre de praticiens qui exercent en clientèle, qui est de 30 000 environ;
- le nombre de jours d'activité par médecin et par an.

Au total, les 30 000 praticiens français effectuent 130 millions de consultations par an, correspondant à un diagnostic.

Le Panel représente environ 1/2 350 des prescriptions.

Voici quelques chiffres :

- 25 % des consultants ont moins de 20 ans, alors que la population en comprend 35 %;
- 21 % des consultants ont plus de 60 ans, alors que la population en comprend 16 %;
- 46,5 % des consultants sont des hommes alors que la population comprend 48,5 % d'hommes. Somme toute, les hommes ont exactement autant besoin du médecin que les femmes;
- le médecin se déplace au domicile de son malade 4 fois sur 10;
- 350 médicaments représentent 50 % des produits prescrits, les 50 autres pour cent sont répartis entre près de 3 000 médicaments. Nous sommes loin du chiffre de 15 000 spécialités qui est généralement cité;
- le malade moyen se voit ordonner 2,8 médicaments par consultation;
- en dehors des consultations hospitalières, les Français se voient prescrire 360 millions de médicaments chaque année, indépendamment de la quantité prescrite pour chacun d'eux et en dehors des médicaments achetés sans le médecin.

Une autre constatation intéressante : il y a, à peu de chose près, autant de consultations en hiver qu'en été. Tout se passe comme si la population avait un besoin constant du médecin. Il y a toujours une maladie pour prétexter la consultation.

Ainsi, les maladies des voies respiratoires supérieures, des poumons, des plèvres et bronches représentent plus de 7 millions de consultations en hiver, et moins de 4,5 millions en été. Mais en échange, des maladies telles que celles de l'appareil digestif, des vaisseaux, du cœur, de la nutrition, les troubles psychiques, les maladies infectieuses, viennent combler, en été, le déficit des voies respiratoires.

*
* *

On a vu que cette étude de la Morbidité et de la Prescription médicale constituait en fait la base d'un dialogue entre les médecins, les services d'information des laboratoires et les chercheurs.

Il va de soi que les médecins, correspondants de l'IDREM, sont partisans d'intensifier ce dialogue sous des formes identiques où selon d'autres formules. Ils ont tous indiqué avec précision de quelle manière, à quelle période, ils entendaient apporter leur contribution dans ces domaines.

Mais que peut-on en attendre pratiquement? Ce sont dans l'immédiat, les laboratoires pharmaceutiques qui pensent en être les bénéficiaires.

Pour une meilleure adaptation des médicaments aux malades, par une prévision économique bien étayée sur les réalités, par des informations tenant compte de la terminologie et des besoins des praticiens, l'Industrie pharmaceutique peut réaliser des progrès considérables dans la mesure où elle comprend et adopte des systèmes de gestion moderne.

Ajoutons à l'étude que nous venons de décrire, les possibilités qu'a l'IDREM d'effectuer des interviews de médecins, personnelles ou de groupes, de leur présenter des questionnaires par enquêteur ou par poste. Ces techniques sont à même de faciliter la compréhension d'axes de recherche cohérents et d'aider aux lancements rapides et rentables de médications nouvelles.

Dans ce sens, les médecins concourent déjà à une analyse permanente de la visite médicale, à la suite d'études générales qui ont été menées sur les moyens d'information du corps médical, par la presse professionnelle, par le courrier direct, par les outils de travail que représentent les fichiers thérapeutiques, les annuaires, etc.

En second lieu, sous un aspect plus général mais non moins concret, les courbes de morbidité contenues dans les statistiques mises à jour par notre organisation ont un intérêt certain, en dehors de tout commentaire. On se demande simplement pourquoi ce travail n'est pas réalisé depuis longtemps.

En fait, cela n'était pas commode. Quand un médecin voit un malade, il ne le déclare à personne, sauf pour certains cas de maladies contagieuses. Le malade non plus. La masse de documents que possède la Sécurité sociale pourrait permettre d'établir des statistiques relatives aux produits, mais non aux maladies, en fonction du Code de déontologie médicale. C'est parce que nos études n'ont que faire du nom des malades qu'elles peuvent faire état des maladies.

On va donc pour chaque maladie, connaître la répartition et l'évolution, par région, sexe, âge, établir des corrélations entre elles et les facteurs sociaux d'habitat, de profession, etc., le Service « Statistiques » du Ministère de la santé examine maintenant ces données.

