

SECTION MEDECINE



D 135 180292 4

ACADÉMIE D'ORLÉANS - TOURS
UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

ANNEE 1982

N° 100

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Marc ZAFFRAN

Né le 22 Février 1955 à Alger (Algérie)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

- 9 NOV. 1982

T I T R E

MOTIFS DE CONSULTATION EN UROLOGIE :

GESTION INFORMATIQUE D'UN FICHER DE 300 PATIENTS DE
CONSULTATION EXTERNE, ADRESSES OU VENUS DE LEUR PROPRE
INITIATIVE PENDANT L'ANNÉE 1980

Président de thèse : Monsieur le Professeur J. WEILL

Membres du jury : Monsieur le Professeur Y. LANSON

Monsieur le Professeur G. GINIES

Monsieur le Docteur M. DUGAY

Monsieur le Docteur J. DRUCKER



ACADÉMIE D'ORLÉANS - TOURS
UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

ANNEE 1982

N° 166

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Marc ZAFFRAN

Né le 22 Février 1955 à Alger (Algérie)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 JUIN 1982

T I T R E

MOTIFS DE CONSULTATION EN UROLOGIE :

GESTION INFORMATIQUE D'UN FICHIER DE 300 PATIENTS DE
CONSULTATION EXTERNE, ADRESSES OU VENUS DE LEUR PROPRE
INITIATIVE PENDANT L'ANNÉE 1980

Président de thèse : Monsieur le Professeur J. WEILL
Membres du jury : Monsieur le Professeur Y. LANSON
Monsieur le Professeur G. GINIES
Monsieur le Docteur M. DUGAY
Monsieur le Docteur J. DRUCKER



T. TOURS 1982 = 166

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN : Professeur A. GOUAZE.

ASSESSEURS : Professeur H. MOURAY

Professeur J. LEROY

Professeur Ph. BAGROS

SECRETAIRE : Madame Danielle GOURDON

DOYENS HONORAIRES : Professeur E. ARON - Professeur G. DESBUQUOIS

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. ARDOUIN, ARNAUD, ARON, BAUDOUIN, COMBE,
DESBUQUOIS, FRANCOIS, GAUTIER, HUSSENSTEIN,
LETELLIER, LIEFFRING, Mme PLANIOL, MM. RAYNAUD,
ROUZAUD.PROFESSEURS TITULAIRES ET PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM	BOULARD Pierre	Médecine Préventive et Santé Publique
	LARMANDE Aimé	Hygiène
	GOUAZE André	Clinique Ophtalmologique
	REYNAUD Jean	Anatomie
	VANDOOREN Michel	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
	THOUVENOT Joseph	Clinique Chirurgicale Générale A
	COMBESCOT Charles	Physiologie
	VARGUES Robert	Zoologie-Parasitologie
	WEILL Jacques	Bactériologie
	JOBARD Pierre	Biochimie
	GRECO Jean-Marie	Anatomie Pathologique
	MAILLET Marc	Clinique Chirurgicale et Chirurgie Plastique
	RENOUX Gérard	Histologie
Melle	BROCHIER Mireille	Immunologie
MM	GRENIER Bernard	Clinique Cardiologique
	SOUTOUL Jean-Henri	Maladies infectieuses
	BRIZON Jacques	Clinique Obstétricale et Gynécologique
	CASTAING Jean	Séméiologie Chirurgicale
	BERTRAND Jean	Clinique Chirurgicale Orthopédique
	BARSOTTI Jacques	Hépto-Gastro-Entérologie
	SIZARET Pierre	Chirurgie Générale
	MICHEL Jean	Psychiatrie
	LEROUX Maurice	Electroradiologie
	MOURAY Henri	Hématologie
	LAMISSE Fernand	Biochimie
	LELORD Gilbert	Clinique Médicale et de Réanimation
	LAUGIER Jean	Physiologie
	BAGROS Philippe	Clinique Médicale Infantile
	GROUSSIN Pierre	Clinique Néphrologique et Sémiologie Médicale
	LAFFONT Jacques	Clinique Médicale
	GLORION Bernard	Anatomie - Organogénèse
	BENATRE André	Chirurgie Infantile
		Anatomie Pathologique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	THARANNE Michel-Jack	Histologie
	LEROY Jean	Hématologie
	MUH Jean-Pierre	Biochimie
	BRETEAU Michel	Pharmacologie
	LEROY Georges	Anesthésiologie
	MOLINE Jean	Médecine et Chirurgie Expérimentales et Comparées
	SAINDELLE Anatole	Physiologie
	AUDURIER André	Bactériologie - Virologie
	BERGER Christian	Gynécologie - Obstétrique
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique
	CASTELLANI Lucien	Chirurgie Générale
	FAUCHIER Jean-Paul	Cardiologie
	FROGE Etienne	Médecine Légale et Toxicologie
	LANSAC Jacques	Gynécologie - Obstétrique
	MORAINE Claude	Histologie
	ROLLAND Jean-Claude	Pédiatrie A
	ROSSAZZA Christian	Ophtalmologie
	SANTINI Jean-Jacques	Anatomie - Organogénèse.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	ANTHONIOZ Philippe	Histologie
	AUTRET Alain	Neurologie
	BALLON Gérard	Stomatologie
	BURDIN Philippe	Orthopédie - Traumatologie
	CARLI-BASSET Claude	Dermatologie - Vénéréologie
	CHOUTET Patrick	Médecine Interne
Mme	DEGIOVANNI Andrée	Psychiatrie Adultes
MM	GINIES Guy	Médecine Interne
	GOLD Francis	Pédiatrie - Génétique Médicale
	ITTI Roland	Biophysique
	JAN Michel	Neurochirurgie
	LAMAGNERE Jean-Pierre	Cancérologie
	LANSON Yves	Urologie
	LAVANDIER Michel	Pneumo-Phtisiologie
	LE FLOCH Olivier	Radio (radiothérapie Carcinologique)
	LHUINTRE Yves	Anatomie Pathologique
Melle	MERCIER Colette	Anesthésiologie
MM	METMAN Etienne-Henry	Hépatologie - Gastro-Entérologie
	MURAT Jean	Médecine et Chirurgie Expérimentales et Comparées
	POURCELOT Léandre	Biophysique
	RAYNAUD Philippe	Médecine Interne
	ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
	ROULEAU Philippe	Radio (Radiodiagnostic)
	SAUVAGE Dominique	Pédo-Psychiatrie
	TOUMIEUX Bernard	Chirurgie Générale A
	BENHAMOU Albert claud	Chirurgie Générale B
	BARDOS Pierre	Immunologie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	NIVET Hubert	Néphrologie

PROFESSEUR ASSOCIE

M	ROTHAN Armand	Médecine du Travail.
---	---------------	----------------------

xxxxxxxxxxxxxxxx

A ma famille,

et, surtout,

à mon père,

le Docteur Ange ZAFFRAN,

à qui je dois d'avoir compris que la fonction d'un homme
compte moins que son intégrité.

A Monsieur le Professeur J. WEILL,
Professeur de Biochimie,
Président de ce jury.

Votre humanisme, votre profond respect des étudiants
ont marqué mes premières années d'étude.

Je suis très honoré que vous ayez accepté de
présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Y. LANSON
Maître de Conférences Agrégé d'Urologie,
Directeur de cette thèse,
Membre de ce jury.

Vous avez bien voulu accepter de guider ce travail
après en avoir connu le sujet.

Votre rigueur, vos conseils, votre patience
ont permis qu'il soit mené à bien.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur G. GINIES

Maître de Conférences Agrégé de Médecine Interne

Membre de ce Jury.

