

Surveillance continue de la morbidité par un réseau de médecins généralistes «vigies»

A. Stroobant, G. Thiers

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, rue Juliette Wytsman, 14 - 1050 BRUXELLES

Introduction

Depuis 1978, un nouveau type de réseau d'enregistrement constitué par un échantillon représentatif de médecins généralistes a été mis en place en Belgique. Ce système d'enregistrement est inspiré de la méthodologie utilisée dans des pays voisins (1,2). Le choix du médecin généraliste repose sur le fait qu'il est, pour la majorité de la population, le premier recours en cas de maladie, et qu'un certain nombre d'affections sont essentiellement vues par lui et n'aboutissent que rarement au spécialiste ou en milieu hospitalier.

Matériel et Méthodes

L'édification du réseau d'enregistrement repose sur quatre principes :

1. la participation des médecins généralistes est volontaire et non rémunérée,
2. l'enregistrement est hebdomadaire, continu et à durée limitée (généralement 1 an),
3. la déclaration de la maladie est anonyme,
4. les résultats sont périodiquement envoyés aux participants.

L'objectif de participation vise à obtenir un nombre de médecins dont la pratique représente au moins 1% de la population belge. Dans ce but, un appel est lancé aux médecins par le canal d'organisations professionnelles telles que les sociétés scientifiques de médecine générale et les fédérations des maisons médicales. La population couverte par les médecins participants d'un arrondissement donné est estimée à partir du nombre de consultations et de visites à domicile relevé dans leurs activités hebdomadaires. Elle est obtenue en divisant le nombre annuel de contacts par le nombre moyen de contacts par habitant de cet arrondissement, ce dernier paramètre étant disponible à partir des données compilées de l'Institut National d'Assurance et de Maladies (3).

Des critères de sélection ont été utilisés pour établir la liste des problèmes de santé. Ces derniers doivent :

- figurer parmi les problèmes pour lesquels le médecin généraliste est préférentiellement consulté,
- être cliniquement identifiables et ne pas nécessiter obligatoirement le recours au laboratoire,
- pouvoir recevoir une définition claire et standardisée,
- être jugés a priori comme des problèmes prioritaires à investiguer et ne pas faire l'objet d'un enregistrement parallèle efficace,
- être suffisamment fréquents pour que les résultats restent statistiquement acceptables, sans que leur enregistrement représente une charge administrative trop lourde.

Une liste des problèmes a ensuite été soumise aux médecins.

En début de programme, chaque médecin reçoit des instructions sur les critères de diagnostic des problèmes de santé et sur l'utilisation du formulaire. Ce dernier, couvrant une semaine, porte le numéro et les dates de la semaine d'enregistrement correspondante. Le traitement des données est entièrement informatisé et est réalisé sur microprocesseur IBM à l'unité d'Epidémiologie de l'Institut.

Résultats

Après une période test de 6 mois en 1978 dans la région flamande du pays, un premier programme a été lancé en 1979 et a été poursuivi jusqu'en septembre 1980 (4,5). Un deuxième programme, lancé en mai 1982 a pris fin en juin 1983. Le troisième programme a débuté en octobre 1983 et est encore en cours. Les résultats porteront sur le deuxième programme. Ils donneront quelques exemples de données épidémiologiques pouvant être obtenues par un tel réseau de médecins généralistes "vigies" et aborderont des questions de fonctionnement.

1. Problèmes de santé enregistrés

Le tableau 1 indique la fréquence des problèmes de santé enregistrés.

Parmi 1000 consultations faites par le médecin, 12 sont en rapport avec 1 des problèmes enregistrés. La charge du travail d'enregistrement n'est donc pas excessive.