Ces études devraient aussi permettre à la France, dans le cadre de l'Office Mondial de la Santé, de comparer la morbidité de sa population avec celle d'autres pays. Citons un article du 24 mars, dans « Le Figaro », sous la plume de M. Léon L. GRUART :

« Pendant deux jours, les plus éminents phtisiologues de quinze pays européens, réunis à Paris, ont fait le procès de la lutte antituberculeuse, l'occasion de cette rencontre étant « La journée Mondiale de la Santé, que l'OMS dédie cette année à la tuberculose. La « commission d'enquête » qui dirigeait les débats et présidée par M. Bernard CHENOT, ancien ministre, comprenait des spécialistes français et étrangers et aussi des journalistes français et britanniques.

« Pour déceler l'étendue du problème, il faut d'abord dresser un bilan. Ce n'est pas le moins curieux de cette lutte antituberculeuse que de savoir que l'on possède sur l'endémie moins de renseignements en Europe qu'en Afrique ou en Asie ! On connaît généralement le nombre de malades traités dans les dispensaires ou à l'hôpital. On ignore le nombre de tuberculeux traités à domicile. Si bien que les chiffres de morbidité sont très approximatifs. »

Voilà une lacune comblée; nous possédons en France plus de renseignements qu'en Afrique et en Asie.

Ainsi, pour la tuberculose, nous sommes en mesure d'indiquer à l'OMS qu'il y a eu en 1963, en France, 2 550 000 consultations en dehors des hôpitaux et dispensaires et que 300 000 de celles-ci concernaient de nouveaux cas de maladies.

Parmi ces 300 000 nouveaux malades, 150 000 étaient des pulmonaires et 150 000 des malades atteints d'autres formes de tuberculose y compris les primo-infections.

Or, M. GRUART ne mentionne dans son compte rendu de cette rencontre de l'OMS, que 120 000 cas nouveaux par an.

Après plusieurs années, ces courbes permettront de considérer les progrès faits par la médecine dans chacune des maladies.

Mais dès maintenant, parmi les préoccupations actuelles qui touchent aux incidences de la vie moderne sur la Santé publique, il serait facile d'analyser, par exemple, les influences de la pollution atmosphérique sur chacune des maladies, dans les zones urbaines et rurales, industrialisées ou non, l'influence du tabac, etc... Les correspondants de l'I. D. R. E. M. accepteraient sans aucun doute de remplir pour chacun de leurs malades analysés dans nos études, des fiches annexes précisant s'il s'agit d'un fumeur de pipe, de cigares ou de cigarettes, à bout filtre... tabac blond ou brun.

Sur un sujet considéré comme capital, le P^r LACASSAGNE de l'Institut National de Recherche sur le Cancer, déclare :

« Il y a deux éléments dans la lutte (sur le cancer) : une recherche empirique qui part de constatations troublantes et une recherche fondamentale qui s'appuie sur les travaux de presque toutes les disciplines scientifiques, travaux dont l'objet peut être tout autre que la recherche contre le cancer. Ainsi, physiciens, chimistes, biologistes, mathématiciens, vétérinaires et médecins de toutes les spécialités sont volontairement ou involontairement des chercheurs dans la lutte contre le cancer. Et il se peut que le problème du cancer soit résolu un jour dans un laboratoire par une personne qui ne connaît rien à cette question. »

(Citation de « Candide »)

Or, le cancer donne lieu à 2 millions de consultations par an, réparties entre les 30 000 praticiens français.

Leur contribution, ne serait-elle que statistique, aux recherches effectuées dans ce domaine, n'est-elle pas à prendre en considération?

Aucun de vous ici, je pense, n'est à convaincre de l'utilité des statistiques à condition qu'elles soient bien interprétées et exploitées. Le petit démarrage que nous avons fait en appliquant nos méthodes dans le domaine médical doit ouvrir la voie à des recherches profitables pour la meilleure santé de chacun.

François ANGER

DISCUSSION

M. CHEVRY, après avoir remercié le conférencier d'un exposé très intéressant, désire poser trois questions :

1) Celle de la représentativité de l'échantillon qui constitue le problème essentiel et conditionne au premier chef la valeur des résultats. L'échantillon trimestriel de 400 médecins en compte une centaine pour le département de la Seine. Il en reste donc environ 300 pour les 89 autres départements, soit 3 ou 4 par département en moyenne. Cela paraît vraiment très peu et il semble dans ces conditions peu probable qu'un échantillon aussi faible soit représentatif au niveau de chaque département, comme le déclare M. ANGER. D'autant plus que, les médecins participant à l'enquête ne pouvant être que des volontaires, il faut pour les choisir utiliser la méthode des quotas, avec toutes les difficultés que pose, à la fin d'un tel choix, la découverte d'un médecin présentant des caractéristiques très particulières et avec l'impossibilité qu'implique la méthode des quotas de calculer la marge de l'erreur d'échantillonnage.