C'est en me souvenant de la rigueur avec laquelle vous prodiguez un enseignement de la séméiologie médicale, au lit du malade comme devant un petit groupe d'étudiants, que je ne peux que vous remercier d'avoir accepté de juger ce travail, consacré en grande partie à la Clinique.

A Monsieur le Docteur M. DUGAY

Membre de ce Jury.

Pour avoir pu apprendre à vos côtés mon métier de médecin, je sais combien important la confrontation quotidienne, la constante remise en cause du savoir, en un mot le travail d'équipe.

Pour cela, et pour avoir bien voulu faire partie de ce jury, je vous suis profondément reconnaissant.

A Monsieur le Docteur J. DRUCKER

Chef de Clinique-Assistant et Pédiatre,

Membre de ce Jury.

Votre connaissance de l'épidémiologie, et les critiques que vous apporterez à ce travail ne pourront que lui être précieuses.

Soyez en d'avance remercié.

A Monsieur M. LALOS,

Enseignant au Département de Génie Mécanique
à l'Institut Universitaire de Technologie du Mans,
sans l'aide et l'amitié de qui toute la partie
informatique de ce travail n'aurait pu voir le jour.

A la mémoire du Docteur Bernard Dinteville.

PRESENTATION

Le travail ici présenté repose sur deux constatations.

La première est que les progrès scientifiques accomplis en Médecine se sont faits très rapidement, au point que la multiplication des techniques de diagnostic et des possibilités thérapeutiques -- issue d'une compréhension sans cesse accrue des mécanismes physio-pathologiques -- s'est accompagnée d'un accroissement inévitable du nombre de techniciens, d'une fragmentation du savoir médical en de nombreuses "spécialités". L'immensité des connaissances acquises est en effet telle qu'aucun individu ne saurait à lui seul les maîtriser toutes, voire même y avoir aisément accès.

La seconde constatation réside dans les différences considérables entre deux pratiques qui se doivent d'être complémentaires: celle du médecin "généraliste" (ou "omnipraticien") d'une part, celle des différents spécialistes, de l'autre. Ces différences ont un caractère technique, bien sûr: les situations rencontrées sont distinctes; le "savoir" et le "savoir-faire" le seront aussi. D'autres éléments de chaque pratique entrent cependant aussi en compte: la situation géographique (et la facilité d'accès à tel ou tel matériel diagnostique ou thérapeutique), la population de patients vus chaque jour, l'insertion du praticien dans une équipe hospitalière multidisciplinaire, etc...

La complémentarité des deux pratiques provient directement des progrès déjà mentionnés; que, de plus en plus souvent, un généraliste fasse appel à l'un de ses correspondants spécialistes semble légitime, sinon inévitable. On peut cependant se demander si ce "transfert" de patients (le plus souvent temporaire) est toujours justifié, sur quels critères il se fait, à quels besoins il répond.

La plupart des explorations paracliniques utiles en pratique médicale quotidienne (radiologie et biologie en premier lieu) sont accessibles à presque tous les omnipraticiens. La pathologie rencontrée couramment est vaste, mais le plus souvent bénigne. Lorsqu'un Généraliste fait appel à un confrère spécialisé, on peut schématiquement supposer qu'il se trouve dans l'une des trois situations suivantes: --soit qu'il se trouve confronté à une pathologie qu'il a peu ou pas rencontrée jusqu'ici, et il demande une aide diagnostique

--soit encore parce que des explorations devenues à ses yeux nécessaires se trouvent en dehors de ses possibilités locales de prise en charge et/ou d'interprétation

--soit enfin pour demander avis sur une thérapeutique peu courante dont il pense faire bénéficier le patient.

Ceci est bien entendu très schématique. Le travail qui suit tend à apprécier si des motivations aussi théoriques sont conformes à la réalité, si les circonstances d'une consultation spécialisée ne sont pas sous-tendues par bien d'autres facteurs.

Pourquoi avoir choisi l'Urologie comme cadre de cette étude? Plusieurs raisons, théoriques elles encore, semblent faire de cette spécialité un lieu propice à un tel travail.

La première est d'ordre statistique: le nombre de consultations mettant en cause, directement ou non, l'appareil uro-génital est très important, et certainement sous-estimé. Il n'est guère possible de ne pas tenir compte de la sphère urinaire lors d'un examen gynécologique; or les femmes sont de plus en plus souvent vues dans des circonstances non pathologiques: contraception, grossesse, et peuvent l'être soit par leur médecin traitant, soit par un spécialiste. Il est peu douteux que de nombreux symptômes urinaires sont envisagés, sinon traités,

en ces occasions.

Les hommes, de leur côté, ne disposent pas de telles possibilités de consultation. Il est alors facile de comprendre que les troubles uro-génitaux masculins ont toute chance d'être vus par un médecin généraliste avant quiconque, proportionnellement plus fréquemment que dans l'autre sexe.

Une seconde raison de ce choix réside dans la formation des urologues: ce sont des chirurgiens. Leur spécialité est donc pourrait-on dire doublement complémentaire de la pratique médicale du généraliste. La plus grande partie des médications urologiques est accessible à tout omnipraticien; il en va ainsi jusqu'à la chimiothérapie des cancers prostatiques, qui présente une relative facilité de prescription et de surveillance, comparée à l'ensemble des thérapeutiques oncologiques. Tout ceci fait que la consultation urologique devrait bien refléter les liens entre généraliste et spécialiste.

Troisième raison, l'Urologie est une discipline dans laquelle la clinique reste reine, et n'est pas encore noyée dans une multitude de techniques d'explorations sophistiquées. La séméiologie est très riche, parlante, elle est connue, et depuis fort longtemps, par les médecins...et par les patients; l'examen clinique semble a priori aisé à effectuer, pour peu qu'on veuille se donner la peine d'utiliser ses yeux et ses doigts--et ce, particulièrement chez le patient de sexe masculin.

D'autre part, les explorations courantes sont peu nombreuses, faciles à obtenir, sinon à interpréter. Ici aussi, le clivage entre le domaine de la spécialité et celui de la médecine générale est assez net: radiologie urinaire courante (urographie intraveineuse), cyto bactériologie urinaire, biologie sanguine élémentaire pour l'un; endoscopie

et biopsies, radiologie plus "lourde" (artériographie par exemple) pour l'autre.

Enfin, la nosologie bien définie des maladies uro-génitales permet dans la plupart des cas, de parvenir à un diagnostic précis après un raisonnement logique.

Il ne s'agit pas de prétendre ici que cette spécialité est une spécialité "facile", mais du moins de mettre en évidence que les conditions de son exercice le sont, et la rendent accessible à la majorité des praticiens; nous n'en voulons pour preuve que l'absence jusqu'ici de technique particulière d'examen en consultation spécialisée: l'endoscopie semble difficile à effectuer d'emblée, quant à des appareillages plus récents (débitmétrie, échographie intrascrotale ou transprostatique) il faudra de nombreuses années pour qu'elles soient d'exécution courante.

Le travail ici présenté a donc été entrepris à l'aide du fichier de consultations externes du service d'Urologie (Dr Y. Lanson), au Centre Hospitalier Universitaire Bretonneau, à Tours.

DEFINITION ET LIMITES DE L'ETUDE

Les dossiers utilisés

Ce sont les dossiers de consultations externes (c'est à dire concernant exclusivement des patients non-hospitalisés), effectuées au cours de l'année 1980.

Ont été retenus pour ce travail:

- les patients consultant dans le service pour la première fois
- les patients des deux sexes âgés de 16 ans et plus
- les patients adressés à l'urologue par un omnipraticien (exerçant en ville ou à la campagne)
- les patients venus consulter de leur propre initiative, après avoir, ou non, vu un autre médecin.