TABLEAU 1 : FREQUENCE DES PROBLEMES ENREGISTRES PROGRAMME II : 1982 - 1983

	NOMBRE ABSOLU	POUR 1000 CONTACTS	POUR 100 CAS ENREGISTRES
1. Infections urinaires	4526	6,13	49
2. Rougeole	1251	1,70	14
3. Oreillons	968	1,31	11
4. Pneumonie	826	1,12	9
5. Uretrite	468	0,63	5
6. Suicide	345	0,47	4
7. DEMANDE I.V.G. *	327	0,44	4
8. HEPATITE	237	0,32	3
9. DEMANDE DE M.A.P. **	220	0,30	2
TOTAL	9168	12,43	100

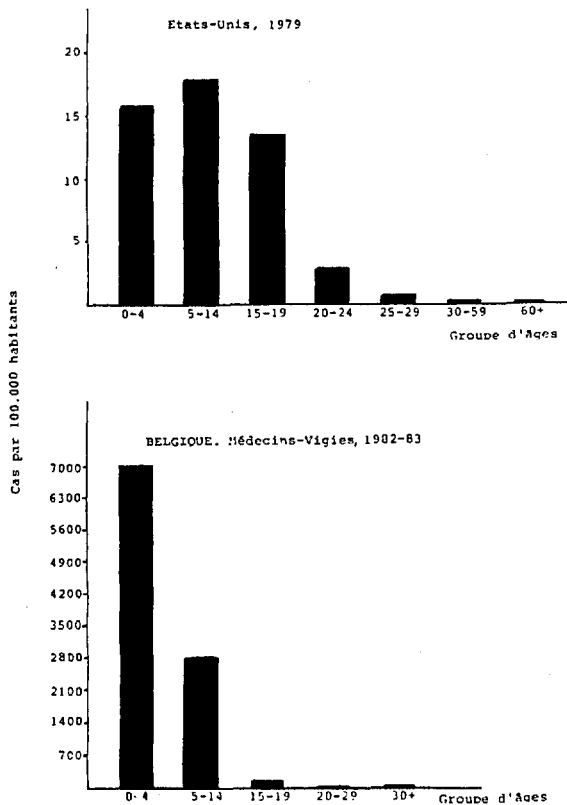
* interruption volontaire de la grossesse

** morning after pill

2. Rougeole

L'extrapolation des données au pays permet d'estimer le nombre annuel de cas, soit + 80.000 cas de rougeole, cette dernière n'étant pas soumise à la déclaration obligatoire. Il a également été possible, comme l'indique la figure 1, de comparer les incidences spécifiques par catégorie d'âges en Belgique et aux Etats Unis.

Fig. 1. ROUGEOLE : INCIDENCE SELON LES GROUPE D'AGES EN BELGIQUE ET AUX ETATS UNIS.



L'incidence en Belgique est 200 à 300 fois plus élevée qu'aux Etats-Unis. Dans ce dernier pays, le glissement vers les âges les plus élevés est marqué et les individus âgés de 10 ans et plus constituent 56% des cas de rougeole en 1979.

Le tableau 2 présente le pourcentage de complications enregistrées au cours de la maladie.

TABLEAU 2 : ROUGEOLE : POURCENTAGE DE COMPLICATIONS, PAR GROUPE D'AGES, (JUILLET 1982 - JUIN 1983)

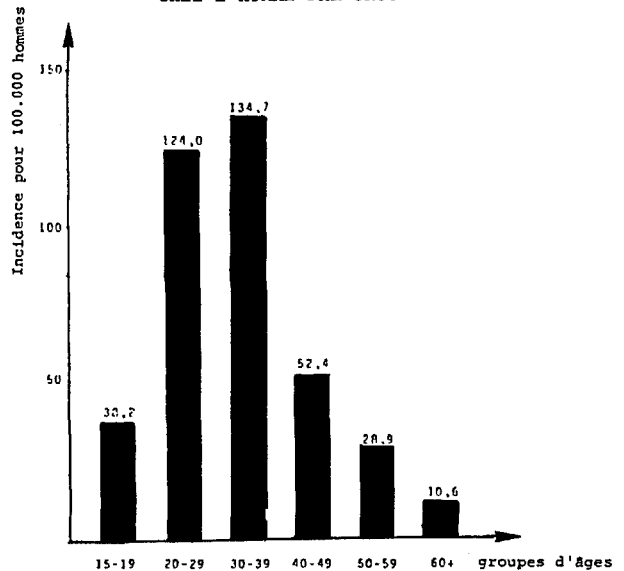
Groupe d'âges	Pneumonie	Otite moyenne	Autre	Total
	%	%	%	%
< 5 (566 cas)	3,2	6,9	4,2	14,3
5 - 9 (444 cas)	4,5	7,2	4,3	16,0
10 - 14 (85 cas)	3,5	2,4	2,4	8,2
15+ (31 cas)	6,5	3,2	0	9,7
inconnu (11 cas)	0	0	0	0
TOTAL (1137 cas)	3,8	6,6	4,0	14,4