2) La deuxième question concerne le choix des deux journées d'observations demandées à chaque médecin-échantillon. Les lui impose-t-on, ou lui laisse-t-on la liberté d'en fixer la date à sa guise?

A ce propos, a-t-on attiré l'attention des médecins sur la grave erreur qui consisterait à choisir si peu que ce soit les malades qui feront l'objet d'une fiche de consultation et notamment à négliger d'établir une telle fiche pour des consultants considérés comme peu intéressants? C'est là une attitude que nous rencontrons souvent dans nos enquêtes par sondage.

3) La troisième question concerne les double emploi qui risquent de se produire dans une telle enquête. Il arrive en effet assez fréquemment qu'un malade consulte, pour la même affection, plusieurs médecins et ceci dans des conditions qui peuvent revêtir deux aspects :

— il consulte d'abord un médecin généraliste, puis, sur le conseil de ce dernier, un spécialiste;

— il consulte de sa propre initiative plusieurs médecins, spécialistes ou non, pour obtenir soit la confirmation, soit l'infirmité d'un premier diagnostic.

De toutes manières il y a doubles emplois. Mais dans le premier cas, le spécialiste est généralement informé de la consultation qui a précédé la sienne, il pourrait donc en faire état dans la fiche qu'il remplit. Dans le second cas au contraire, le malade se garde bien de signaler au deuxième médecin qu'il consulte (ou au troisième) qu'il en a déjà vu un autre (ou deux autres) pour le même objet. Cette circonstance introduit dans l'enquête des doubles emplois impossibles à déceler et qui tendent à majorer les taux de morbidité.

M. le Dr VENDRYÈS. — Je laisse aux spécialistes, membres de notre Société le soin de juger la conférence de M. ANGER dans ce qu'elle a de purement statistique. Mais je veux féliciter M. ANGER de la manière dont il a présenté la question des relations entre le malade et son médecin. Il est rare de trouver, en dehors des médecins praticiens, des personnes qui sentent aussi bien ce problème qui est peut-être le problème essentiel de la médecine. Seul celui qui est en relations quotidiennes avec des malades peut prendre conscience de son immensité et de ses difficultés.

C'est même un signe des temps que l'on ait senti, de différents côtés dans le monde, le besoin de le poser officiellement. C'est ainsi que dans le courant du mois de mars 1964, à la faculté de médecine de Paris, trois journées, présidées par le Pr KOURILSKY, ont été consacrées aux relations entre malades et médecins, avec tout ce que ces relations comportent de psychologie vécue.

Les médecins avant tous autres, et plusieurs siècles avant le christianisme ont reconnu la nécessité de donner à leur profession un Code moral. Le serment d'Hippocrate est resté un article fondamental de la charte médicale et il est valable quelles que soient la religion, la race, la patrie ou la langue des médecins.

C'est même ce problème brûlant qui, si souvent, oppose le Corps médical, dans sa conception d'une médecine individualiste, et ceux qui, avec une mentalité et presque une philosophie différentes, essayent, non sans beaucoup de raisons, de faire progresser la médecine sociale.

A propos d'une étude technique sur l'un des aspects de la médecine, celui de la prescription thérapeutique M. ANGER a compris l'importance primordiale de ce problème très général.

M. J. DAVID. — Dans l'état actuel des choses, votre Panel de médecins fournit des informations sur les maladies traitées et les médicaments utilisés. L'usage en paraît immédiat pour le marché des produits pharmaceutiques. Mais croyez-vous possible une utilisation par des organismes scientifiques pour rechercher la vérité dans les trois directions suivantes ? :

— efficacité des méthodes thérapeutiques, avec une idée de rechercher la méthode la moins coûteuse pour la Nation à efficacité égale ;

— variance des prescriptions médicales, et en particulier des prescriptions coûteuses comme l'arrêt de travail, avec recherche des causes de cette propension à gaspiller qui marque le système médical français ;

— analyse des corrélations des actes médicaux et des maladies supposées avec des facteurs démographiques sociaux ou régionaux, chez le médecin et le malade.