Ont été écartés de l'étude:

- les patients adressés par des médecins, spécialistes ou non, exerçant au sein du Centre Hospitalier Bretonneau
- les patients vus et adressés par des médecins du travail

Pendant les dix premiers mois de 1980, les consultations du service étaient assurées par un seul urologue (Pr Agrégé Lanson). Les consultations assurées vers la fin de l'année par d'autres personnes n'ont pas été non plus retenues, ceci dans le but de conserver une certaine homogénéité au matériau étudié: la rédaction des fiches de consultation entre pour beaucoup, en effet dans l'analyse des dossiers.

On peut toutefois remarquer que la possibilité de "choisir" entre plusieurs urologues a dû modifier la répartition des patients vus durant les deux derniers mois...

Le matériau analysé se compose:

- de la lettre du généraliste, pour les patients adressés
- de la fiche d'observation rédigée par l'urologue
- éventuellement d'une lettre de l'urologue adressée au médecin traitant au décours de la consultation; cette lettre était toujours rédigée lorsque le patient était adressé, mais elle l'était aussi parfois au médecin habituel d'un patient venu de lui-même.

Pour des raisons matérielles inhérentes au mode de travail du spécialiste ici en cause, certaines fiches n'ont pu être retenues pour entrer dans l'étude. En effet, le compte-rendu de la consultation était dicté sur bande magnétique juste après chaque entrevue. Il en résulte que toutes les fiches ne présentent pas la même précision, les mêmes détails. Il faut cependant remarquer que ces dossiers rejetés étaient en très petit nombre (une dizaine environ).

D'autre part, les paramètres relevés et analysés ont été choisis unilatéralement par la personne accomplissant ce travail, sans concertation préalable avec l'urologue. Si, comme nous le verrons, il résulte de cette méthode certaines imperfections, il ne paraissait certes pas possible de faire entrer dans l'analyse, l'appréciation du spécialiste lui-même au sujet de ses propres fiches...

Toutes ces précisions sont d'importance. En effet, et bien que les résultats obtenus soient chiffrés, il n'est pas dans le but de cette recherche d'en tirer des conclusions statistiques significatives. Tout au plus a-t-on voulu obtenir un "instantané" d'un secteur particulier de la médecine, et essayer d'y cerner des tendances dans les conditions où les praticiens exercent.

Un autre but, visé par ce travail rétrospectif, serait de servir de support à une étude prospective future.

A cet effet, parallèlement à la lecture des dossiers, un programme de saisie et de traitement informatique de données, adapté aux paramètres en question, a été réalisé. Le support en est un micro-ordinateur TRS-1, et il comprend d'une part un questionnaire couvrant l'ensemble des paramètres relevés sur chaque fiche, d'autre part un programme de dépouillement et de traitement de ce questionnaire.

Il faut préciser, à ce propos, que cette élaboration est le fait de deux personnes: un enseignant informaticien, et l'auteur de cette étude. Si ce dernier a pu, à cette occasion, s'initier à la micro-informatique et acquérir des rudiments de langage "basic", il ne prétend nullement être devenu autre chose qu'un amateur aux possibilités limitées. Par ailleurs, l'informaticien à qui ces programmes doivent non seulement d'avoir vu le jour, mais aussi...d'avoir fonctionné, n'était nullement familier du vocabulaire médical.

Ainsi doivent être comprises les nombreuses maladroites du travail informatique présenté en annexe, et l'aspect arbitraire des résultats obtenus. Encore une fois, ceci ne vise qu'à défricher très partiellement un domaine jusqu'ici peu envisagé.

Un mot enfin, de la population étudiée.

Il serait fallacieux de prétendre qu'elle est "représentative," et ce pour au moins deux raisons. Tours est une ville de C.H.U., c'est aussi une ville Universitaire, et située dans une région de villégiature accueillant de nombreuses personnes âgées. Ensuite, et ceci est en partie envisagé dans le cours de notre étude, l'origine socio-économique n'est sûrement pas pour rien dans le fait pour un patient de consulter un spécialiste de ville. Ici encore, il faudra nuancer les résultats obtenus. Lorsque des comparaisons seront faites, elles ne seront donc jamais extrapolées, mais considérées à l'intérieur de ce qui ne peut être qu'un "échantillon".

Les paramètres étudiés

a) Caractéristiques générales de la population étudiée

Les deux premières seront quasiment toujours envisagées au long de cette étude: il s'agit du sexe et de la "qualité" des patients --on veut dire par là le fait d'être ou non adressé par un généraliste.

La tranche d'âge: pour des raisons de simplification, il en a été isolé arbitrairement quatre; cette séparation tend à correspondre à une apparente distribution du type de pathologie en fonction de l'âge.

Le département d'origine des patients, enfin, est relevé.

b) Circonstances de la consultation

on a relevé dans chaque dossier:

--les explorations subies par le patient avant la consultation spécialisée

--l'existence ou non d'une lettre du médecin et son contenu

--la demande explicite ou non, du médecin ou du patient venu seul

--les traitements subis

--lorsque celui-ci était mentionné, on a relevé le milieu d'origine socio-économique des patients venus d'eux-mêmes.

c) Déroulement de la consultation

Pour tous les consultants on a relevé la liste des symptômes invoqués; cette liste ne recouvre pas une terminologie "consacrée": il a semblé plus juste de noter les termes employés par les protagonistes, sans essayer de les faire correspondre à une liste de signes préétablie. Devant la variété des termes, il a été nécessaire de procéder à des regroupements dont le détail apparaît plus avant dans ce travail. On a de plus établi deux listes de symptômes; une par sexe.

Il faut noter que dans le cas des patients "non-adressés", le compte rendu de consultation est le plus souvent très respectueux de la formulation, par le patient, de son trouble; ceci a beaucoup aidé à la rédaction des listes.

Lorsque le patient était adressé, on a relevé les discordances éventuelles entre les éléments fournis par le médecin généraliste et ceux rassemblés par l'urologue; on a ainsi envisagé l'analyse des symptômes, celle des explorations paracliniques, l'existence ou non d'une erreur de diagnostic patente de la part du médecin traitant; s'il s'agissait d'une différence dans les conclusions de l'un et de l'autre, on a tenté de cerner le lieu de celle-ci: appréciation de la gravité des symptômes, indication thérapeutique, etc..

Enfin, lorsque l'urologue avait effectué lui-même un geste diagnostique ou thérapeutique pendant la consultation, ou l'avait fait faire juste après, ce geste est précisé.

d)Après la consultation

L'ensemble des patients a été réparti en quatre classes, chacune d'entre elles correspondant à un "sort" différent en fonction de l'attitude adoptée par le spécialiste.

Groupe A: le patient repartait sans consigne particulière, autre que des conseils informels, destinés à le tranquiliser. Les raisons invoquées par l'urologue sont précisées dans chaque cas.

Groupe B: il était proposé au patient une hospitalisation devant avoir lieu dans un proche avenir; chaque fois, le but ou les motifs de cette hospitalisation furent précisés

Groupe C: l'urologue prescrivait un ou des examens complémentaires

faisables en externe, afin de compléter les renseignements dont il disposait. La nature de ces explorations est détaillée.

Groupe D: l'urologue conseillait ou prescrivait un traitement médical dont le détail est mentionné.

Comme on peut le voir, une grande partie des matériaux analysés repose non seulement sur les renseignements fournis par les médecins traitants, mais aussi sur les indications données par le spécialiste. Il n'entrait cependant pas dans les intentions de cette analyse, de comparer l'attitude des premiers à celle du second, ou de faire de celui-ci un "étalon" auquel confronter le comportement de ses confrères.

Dans tous les cas, les paramètres analysés le seront en regard des seules personnes à qui un tel travail vaille, finalement, bénéficié: les patients.