Aucun cas d'encéphalite n'a été signalé. Le nombre de cas enregistrés est insuffisant pour enregistrer valablement cette complication qui ne survient qu'une fois sur 2 ou 3000 cas de rougeole.

3. Urétrite

L'urétrite a été uniquement enregistrée chez l'homme chez lequel les critères de diagnostic sont plus facilement standardisables que chez la femme. Ces derniers étaient basés sur la présence d'une dysurie ou d'un écoulement urétral (purulent, mucopurulent, mucoïde). Le nombre estimé de cas pour le pays est de 26.435, soit une incidence de 55 cas pour 10.000 habitants de sexe masculin. La figure 2 indique l'incidence spécifique par groupes d'âges. Il apparaît que le groupe 30-39 ans est le plus atteint, immédiatement suivi par le groupe d'âges 20-29 ans, correspondant aux âges où l'activité sexuelle est plus importante.

Fig. 2. URETRITE : TAUX D'INCIDENCE SPECIFIQUE CHEZ L'HOMME PAR GROUPE D'AGES.



Dans deux tiers des cas, un examen de laboratoire est demandé, culture ou examen microscopique, ce qui constitue un taux de dépistage élevé.

4. Tentatives de suicide

320 tentatives de suicide ont été enregistrées par les médecins vigies, ce qui signifie, par extrapolation du pays, 22.710 tentatives de suicide par an, soit une incidence égale à 23 tentatives par 10.000 habitants et par an. Le tableau 3 donne la répartition par âge et par sexe.

TABLEAU 3 : TENTATIVES DE SUICIDE REPARTITION PAR GROUPE D'AGES ET PAR SEXE (JUILLET 1982 - JUIN 1983)

Groupes d'âges	SEXE			nbre total de cas	%
	masc.	fém.	inconnu		
10 - 14	2	5		7	2,2
15 - 19	10	20		30	9,3
20 - 39	63	103		166	51,9
40 - 59	28	46		74	23,1
60 +	14	24		38	11,9
Inconnu	1	3	1	5	1,6
Total	118	201	1	320	100,0

Le nombre de tentatives est environ deux fois plus élevé chez les femmes. La distribution des tentatives de suicide selon les groupes d'âges est semblable dans les deux sexes. La moitié des tentatives de suicide est enregistrée dans le groupe d'âges 20-39 ans.

En ce qui concerne l'issue des tentatives de suicide, 26% des cas sont suivis de décès chez les hommes contre 8% chez les femmes. Le tableau 4 répartit les tentatives de suicide selon les moyens utilisés.