J'ajouterai que votre Panel me paraît un instrument très utile. Mais comme beaucoup d'autres intervenants je doute de son efficacité absolue pour l'analyse de la morbidité exacte. Par contre il me semble que l'étude et la détection des biais qu'il contient ouvrirait des allées insoupçonnées dans la forêt des motivations psychologiques des malades et des médecins.

Et pour cet usage scientifique pur, votre Panel serait certainement sans égal car l'analyse du budget social de la Nation montre qu'une part très importante des crédits ont des causes qui relèvent de motivations psychologiques conscientes ou inconscientes.

M. F. MILHAUD. — Je vois dans le travail présenté deux sujets d'étude qui ont été abordés.

L'un concerne l'activité des médecins en tant que prescripteurs : nombre des malades vus en moyenne chaque jour, nombre des médicaments par ordonnance. Il pourrait avoir son intérêt. Il soulève un difficile problème d'échantillonnage.

L'autre est la statistique de morbidité, entreprise ici pour la clientèle privée comme elle pourrait être entreprise pour les hôpitaux et dispensaires.

Il convient de se demander ce que peut signifier une statistique générale de morbidité.

Tout diagnostic intéresse un ensemble de sujets. Et cet ensemble présente de nombreuses intersections avec ceux qui correspondent à d'autres diagnostics. La même maladie peut recevoir plusieurs dénominations selon que l'on a l'attention attirée sur le syndrome principal, sur l'organe atteint, sur le facteur considéré comme causal, etc. De plus un sujet a plusieurs maladies et la même personne peut être soignée une fois pour grippe et venir quelques mois plus tard dans le cabinet du médecin pour une hypertension qu'elle avait déjà lors de sa grippe. Le diagnostic que nous relevons est seulement l'indication du motif principal de l'intervention du médecin.

Réduite à cette signification, une statistique générale de morbidité exprime des « besoins » que l'on peut reporter au chiffre de la population, à sa structure socio-économique, à sa pyramide des âges.

Dans cette perspective, il ne faut pas considérer comme une cause d'erreur l'éventualité que certains malades consultent plusieurs médecins, et que cette conduite soit inégalement fréquente selon les diagnostics à vérifier. Ce comportement est un fait, et il faut en tenir compte dans l'évaluation des besoins.

M. VIEUX. — 1^{re} question : Ne craignez-vous pas de commettre une erreur de méthode en ne vous adressant qu'aux praticiens étant donné les contingences auxquelles ils sont

soumis et surtout étant donné qu'une telle enquête fut déjà entreprise il y a plusieurs années dans le milieu hospitalier, en 1950 je crois, avec des moyens de beaucoup supérieurs mais aussi avec un contrôle beaucoup plus serré des prescriptions et des résultats?

2^e question : Ne pensez-vous pas à une erreur possible dans la collecte des données concernant les prescriptions du fait de l'absentéisme ouvrier et employé étant connu de tous le fait que le certificat médical qui concerne les absences n'est souvent que de pure forme, et que la prescription qui accompagne souvent l'arrêt de travail ne donne lieu que rarement à un achat réel.

3^e question : Comment comptabilisez-vous les achats libres tels que par exemple de produits dont la délivrance peut se faire sans ordonnance, alors que des produits similaires mais dont la délivrance ne peut s'effectuer que sur ordonnance ne sont pas pris en compte. Or le produit libre est quand même un médicament dont l'action est réelle.

M. KOMAROVER. — Je voudrais revenir sur la partie de l'exposé de M. ANGER qui a trait aux chiffres de morbidité qu'il a calculés.

Les dispositions de l'article 293 du Code Sécurité sociale attribuent aux porteurs de certaines affections un taux de remboursement particulier pour leurs prestations de soins.

La mise en jeu de ces dispositions donne aux médecins-conseils des Caisses la connaissance précise des diagnostics de ces affections et le fait que des avantages pécuniaires soient associés à ces maladies fait qu'il est peu probable qu'un nombre notable de celles-ci reste ignoré des contrôles médicaux.

Les estimations récentes font évaluer à largement 75 % de l'ensemble de la population le nombre des assujettis aux divers régimes de Sécurité sociale rassemblés sous l'étiquette « régime général et rattachés ».

Or, en ce qui concerne par exemple la tuberculose, les chiffres publiés dans le bulletin de décembre 1963 des Statistiques du Ministère du travail et de la Sécurité sociale, pour l'année 1961, signalent 58 414 nouveaux cas de tuberculose toutes formes.