LES RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON

a) Répartition en fonction du sexe et de la "qualité"

(F)	(H)	Total
(A)...70.....	133	203
(NA)...42.....	80	122
Total. 112.....	213	= 325

(N.B.: F=femmes; H=hommes; A=adressés; NA=non-adressés)

Sur les 325 dossiers finalement retenus, la répartition des patients est la suivante:

--213 (65,5%) sont des hommes,

--112 (34,5%) sont des femmes.

D'autre part,

--203 (62,5%) patients sont adressés par un médecin,

--122 (37,5%) ne le sont pas.

On peut noter que ces proportions ne varient pas d'un sexe à l'autre, puisque

--70 femmes (62,5% d'entre elles) sont adressées, tandis que

--42 (37,5%) ne le sont pas;

il en est de même dans le groupe masculin:

--133 (62,5% des hommes) sont adressés, contre

--80 (37,5%).

Si l'on ajoute que, parmi les patients adressés,

--133 (65,51%) sont des hommes, et

--70 (34,49%) des femmes,

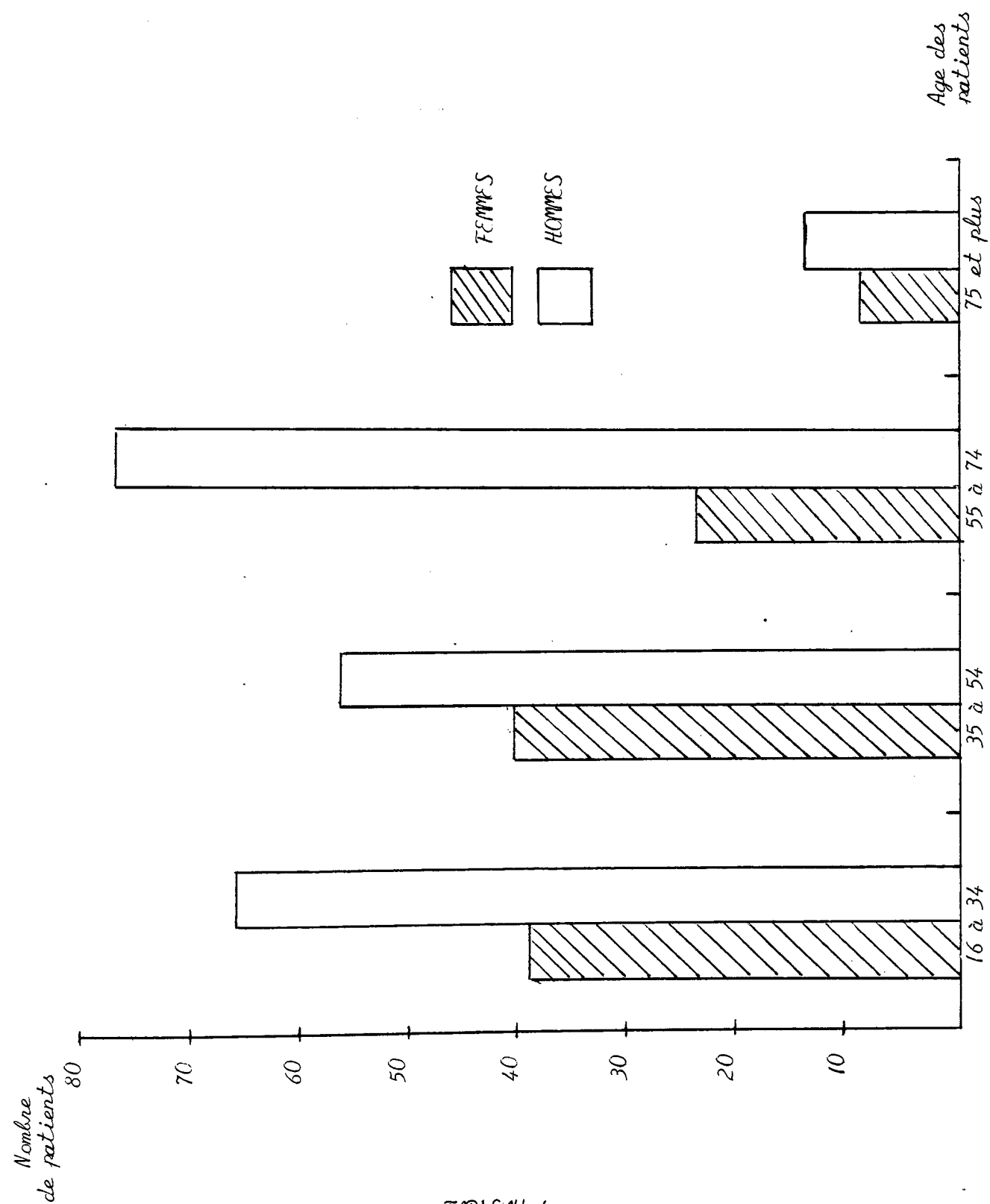


TABLEAU 1
Répartition des patients en fonction de l'âge.

et que parmi ceux qui ne le sont pas,

--80 sont de sexe masculin (soit 65,57%)

--42 sont de sexe féminin (34,43%),

on pourra conclure de ce premier décryptage:

Sur les 325 personnes de l'échantillon,

2 sur 3 sont des hommes

2 sur 3 sont adressées par un généraliste.

b) Répartition par classe d'âge: (Tableau 1)

Age.....	16-34.....	35-54.....	55-74.....	75 et plus.....	Total
F.A.	21	24	18	7	= 70
F.NA.....	18	16	6	2	= 42
H.A.	39	34	49	11	= 133
H.NA.	27	22	28	3	= 80
Total	105	96	101	23	= 325

Si l'on s'intéresse à l'ensemble du groupe, on note, tout d'abord, que 201 patients (61,8%) ont moins de 55 ans, et que parmi eux-ci, 122 (60,5%) sont des hommes.

Au-delà, 91 des 124 patients restants sont des hommes, c'est à dire les 3/4 de ce nombre.

Si l'on distingue les patients en fonction du sexe, on relève les proportions suivantes:

chez les femmes --39 (12% de tous les consultants) ont moins de 35 ans

--40 (12,3%) ont entre 35 et 54 ans

--24 (7,4%) ont entre 55 et 74 ans

--9 (2,8%) ont plus de 75 ans .

chez les hommes : --66 (17,2% de tous les patients) ont moins de 35 ans
--56 (20,3%) ont de 35 à 54 ans
--77 (23,7%) ont de 55 à 74 ans
--14 (4,3%) ont 75 ans et plus.

Ce détail peut se résumer de la façon suivante:

- un consultant sur quatre est une femme de moins de 55 ans
- un consultant sur quatre est un homme de 55 ans et plus;
- 7 femmes sur 10 consultent avant 55 ans,
- 3 hommes sur 10 avant 35 ans, et 4 sur 10 après 55 ans.

Ainsi, le pic de fréquence des consultations féminines est situé dans la tranche 35-55, quoique la tranche d'âge inférieure suive de très près.

Le pic de fréquence des hommes est, comme on pouvait s'y attendre, situé après 55 ans; mais le nombre de consultants jeunes ne manque pas d'être intéressant.

On peut certainement attribuer ces différences entre les deux sexes à des différences dans les pathologies présentées respectivement. Nous verrons plus loin ce qu'il en est de l'échantillon ici présenté.

On peut terminer en notant (tableau 11, p. 15), chez les femmes, la constante progression des patientes adressées en fonction de l'âge, comparée à la relative stabilité du nombre d'hommes adressés (autour de 60%) avant 75 ans. Plus une femme est jeune, plus il lui semble facile de consulter le spécialiste de son propre fait. Doit-on, ici aussi, voir un effet d'une plus grande "sensibilisation", aujourd'hui, des femmes aux problèmes de santé? Il n'est pas possible de répondre ici à cette question.