TABLEAU 4 : TENTATIVES DE SUICIDE
ISSUE DES 320 CAS D'APRES LES MOYENS UTILISES
(EN POURCENT)
(JUILLET 1982 - JUIN 1983)

Moyen utilisé	TENTATIVE AVEC ISSUE			TOUTES TENTATIVES
	NON FATALE (265 cas)	FATALE (47cas)	INCONNUE (8 cas)	
Médicaments				
Psychotrope(s) (seuls)	47,5	14,9	12,5	41,9
Psychotrope(s) + autre(s)	1,5	-	-	1,2
autres ou inconnu	16,6	6,4	37,5	15,6
Substances				
toxiques	1,2	6,4	-	1,9
Pendaison	4,9	31,9	-	8,8
Section des				
veines	9,6	-	-	8,1
Armes à feu	1,2	8,5	12,5	2,5
Noyade	1,5	8,5	-	2,5
Train	-	6,4	-	0,9
Automobile	0,7	2,1	-	0,9
Autre	1,2	6,4	-	1,9
Combinaison de				
moyens	9,3	-	37,5	9,1
Inconnu	4,2	8,5	-	4,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les médicaments interviennent dans 60% des tentatives de suicide enregistrées et sont responsables de 1 décès sur 5.

5. Participation des médecins

133 médecins ont participé au réseau à un moment donné. 24 de ces 133 médecins ont abandonné après moins de quinze semaines de participation, ce qui représente un taux d'abandon de 18%. L'âge moyen des 109 médecins restant est de 40,6 ans contre 38,7 ans pour l'ensemble des médecins généralistes belges. Ces médecins ont effectivement participé durant 44 des 52 semaines d'enregistrement et couvrent donc 85% de la période, ce qui représente un taux de continuité très satisfaisant. La population vigie contrôlée par le réseau s'élève à 117.797 personnes, soit 1,53% de la population.

6. Diffusion des résultats

Un rapport trimestriel tient les participants informés du fonctionnement du réseau. A l'issue du programme, les données brutes font l'objet d'un traitement conforme aux critères de représentativité et les résultats sont exprimés en terme d'incidence pour 10.000 habitants.

7. Coût du programme

Le volume des données correspond à la capacité d'un mini computer dont le coût annuel peut être évalué à 60.000 FB en considérant un amortissement sur 5 ans. Les autres frais récurrents sont constitués par le papier, les enveloppes et les envois postaux, soit 80.000 FB par an. D'autre part, le programme occupe le personnel suivant, calculé en temps plein :

- médecins épidémiologiste : 1
- programmeur : 1/4
- secrétaire-dactylographe : 1/2

Discussion

Une évaluation poussée du système n'a pas encore été réalisée, mais le fait qu'il peut fonctionner à la satisfaction des participants et des organisateurs démontre sa faisabilité. Comme raisons du succès, (et donc en même temps comme conditions de succès) les facteurs suivants peuvent être énumérés :

- engagement volontaire (la participation est présente plutôt comme une faveur qu'un devoir),
- enregistrement anonyme,
- enregistrement régulier (hebdomadaire)
- approche non administrative avec dialogue direct (par téléphone),
- documents simples et clairs, faciles à renvoyer,
- envoi régulier de résultats sous forme de rapports trimestriels,
- changement régulier de programme,
- participation active des généralistes à la préparation et à l'évaluation des programmes,
- position officielle des organisateurs qui font partie d'un Institut dépendant du Ministère de la Santé Publique.

Ce système d'enregistrement a permis par extrapolation de comparer ces données à celles recueillies par le système des maladies à déclaration obligatoire. En ce qui concerne l'hépatite virale par exemple, les médecins vigies signalèrent en 1979, 325 cas d'hépatite virale et, pour les trois premiers trimestres de 1980, 199 cas. Durant les mêmes périodes, il y eut respectivement 640 et 484 cas déclarés dans le cadre de la déclaration obligatoire. Pour toute la période d'enregistrement 1979-1980, le rapport entre les deux systèmes est pour l'hépatite de 0,47, ce qui signifie que 1% des médecins auraient vu 47% des cas déclarés : le nombre réel de cas serait donc 45 à 50 fois plus élevé que celui qui paraît dans les statistiques officielles. Sur la base de ce raisonnement, on peut conclure qu'il y a eu, en Belgique, au cours de cette période, 52.000 cas d'hépatite virale et non 1124. Pareille constatation modifie complètement les données du problème.