Le conférencier nous ayant de son côté parlé d'environ 330 000 nouveaux tuberculeux par an, le décalage entre ces deux grandeurs nous fait penser qu'il existe inévitablement, dans l'enquête de M. ANGER, un biais important qu'il est essentiel de rechercher. »

M. DAMIANI. — Compte tenu des remarques qui ont été faites sur l'interprétation des résultats de cette enquête, le ministère de la Santé publique et de la Population pense que les renseignements obtenus présentent un grand intérêt pour la connaissance de la morbidité de la population et a l'intention d'en publier les résultats dans son bulletin statistique.

M. le D^r R. FLAMANT. — Une première réserve est d'ordre méthodologique et porte sur la *validité de l'échantillonnage*, établi selon la méthode des quotas. Quelle que soit l'exactitude avec laquelle les quotas sont respectés, de tels échantillons ne peuvent être considérés comme équivalents à des échantillons au hasard.

Une seconde restriction porte sur le but même de l'étude. Certes, à condition de constituer un échantillon vraiment représentatif des médecins praticiens, il est possible d'étudier la consommation des produits pharmaceutiques. Mais il faut souligner que l'objectif est plus commercial que scientifique : on peut ainsi déterminer quels produits ou quelles présentations les médecins préfèrent; on ne peut en aucun cas tirer des déductions sur l'*efficacité réelle* des produits. Seuls des essais thérapeutiques contrôlés, entrepris en milieu hospitalier selon des règles rigoureuses, permettent de juger la valeur des thérapeutiques.

Une troisième critique porte sur l'utilisation des diagnostics établis par les médecins au cours de cette enquête de marché pour tenter d'évaluer la *morbidité* en France.

Il s'agit d'une évaluation insuffisante. En effet, si l'on se limite aux informations des médecins praticiens, on peut seulement estimer la fréquence des maladies amenant à consulter le médecin praticien; il manque le recrutement hospitalier, part considérable de la morbidité générale.

Il s'agit aussi d'une évaluation biaisée. En effet, comme la période d'observation pour chaque médecin est très courte, on enregistrera relativement plus souvent les affections chroniques entraînant des consultations fréquentes, que les affections aiguës nécessitant un appel médical très limité dans le temps. Par ailleurs, un autre biais a déjà été évoqué : un même malade consultant deux médecins différents risque d'être compté deux fois.

En fait, une enquête de morbidité pour être valable doit obtenir l'enregistrement de tous les cas de maladie dans une région donnée, en utilisant non seulement les informations des médecins praticiens, mais encore des hôpitaux publics et privés, des laboratoires, des certificats de décès s'il s'agit d'une affection grave...

Le Docteur MARX a préparé son intervention d'après le texte de la conférence qui avait été distribué auparavant.

Il objecte à la première constatation : « Il ne peut avoir vente de médicaments, s'il n'y a pas de médecins », que très souvent les malades achètent les médicaments directement chez le pharmacien pour éviter, si possible, les frais d'une consultation dont le prix dépasse souvent le prix des médicaments. Ayant ainsi accumulé un certain nombre de médicaments, le malade demande « après coup » à son médecin traitant une ordonnance pour obtenir le remboursement par la Sécurité Sociale.

À la deuxième constatation il faut objecter que le conférencier ne s'est jamais posé la question sur la « durée de vie » d'un médicament, qui est en France à quelques exceptions près environ trois ans. Ces « modes » de changement du nom des médicaments, à composition presque identique sont la raison de la production frénétique de nouveaux médicaments aux États-Unis et ailleurs.

Nous ne voulons pas nous occuper de la composition de « l'échantillon de médecins » utilisé par la présente étude; les spécialistes de l'I. N. S. E. E. s'en sont déjà occupé.

Le projet, d'une collaboration des médecins-praticiens et des chercheurs de laboratoire est impossible dans l'état actuel des choses; tous les médicaments qui sont prescrits devant être expérimentés avant d'avoir obtenu le visa du ministère de la Santé publique.

Caractéristique du médecin. Le conférencier concède que la « caractéristique » : Prescripteur faible, moyen ou important ne veut rien dire.

Les tableaux « Maladies », correspondent d'après le conférencier à ceux établis par l'Office Mondial de la Santé; mieux connu sous son nom officiel : Organisation Mondiale de la Santé.

Si l'on « bloque » les maladies rencontrées moins de cinquante fois d'après l'exemple cité : primo infection tuberculeuse et laryngite tuberculeuse, on doit douter sérieusement de la valeur de ces tableaux.