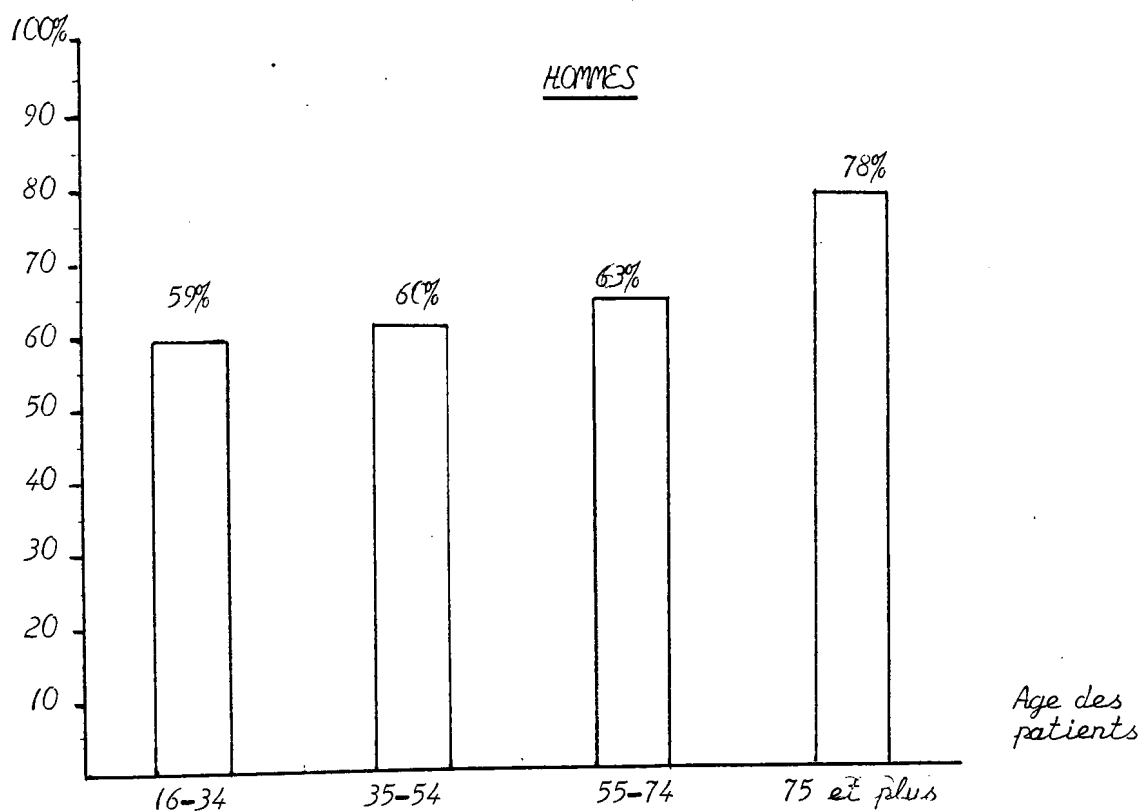
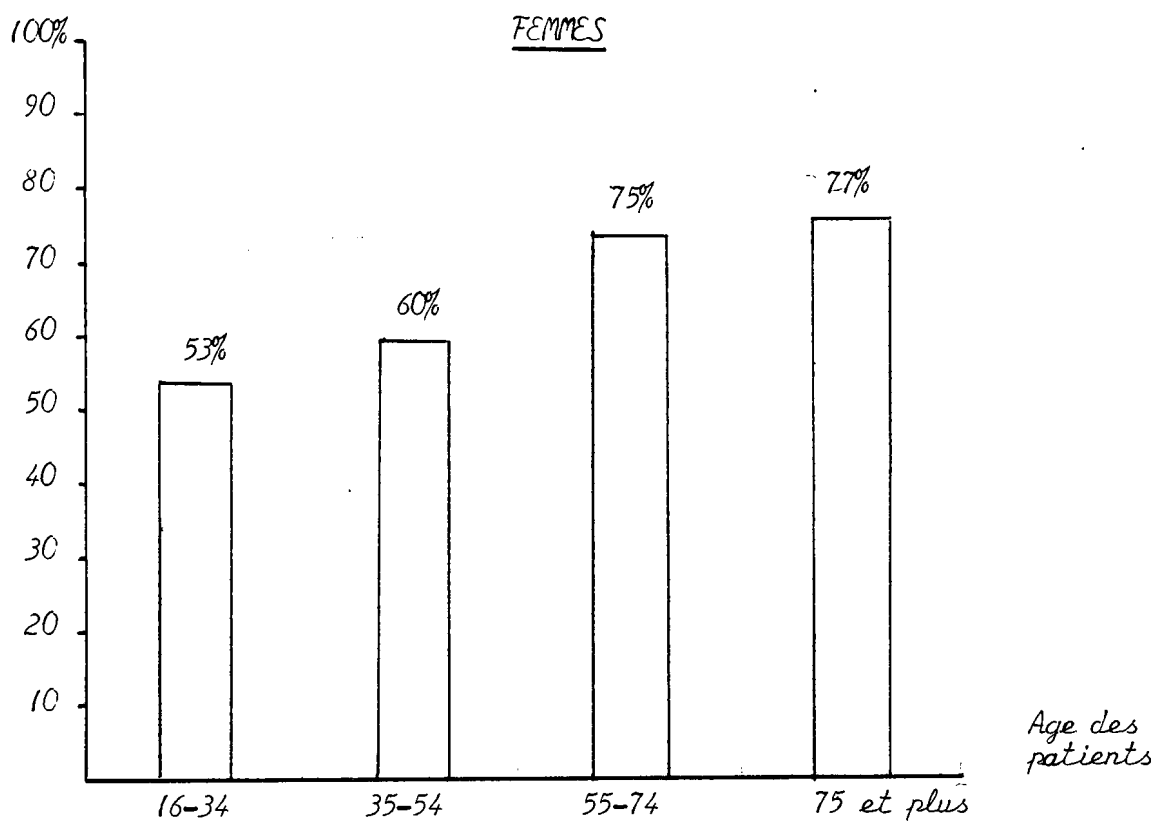


TABLEAU 11

Proportion de patients adressés en fonction de l'âge

c) Répartition des patients en fonction de leur provenance:

Origine.....	18.....	36.....	37.....	41.....	45.....	72.....	99
F.A.	4 ...	4 ...	51 ...	6 ...	0 ...	2 ...	3
F.NA.....	2 ...	1 ...	36 ...	1 ...	1 ...	0 ...	1
H.A.....	8 ...	9 ...	96 ...	12 ...	1 ...	5 ...	2
H.NA.....	3 ...	5 ...	63 ...	2 ...	0 ...	3 ...	4
TOTAL.....	17 ...	19 ...	246 ...	21 ...	2 ...	10 ...	10

N.B.: 18=Cher; 36= Indre; 37= Indre-et-Loire; 41= Loir-et-Cher;
45= Loiret; 72= Sarthe; 99+=autres départements.

Il n'est pas très étonnant de constater que 3/4 des patients proviennent du département même. Un pas de plus dans l'analyse aurait consisté à cerner la proportion de personnes originaires de Tours même et des agglomérations voisines.

Les autres départements relevés sont (sauf le Loiret et le Cher) des départements limitrophes, mais on peut s'interroger sur ce qui fait qu'une personne vienne consulter à Tours, alors que les hopitaux ou les cliniques de son département disposent d'un ou de plusieurs spécialistes. Ceci est net en ce qui concerne le Loir-et-Cher, dont proviennent tout de même 6,5% des patients, alors que la ville de Blois est pourvue d'un centre hospitalier de dimensions respectables, et, de plus, situé à égale distance de Tours et d'Orléans.