D'autre part, ce système d'enregistrement a également permis de recueillir des informations sur des maladies infectieuses ne figurant pas dans les maladies à déclaration obligatoire (ex. rougeole), ou sur des problèmes de santé non infectieux tels que les tentatives de suicide.

Ce système présente toutefois par rapport à l'enregistrement systématique à déclaration obligatoire deux désavantages. D'une part, le fait qu'il est basé sur une participation volontaire des déclarants peut entraîner la critique d'une non-représentativité. D'autre part, il ne s'adresse qu'à une partie déterminée des maladies transmissibles ou des problèmes de santé. Ces inconvénients sont largement compensés par la plus grande fiabilité de la récolte des données, la rapidité et la diversité de l'information et le contact créé avec les médecins généralistes.

Les réseaux de médecins vigies se révèlent donc un instrument intéressant de mesure de l'importance de certains problèmes de santé rencontrés dans la population générale. Cet instrument peut encore être amélioré et renforcé en faisant fonctionner plusieurs réseaux parallèles de médecins vigies qui pourraient étudier des maladies et problèmes de santé différents. Ces réseaux démontrent aussi qu'il est possible de motiver une fraction du corps médical à participer en routine à des systèmes d'enregistrement continu. Cette motivation se manifestera certainement davantage si, au moment de la formation du personnel de santé du premier échelon, il est accordé une plus grande attention aux problèmes d'épidémiologie et de santé publique en général.

Bibliographie

1. Grob, P.R.
A morbidity recording system for primary health care.
In *Environmental Epidemiology*, P.E. Leaverton; Praeger Publishers, 1982, 131-139.
2. Collette, B.J.A.
The sentinel practices system in the Netherlands.
In *Environmental Epidemiology*, P.E. Leaverton; Praeger Publishers, 1982, 149-155.
3. Leroy, X. Offre et consommation de soins en médecine générale. Analyse régionale, mécanismes du marché, indicateurs de besoins. Rapport pour la Commission Interministérielle de la Politique Scientifique, Bruxelles, 1978, XL 04.
4. Thiers, G., Maes, R., Van Lierde, R., Heyrman, J., Peeters, H., Minne, A., Pattyn, S.
Surveillance van besmettelijke ziekten in Vlaanderen. Eerste resultaten na 6 maanden registratie door een net van peilpraktijken.
Tijdschr. voor Geneeskunde, 1979, 12, 781-794.
5. Thiers, G., Stroobant, A. Le médecin vigie. Un exemple de participation du médecin généraliste en épidémiologie. *La Revue de la Médecine Générale*, 1983, 28, 8-12.

Résumé

Cet article décrit un système de surveillance de la morbidité introduit en Belgique en 1978, qui rassemble les informations fournies par un échantillon de médecins généralistes. Les avantages et les limites de ce système sont discutés. Quelques résultats sont présentés, concernant l'incidence et la prévalence de certains problèmes de santé, comme par exemple les infections urinaires et les demandes d'interruption volontaire de la grossesse.

Ständige Ueberwachung der Morbidität durch ein Netz von Allgemeinpraktikern

Dieser Artikel beschreibt ein Ueberwachungssystem der Morbidität, welches 1978 in Belgien eingeführt wurde und regelmässig von einer Stichprobe von Allgemeinpraktikern geliefertes Datenmaterial sammelt. Die Vorteile und die Grenzen dieses Systems werden diskutiert und einige Resultate vorgestellt, die die Inzidenz und Prävalenz gewisser Gesundheitsprobleme betreffen, wie zum Beispiel Nieren- und Harnblaseninfektionen und Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung.

Continuous morbidity surveillance through a network of general practitioners

This paper describes a system of morbidity surveillance implemented in Belgium in 1978, which routinely collects data provided by a sample of general practitioners. Advantages and drawbacks of this system are discussed. Some results are presented, regarding the incidence and prevalence of selected health problems, as for example urinary tract infections and abortion requests.