En effet la primo infection tuberculeuse est l'ensemble des manifestations cliniques, humorales et anatomiques d'un organisme qui subit la première fois le contact du bacille tuberculeux.

La laryngite tuberculeuse, au contraire, est toujours la complication d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

On bloque ainsi le commencement « éventuel » d'une maladie qui peut rester « sans conséquence » avec une « aggravation » de la tuberculose pulmonaire évolutive.

Dans l'exemple cité : Artériosclérose, on oublie les vaisseaux cérébraux.

Dans les tableaux « Médicaments » sont analysés tous les médicaments qui apparaissent trente fois et plus par trimestre.

L'auteur ne dit pas, si ces médicaments sont comptés par ville, département ou pour la France entière.

Il ne signale pas non plus les grandes différences existant dans la consommation d'un médicament suivant les régions.

En ce qui concerne les « résultats », 25 % des consultants ont moins de 20 ans ; mais la population comprend 35 % ; il faut objecter que les enfants sont très souvent suivis dans les centres de protection maternelle et infantile.

Enfin le conférencier se contredit avec sa « Première Constatation » en disant : ...en dehors des médicaments achetés sans le médecin.

L'affirmation : Il y a toujours une maladie pour prétexter une consultation, demande une explication. Le conférencier est-il d'avis que les Français consultent trop souvent les médecins ?

Est-ce que le conférencier connaît les statistiques de morbidité pour les maladies de longue durée, publiées régulièrement par le ministère du Travail, (Direction générale de la Sécurité sociale, 10^e bureau) et les nombreuses publications de l'ancien service de la Statistique médicale de la Caisse régionale de Paris, puisqu'il se demande, pourquoi ce travail, « Courbes de Morbidité, contenues dans les statistiques mises à jour par notre Organisme », n'a pas été réalisé jusqu'à ce jour ?

On peut en douter. Je m'excuse d'être obligé de parler si franchement. Ce conférencier affirme : La masse de documents que possède la Sécurité sociale pourrait permettre d'établir des statistiques relatives aux produits, mais non aux maladies, en fonction du Code de Déontologie médicale.

Or chaque service de contrôle médical établit pour chaque malade passant au Contrôle médical une fiche avec diagnostic. Les Contrôles médicaux de la Caisse primaire centrale de Sécurité sociale de la Région Parisienne voient défiler chaque année plus d'un million de malades pour lesquels des fiches médicales avec diagnostic sont établies.

Dans le même cadre, disons poliment de non-connaissance des faits tombe l'énoncé d'un article du *Figaro* du 24 mars, cité par le conférencier concernant « notre » ignorance du nombre de cas de tuberculose. D'après cet article « on connaît généralement le nombre des malades traités dans les dispensaires ou à l'hôpital. *On ignore le nombre de tuberculeux traités à domicile.* Si bien que les chiffres de morbidité sont très approximatifs. »

Or les *malades traités à domicile* sont les *malades traités aux dispensaires*, parce qu'il est la caractéristique des dispensaires de traiter les malades non hospitalisés et couchant ainsi normalement « à domicile ».

Les chiffres concernant les nouveaux cas de tuberculose, calculés d'après les procédés de l'Institut européen de documentation et de recherches sur les maladies, dont le conférencier est le président sont franchement ahurissants.

Il affirme : « Ainsi pour la tuberculose nous sommes en mesure d'indiquer à l'O. M. S. qu'il y a eu en 1965 en France 2 550 000 consultations en dehors des hôpitaux et dispensaires et que 300 000 de celles-ci concernaient de nouveaux cas de tuberculose. Parmi ces 300 000 nouveaux malades 150 000 étaient des pulmonaires et 150 000 des malades atteints d'autres formes de tuberculose y compris les primo-infections. »

Nous citons maintenant les chiffres publiés en décembre 1963 pour toute l'année 1961 par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale; extrait du fascicule: Statistique du Travail et de la Sécurité sociale. Direction générale de la Sécurité sociale. 10^e Bureau :

Nouveaux cas de tuberculose :

Tuberculose de l'appareil respiratoire :

Primo-infection pathologique	14 822 cas
Tuberculose pleurale.	4 054 cas
Tuberculose du poumon et des autres parties de l'appareil respiratoire.	<u>32 310 cas</u>
Tuberculose de l'appareil respiratoire.	51 186 cas
Tuberculoses autres formes.	<u>7 228 cas</u>
Total Général	58 414 cas

Nous rappelons que 80 % de la population française sont assurés sociaux et nous pouvons supposer par une « extrapolation » très discutable qu'il y avait en 1961 environ 73 000 nouveaux cas de tuberculose.