On pourrait aussi penser qu'en raison de lignes de communications directes avec Paris, un grand nombre de personnes vont, d'emblée, consulter là-bas.

Cependant, dans l'ignorance de la provenance géographique précise de chaque patient, il est difficile d'être affirmatif, pour un aussi petit échantillon.

Il est d'autre part certain que de nombreux facteurs entrent en jeu dans le fait pour un patient de consulter à un endroit plutôt qu'à un autre; en dehors des raisons subjectives du patient lui-même, il ne faut pas oublier celles du médecin traitant: en particulier, mentionnons le lieu où celui-ci a fait ses études, accompli son internat ou son stage pratique, la connaissance personnelle qu'il a ou non de son correspondant, la "notoriété" de ce dernier et du cadre dans lequel il exerce, etc... sans oublier les différences démographiques d'un département à l'autre...

Pour résumer, disons que 3/4 des patients viennent du département, et que, quelle que soit l'origine et le sexe du patient, la proportion de personnes adressées reste identique, de l'ordre des 60-65%.

2. CIRCONSTANCES DE LA CONSULTATION

a) Explorations para-cliniques déjà subies par les patients

Cinq catégories d'examens complémentaires ont été envisagées: Cyto-bactériologie urinaire ("E.C.B.U."), Radiologie, Biologie sanguine, Echographie rénale, Endoscopie vésicale.

Dans tous les cas, on n'a relevé que les explorations récentes (moins d'un an) et en relation avec les motifs de consultation invoqués.

Un premier dénombrement a permis de mettre en évidence que:

--23% des femmes (26 sur 112), et

--39% des hommes (83 sur 213)

n'avaient bénéficié d'aucune exploration avant de consulter cette fois-là. Il faut cependant préciser que sur ces 26 femmes, la moitié (12) était adressée par leur médecin, tandis que 32 des 83 hommes étaient dans ce cas.

Ainsi, 109 patients en tout (33,5% de cet échantillon) n'avaient, au jour de leur rencontre avec le spécialiste, eu aucun examen para-clinique, mais 76% de ces patients venus les mains vides étaient des hommes.

Une telle constatation n'a pas grande signification si l'on ne la rapporte pas au motif qui a amené les patients à consulter; il faut cependant remarquer que pour les 44 patients envoyés nommément par un médecin, ce dernier n'avait pas jugé utile la prescription d'examens complémentaires. Nous reviendrons sur ce point lors du relevé des symptômes invoqués.

Les Explorations Radiologiques

	A.S.P.	U.I.V.	R.P.	Cys.Rè	Autre
F.A.	... 0	 50	 0	 0	 0
F.NA.	... 0	 15	 0	 0	 2
H.A.	... 1	 69	 0	 0	 2
H.NA.	... 0	 15	 0	 1	 1
Total	1	149	0	1	5

N.B.: ASP= Cliché d'abdomen sans préparation; UIV= Urographie intra-veineuse; R.P.: cliché thoracique; CysRè=Cystographie rétrograde; Autre= Rachis lombaire, lavement baryté.

Une première remarque porte sur le contenu des fiches de consultation elles-mêmes. Qu'un examen ne soit pas mentionné ne signifie pas forcément qu'il n'a pas été fait. La lecture des dossiers nous a cependant permis de constater que l'examineur s'attachait à déterminer ce genre de détail, et les relevait y compris sous la forme négative, par exemple l'absence d'un cliché thoracique lors d'une suspicion de cancer rénal, ou l'absence de cliché d'abdomen simple en période douloureuse chez un patient ayant présenté une colique néphrétique.

On remarquera ensuite que la présence d'une UIV semble "éviter" celle d'un cliché simple. Cependant, on ne peut pas ne pas être surpris par le très grand nombre de ces urographies puisque près de la moitié des patients en avaient eu une. (lorsque un ou une patiente avait eu plusieurs UIV, ce qui n'est pas rare, on ne les a pas dénombrées...) Ceci sera également

rediscuté plus loin au cours de ce travail.

Nous pouvons cependant noter pour l'instant que, dans cet échantillon, les femmes bénéficient plus souvent d'une Urographie que les hommes:

—58% d'entre elles y ont eu "droit" (65 sur 112), contre

—39,5% des patients masculins (soit 84 sur 213).

D'autre part, 71,5% des femmes adressées avaient eu ce même examen, contre 35,5% des patientes venues d'elles-mêmes; tandis que parmi les hommes, ces proportions étaient respectivement de 52% et 19%.

Ces différences peuvent sembler insolites, si l'on en est resté à une vision caricaturale de l'urologie, "spécialité-pour-sexagénaires-prostatiques"...

L'Examen cyto-bactériologique des urines

Beaucoup de patientes en avaient eu plusieurs. Il n'a pas été possible de tous les dénombrer. Du moins savons-nous, en lisant les dossiers, qui en avait eu et qui n'en avait pas eu.

Toujours est-il que:

- 69 des 112 femmes (61,5%) avaient eu au moins un 'Echu', tandis que
- 81 des 213 hommes (38%) étaient dans le même cas.

Globalement, cette exploration concernait près de la moitié de tous les patients: 150 sur 325.

D'autre part:

- 48 des 70 femmes adressées (68,5%) avaient eu cet examen, contre
- 64 des 133 hommes adressés (48%).

Ces résultats indiquent que l'Echu est un examen prescrit plus souvent aux femmes qu'aux hommes. On peut supposer que cette tendance correspond aux particularités pathologiques rencontrées dans chaque sexe.

La Biologie Sanguine

Un certain nombre d'éléments sont recherchés lors des "prises de sang" faites à ces patients. Nous avons relevés les plus fréquemment retrouvés dans les dossiers, c'est à dire ceux que le médecin mentionne dans sa lettre, ou ceux que l'urologue consigne sur sa fiche.

Numération-Formule sanguine/ Sédimentation:....18

Créatininémie ou Urémie.....13

Phosphatases acides.....6

Bilan Phospho-calcique.....7

Uricémie.....1

Analyse d'une lithiase.....2

Notons qu'aucun patient n'avait fait l'objet d'un dosage de B-H.C.G.

Encore une fois, ces résultats sont tributaires et des renseignements donnés par le patient ou son médecin, et de la précision apportée par l'urologue à la rédaction de ses fiches. Mais ces facteurs n'entrent probablement pas plus en ligne de compte que pour les deux catégories précédentes d'examens complémentaires.

A ces réserves près, il faut bien remarquer que les patients adressés à l'urologue sont plus souvent irradiés qu'on ne leur prélève de sang. En effet, les prélèvements détaillés ci-dessus concernent, en tout, 13 femmes (dont 12 adressées) et 39 hommes (dont 29 adressés).

Quelques mots de l'utilité théorique de ces examens: les deux premiers sont utiles lorsqu'on soupçonne un processus infectieux ou inflammatoire, et pour évaluer la fonction rénale; les phosphatases acides, lorsqu'elles sont élevées, sont encore considérées comme un signe de cancer prostatique, bien que leur fiabilité soit battue en brèche; les "A-H.C.G." (marqueurs spécifiques) sont dosés dans le but de mettre en évidence un cancer testiculaire soupçonné cliniquement; les trois derniers examens font partie du bilan d'une colique néphrétique, ou d'un processus lithiasique connu.