En calculant le pourcentage de la tuberculose de l'appareil respiratoire excepté les primo-infections pathologiques, sur le total général à l'aide des chiffres du ministère du Travail, nous arrivons à 62,25 % pour la tuberculose pulmonaire, le pourcentage double de celui trouvé par l'Institut européen de documentation et de recherches sur les maladies.

Nous rappelons que l'« échantillon nombre de médecins utilisés » par l'institut précité est de 1 600 médecins pour toute la France, ce qui représente pour 30 000 médecins exerçant en clientèle un peu plus de 5 %. Or ces 5 % de médecins ont découvert à eux seuls en 1963 300 000 nouveaux cas de tuberculose grâce aux 2 550 000 consultations.

Une simple « extrapolation » sur les 30 000 médecins exerçant en clientèle privée donne pour 1963, 6 000 000 nouveaux cas de tuberculose pour la France métropolitaine.

On ne peut que rester rêveur devant ces chiffres du sondage, 300 000 nouveaux cas, chiffres qui doivent être transmis, par l'Institut européen de documentation et de recherches sur les maladies à l'Organisation Mondiale de la Santé.

Réponses de M. François Anger

Réponse à Monsieur Chevry

1. Si l'échantillon trimestriel est bien de 400 médecins, l'échantillon annuel est de 1 600 médecins. Ceux-ci sont répartis et dispersés sur l'ensemble de la France de telle sorte que soit respecté le pourcentage de 1 600 médecins, par rapport au 30 000 praticiens exerçant en clientèle et ceci, dans chaque département.

Quant à l'objection du volontariat des médecins participant à l'enquête, les méthodes d'approche utilisées font que, moins de 10 % des médecins choisis, refusent de participer à l'Étude.

2. L'I. D. R. E. M. et le médecin choisissent ensemble, d'un commun accord, deux journées représentatives de l'activité moyenne du praticien pendant la période considérée.

Naturellement, il ne saurait être question de choisir les malades. Si l'activité quotidienne du praticien est trop importante pour effectuer le travail requis (médecins voyant plus

de 40 malades par jour), les fiches de consultations sont rédigées pour chacun des 20 premiers malades consultés, pendant un nombre de jours, tel que celui-ci soit représentatif de l'activité de deux jours.

3. Il est possible effectivement, qu'il y ait double emploi. Mentionnons seulement que la fiche de consultation prévoit l'envoi du malade chez le spécialiste.

Réponse à Monsieur J. David

Le Panel peut permettre une analyse des corrélations entre les actes médicaux et les maladies supposées avec des facteurs démographiques sociaux et régionaux, chez le médecin et le malade.

En ce qui concerne l'efficacité des méthodes thérapeutiques, et la variance des prescriptions médicales avec recherche des causes, le Panel serait en mesure de répondre à ces questions mais avec d'autres questionnaires que ceux constitués par les fiches de consultations.

Les Membres-correspondants de l'I. D. R. E. M. sont prêts à apporter le fruit de leurs expériences, sous forme d'observations, dans tous les domaines de leur profession.

Réponse à Monsieur Vieux

1. L'Étude de la Prescription Médicale et de la Morbidité réalisée avec les praticiens ne permet pas le contrôle des résultats des thérapeutiques prescrites. Notons que les enquêtes faites en milieu hospitalier, ne concernent que moins de 10 % de la population.

2. Les achats, libres ou non, ne sont pas comptabilisés par notre Étude. Ceci est un problème d'Études de marché, au niveau du pharmacien.

Réponse à Monsieur Komarover

L'écart entre les 58 414 cas de tuberculose toutes formes, signalés dans le bulletin des Statistiques du ministère du Travail et de la Sécurité sociale, et les 330 000 cas apparaissant dans le Panel, est considérable. Il serait intéressant d'en rechercher les raisons, c'est certain.

Réponse au docteur R. Flamant

Si cette Étude permanente de la prescription médicale et de la morbidité avait été réalisée selon la méthode des quotas une seule fois, il n'aurait pas été possible de connaître la validité de l'échantillonnage. Mais cette étude est permanente. Elle a aujourd'hui été répétée sept fois au cours de sept trimestres.

Ainsi ont pu être opérés des calculs d'un trimestre sur l'autre, des courbes établies et des corrélations effectuées avec des facteurs connus, tels que la prescription de certains produits, les caractéristiques de régimes d'assurance, etc.