Bien entendu, il existe de grandes différences entre la théorie livresque et la réalité quotidienne du praticien. Mais il s'agit là d'examens d'accès facile, courant, et qui sont susceptibles d'apporter des renseignements précieux, y compris par leur négativité. En regard de la répartition des motifs de consultation (Cf. pp. 32 et suiv.), leur faible nombre ne manque pas d'intriguer.

Dans le cas des examens biologiques comme dans celui des 'Ecbu', un certain nombre de patients disent avoir eu de tels "bilans", mais sont incapables de dire lesquels. Ici aussi, on est surpris par le peu d'importance que semblent accorder les médecins à ces explorations,

puisque'ils ne les mentionnent que rarement, y compris lorsqu'ils les ont prescrits:

--Association de plusieurs explorations:

la plus fréquente est la paire Radiologie+Echu:

elle concerne 39 femmes et 32 hommes, soient
22% de tous les patients

15% des hommes, mais 35% des femmes;

Les autres "associations" viennent loin derrière, en fréquence de prescription:

Echu + Radiologie + Biologie : chez 10 femmes et 16 hommes

Echu + Biologie: 1 femme, 10 hommes

Radiologie+ Biologie: 2 femmes, 4 hommes

--Patients n'ayant bénéficié que d'un seul examen

35 hommes et 14 femmes ont eu un examen radiologique isolé

25 hommes et 19 femmes, un Echu;

9 hommes, mais aucune femme, un "bilan biologique" seul.

Echographie Rénale

Quatre personnes (2 hommes, 2 femmes) en avaient eu une avant de venir en consultation spécialisée. Ce nombre est trop faible pour en tirer une quelconque appréciation, mais il a le mérite d'attirer notre attention sur un type d'exploration qui est de plus en plus accessible en ambulatoire. Il serait intéressant, sur les dossiers de consultants des années postérieures à notre étude, d'analyser l'évolution de la prescription des échographies par les médecins généralistes, rapportée bien sûr au type de pathologie exploré....

Endoscopie vésicale

Huit patients (3 femmes, 5 hommes) en avaient déjà eu une. Ces endoscopies avaient été pratiquées par d'autres spécialistes (rappelons que tous les patients dont il est ici question consultent pour la première fois cet urologue-ci...); les motifs qui amenaient ces patients à consulter à nouveau étaient identiques à ceux pour lesquels ils avaient eu cet examen.

Nous pourrions clore ce chapitre sur les explorations par le fait qu'un certain nombre de patients, qui avaient bénéficié d'une ou de plusieurs d'entre elles, n'ont PAS APPORTE leurs examens en consultation spécialisée... Il s'agit ici des "bilans" dont la nature est connue, parce que les médecins la précisaient dans leur lettre, ou parce que les patients se souvenaient très bien les avoir reçus.

17 femmes (dont 4 adressées)

42 hommes (dont 16 adressés) , soit au total

18% des patients "déjà explorés", sont dans ce cas.

Pour les 20 patients adressés spécifiquement par leur médecin, on peut s'en étonner... quoiqu'il soit difficile de savoir les raisons de cette défection.

b) Traitements reçus par les patients avant la consultation

	Inc.	...	Antis.	...	Antib.	...	Sympt.	...	Est.	...	Chir.
F.A.	17	...	7	...	11	...	6	...	0	...	2
F.NA.	12	...	6	...	3	...	1	...	0	...	0
H.A.	11	...	6	...	10	...	22	...	3	...	2
H.NA.	7	...	2	...	4	...	5	...	1	...	0
Total	47		21		28		34		4		4

N.B. : Inc = traitement inconnu; Antis. = Antiseptique urinaire;
Antib. = Antibiotique systémique; Sympt. = thérapeutique symptomatique;
Est. : estrogénothérapie anticancéreuse; Chir. : geste de nature chirurgicale .

A nouveau, ces résultats sont limités par l'imprécision des sources utilisées. S'il est toujours possible de dire, au vu des dossiers, que tel ou tel patient a eu ou non un traitement pour le problème qui l'amène à la consultation, il n'est pas toujours possible de dire lequel. En ce qui concerne les traitements anti-infectieux, il n'a pas été procédé à un relevé précis des molécules utilisées. Ceci pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

En ce qui concerne les résultats dont nous disposons, relevons d'abord que, si l'on se fie aux dossiers, 135 personnes disent avoir reçu une thérapeutique avant leur venue chez le spécialiste.

Pour 47 d'entre elles, ce traitement reste inconnu: la lettre du médecin ne le mentionne pas; la fiche de consultation non plus, soit que l'interrogatoire ne permette pas de le préciser, soit que l'examineur ait omis de le noter. En ce qui concerne les lettres des médecins, elles sont en général peu précises, de toutes façons, et mentionnent plus souvent " un traitement antiseptique urinaire inefficace" ou "une antibiothérapie orientée par antibiogramme, mais restée sans effet",

--qu'elles ne décrivent la durée du traitement, la nature des molécules utilisées, ou la succession de plusieurs traitements chez le même patient et pour le même problème.

Un autre élément intéressant (qui n'apparaît pas dans ces résultats):

--les patientes féminines, lorsqu'elles viennent consulter le spécialiste, ont derrière elles une plus grande quantité de traitements absorbés, et sur une durée plus longue que les hommes. Ceci n'était pas chiffrable en raison des imprécisions déjà citées, mais pouvait être apprécié sur la nature des motifs de consultation, comme nous le verrons plus loin.

On peut toutefois ici remarquer que si le nombre de traitements anti-infectieux relevés est du même ordre dans les deux groupes (respectivement 27 femmes et 22 hommes), il semble cependant indiquer une plus grande fréquence de prescription chez les femmes, qui, rappelons le, sont deux fois moins nombreuses que les hommes.

Inversement, les thérapeutiques symptomatiques semblent plus souvent prescrites chez les hommes que chez les femmes: 27 sont concernés, contre 7 dans l'autre groupe. Ce type de thérapeutique regroupe les antalgiques et antispasmodiques, les antiinflammatoires, et les thérapeutiques médicales des troubles "prostatiques" du sujet âgé. Une disparité aussi nette entre les deux groupes peut d'une part être attribuée à des différences de pathologie d'un sexe à l'autre, et à nouveau, aux imprécisions des dossiers. Les antispasmodiques sont d'utilisation facile et très courante ~~sur~~ de faibles durées, ce qui amène peut-être les médecins à "oublier" de les mentionner; ils sont, de plus, assez nombreux, tandis que les "anti-adénomateux" ne le sont ~~pas~~, et qu'il est plus facile pour le patient de se souvenir de leur nom, ou pour l'urologue de le deviner.

Quatre (4) hommes recevaient, depuis plusieurs mois, un traitement estrogénique pour un cancer prostatique connu; 4 personnes avaient

"l'efficacité" d'un geste chirurgical, en l'occurrence il s'agissait dans un cas d'une résection endoscopique chez un patient porteur d'un adénome prostatique, d'une "montée de sonde" dans le cadre d'une lithiase du haut-appareil, et de deux "coagulations endoscopiques" chez des femmes présentant des cystopathies à répétition.

Deux catégories de traitements n'ont pas été étudiées, mais semblent devoir être prises en compte, car elles reviennent souvent dans les dossiers, au moins par allusion: les traitements anxiolytiques et les traitements gynécologiques. Tout ce qu'on peut dire c'est que d'une part un certain nombre de patients sont taxés d'"anxiété", soit par leur médecin, soit par le spécialiste, que d'autre part, beaucoup des femmes consultant pour "gêne sus-pubienne" (voir plus loin) ont consulté un spécialiste gynécologue avant de voir l'urologue, et que de ces "antécédents" il n'est pas possible de faire totalement abstraction dans l'évaluation des motifs de consultation. Ceci est un des nombreux aspects de notre étude qui n'ont commencé à se faire jour qu'après la lecture de nombreux dossiers.

c) Description rapide des lettres des médecins traitants

On pourra reprocher à ce chapitre, plus qu'à tout autre, son caractère subjectif. Il serait mal venu de ne pas admettre qu'une grande part d'arbitraire entre dans les appréciations que nous allons livrer. Précisons tout-de même l'objet de ce survol: il était question, pour les patients adressés, d'évaluer grossièrement l'apport de la lettre du médecin pour la bonne compréhension du problème motivant la consultation.