Finalement, en raison de cette permanence et après analyse des résultats, l'échantillon par quota servant de base à l'étude a une valeur plus grande qu'un échantillon aléatoire qui n'aurait pas été validé par une série d'études consécutives.

Il va de soi que ce travail ne permet pas de tirer de déductions sur l'efficacité réelle des produits.

Par contre, à l'aide de protocoles d'observation différents des fiches servant à l'Étude permanente de la prescription médicale et de la morbidité, le Panel peut permettre une approche de cette efficacité des résultats thérapeutiques.

Soulignons que le milieu hospitalier, dans bien des cas, ne permet pas de procéder à des

essais thérapeutiques valables, ne serait-ce que pour les malades ambulants atteints d'affections banales qui ne se trouvent pas à l'hôpital.

De plus, les traitements, en milieu hospitalier, ne représentent pas, pour les maladies ambulatoires, des conditions normales de leur développement.

Nous avons bien précisé que l'enquête de l'I. D. R. E. M. ne concernait que les consultations en clientèle. Le recrutement hospitalier n'engloberait, je crois, que moins de 10 % du total des consultations.

Les affections chroniques entraînent naturellement des consultations plus fréquentes que les affections aiguës. C'est pourquoi, le médecin mentionne sur les fiches de consultations qu'il adresse à l'I. D. R. E. M. « Première visite ou non ».

En même temps, de surcroît, dans les diagnostics, les affections chroniques sont parfaitement explicites. Le seul biais, déjà mentionné, consiste dans le même malade consultant plusieurs médecins différents, sans le faire remarquer. Ce malade peut alors être compté plusieurs fois.

Une enquête de morbidité, dans l'idéal, devrait être réalisée à partir de l'enregistrement de tous les cas de maladie, dans tous les lieux où passent les malades. Mais ne serait-ce que pour les médecins-praticiens exerçant en clientèle, indépendamment des chirurgiens, des radiologues, des stomatologues, il faut compter un minimum de 130 000 consultations par an. Un tel travail est-il possible?

Réponse au docteur N. Marx

Nous avons précisé que, dans la majorité des cas, le consommateur ne choisit pas son produit. Dans la minorité restante, il allait de soi que c'était le malade qui intervenait.

Il est permis de se poser la question : « Les impératifs industriels et commerciaux qui poussent à la production de nouveaux médicaments, n'entraîneraient-ils pas en même temps les services de Recherche à un travail salutaire? » De toute manière, le nombre de médicaments prescrits reste à peu près constant — autour de 3 000 — Le seul bénéficiaire possible ne peut être, en fin de compte, que le malade.

La collaboration des médecins-praticiens et des chercheurs de laboratoires n'est pas un projet, mais une réalité. C'est en effet d'après l'usage que les praticiens font des médicaments, d'après les prescriptions et les ventes que les services de Recherche peuvent s'orienter dans une direction ou dans une autre, sans mettre l'entreprise en difficulté — ce qui n'empêche pas la Recherche fondamentale.

Le laboratoire, que ce soit empiriquement (la grande majorité des cas) ou statistiquement, est bien tenu de suivre son marché.

Les tableaux « maladies » ont été établis dans les rapports pour refléter avec des chiffres suffisants les caractéristiques des marchés correspondants aux maladies, tout en respectant intégralement la terminologie médicale. Indépendamment des rapports, les maladies se trouvent toutes indépendantes les unes des autres, en cartes perforées. Sortir les caractéristiques de telle ou telle maladie, n'est donc qu'un problème de traitement mécanographique.

Les médicaments analysés dans les rapports sont ventilés par :

— *Habitat*,

- villes de moins de 5 000 habitants,
- villes de 5 000 à 30 000 habitants,
- villes de 30 000 à 100 000 habitants,
- villes de plus de 100 000 habitants.

— *Régions* (au nombre de huit)

Les services de contrôle de la Sécurité sociale peuvent effectivement analyser les maladies de longue durée, mais pas les autres. Le million de malades que cite le docteur Marx ne correspond, dans la région parisienne, qu'à une faible proportion des consultations chez les praticiens. Encore, cette fraction ne correspond-t-elle à aucun échantillonnage statistique.

Par tuberculeux traités à domicile, nous entendons des malades non suivis par l'hôpital ou le dispensaire.

Quant aux chiffres que j'ai indiqués, tirés de notre étude, relatifs à la tuberculose, à savoir : environ 300 000 consultations pour de nouveaux cas, ils sont extrapolés. Il ne saurait être question de 6 millions de nouveaux cas.