On a schématisé cette évaluation sous trois rubriques:

- explicite: on désignait ainsi une lettre posant "clairement et simplement le problème." Ces termes sont ceux employés par l'urologue lorsque la question lui a été posée; il a également ajouté que la plus grande partie des lettres étaient "trop courtes, rarement trop longues".
- confuse: ce sont celles à la lecture de laquelle il était impossible de savoir pourquoi le patient était là; ceci, bien sûr est une appréciation de l'auteur de ce travail, et de lui seul; en effet, le contenu d'une lettre, en consultation, est immédiatement précisé, relativisé par le dialogue avec le patient; le lecteur des dossiers, lui, avant de consulter la fiche de l'urologue, ne dispose pas d'un tel atout. Cette appréciation, qui peut paraître anecdotique, a pour but de montrer la difficulté qui existe dans ce genre de recherche: les motifs des médecins, qui sont au moins aussi importants à analyser que ceux de leur patients, ne nous sont accessibles qu'au travers de deux intermédiaires successifs: le témoignage du patient, et les notes prises par l'urologue.
- illisible: l'incapacité-à-écrire-bien est une image habituelle, un cliché largement répandu du médecin...

	lettre explicite	confuse.....	illisible
femmes	57	11	1
hommes	92	33	2

Il y a peu de choses à dire sur ces résultats.

Sinon que:

--80 pour 100 des femmes ont une lettre "explicite", contre

--70% des hommes

--21,5% des patients adressés apportent avec eux une lettre à elle seule à peu près inintelligible. 3 sur 4 de ces patients sont des hommes.

Ajoutons que le faible nombre de lettres illisibles doit être considéré comme une grossière sous-estimation: il s'agit là, en effet, des lettres totalement illisibles. Une quantité indéfinie d'autres lettres l'étaient en partie, et se trouvent ainsi souvent dans la catégorie "confuse", lorsque une patiente succession de relectures n'a pas permis de les décrypter totalement...

Il n'y a aucun doute qu'une étude précise de ce qui est un appoint non négligeable du travail d'un spécialiste, à partir d'une grille préétablie, apporterait de nombreux renseignements.

Un dernier détail inexpliqué: à 7 reprises, la lettre du médecin n'a pas été retrouvée dans le dossier de patients adressés.

d) Appréciation de l'origine socio-économique des patients venus d'eux-mêmes

Ce relevé était lui aussi forcément incomplet. L' "origine" sociale des patients est un caractère très difficile à définir. Nous avons tenté du moins de relever la caractéristique la plus facile d'accès: la profession.

Il apparaissait toutefois qu'un facteur très important, dans le fait de consulter spontanément un spécialiste, s'avérait être...un lien personnel à la profession médicale. La grille de profession comportait donc deux listes, l'une détaillant ces "liens", l'autre des cadres professionnels variés.

Liste I: personnes liées directement ou non au milieu médical

--étudiants en médecine: ;,.....	<u>5</u>
--employés du CHU (médecins, infirmière, agent)...	<u>9</u>
--parent(e) d'un salarié du CHU.....	<u>8</u>
--profession (para)médicale hors-CHU.....	<u>4</u>
--parent(e) de membres d'une profession médicale ou para-médicale hors-CHU.....	<u>4</u>
Total:.....	<u>30</u>

Liste II: activité des patients non liés au milieu médical

--étudiant.....	0
--enseignant.....	4
--cadre.....	3
--commerçant.....	0
--agriculteur.....	0
--salarié.....	0
--autre.....	0
Total:.....	<u>7</u>

Sur les 122 patients venus d'eux-mêmes, le dossier ne renfermait de renseignement socio-professionnel que pour 37 d'entre eux, et 30 (soit près d'un quart de cet échantillon) étaient d'assez près liés au milieu médical.

De ces résultats il semble assez facile de déduire...que l'urologue note plus systématiquement la profession de ces patients, lorsqu'elle est proche de la sienne. Par ailleurs on peut se demander pourquoi il note le fait d'être 'enseignant' ou 'cadre', mais pas celui d'être commerçant ou agriculteur. Telle profession aurait-elle plus de conséquences

thérapeutiques qu'une autre?

Toujours est-il que l'appréciation du milieu social d'origine d'un patient ne pouvait être faite ici. Remarquons que nous nous en sommes tenus aux patients non-adressés, mais qu'il n'est pas sûr que le milieu social ne joue pas un rôle pour tous les patients, le médecin jouant alors plus ou moins, selon les cas, un rôle d'intermédiaire. Ceci est difficile à évaluer, et ne pourrait l'être qu'au prix d'un travail spécifique.

III. DESCRIPTION DE LA CONSULTATION

a) Symptomatologie invoquée par les patients et/ou leur médecin

Nous avons relevé les symptômes selon deux questionnaires; l'un concernait les femmes, l'autre les hommes. Dans chacun des deux groupes patients adressés et patients venus d'eux-mêmes sont décrits ensemble.

Détail des symptômes chez les femmes

Cystopathie unique.....	1
Cystopathie récidivante.....	44
Pyélonéphrite unique.....	4
Pyélonéphrite récidivante.....	2
Colique néphrétique et/ou Lithiase connue.....	12
Douleur(s) lombaire(s).....	20
Douleur pelvienne/ Gêne sus-pubienne.....	16
Troubles mictionnels.....	26
Incontinence d'urine.....	15
Prolapsus génito-urinaire.....	14
Hématurie <u>microscopique</u>	4
Hématurie <u>macroscopique</u>	9
Tumeur rénale.....	4
Tumeur de vessie.....	1
Exploration complémentaire pathologique.....	32

N.B.: une patiente pouvait relever de plusieurs catégories.

Commentaires:

Comme cela l'a été précisé dans notre introduction, la terminologie utilisée ici respecte celle qui est employée par les médecins traitants, ou les patients eux-mêmes. Dans le cas des personnes

non-adressées, nous savons que la plupart avait déjà consulté un médecin, et que les termes qu'elles utilisaient pouvaient fort bien être issus de ces consultations antérieures. Il s'agit de toutes façons de symptômes invoqués, avant toute analyse par l'urologue. Il ne s'agit jamais du diagnostic définitif, dont cette étude ne se préoccupe pas.

Sur ces quinze rubriques, dix font entrer en ligne de compte à la fois le vécu subjectif du patient et l'analyse qu'en fait son médecin lorsque celui-ci l'envoie.

1°) Cystopathie: sous ce terme imprécis sont regroupés les phénomènes fonctionnels comme des brûlures urinaires, accompagnées ou non d'une dysurie ("difficulté à uriner"), d'une pollakiurie (envie fréquente d'uriner), et d'un Ecbu pathologique, ou considéré comme tel...

Comme on peut le constater, ce syndrome récidivant fait l'objet d'une consultation pour 39% des femmes (44 sur 112). Ces femmes pouvaient en outre, présenter un Ecbu pathologique, mais il s'avère (nous le verrons plus loin,) que cet élément n'est pas nécessaire, pour le médecin...

2°) Pyélonéphrite: le terme désigne en général, une atteinte inflammatoire d'origine infectieuse, du parenchyme rénal, et se traduit par des douleurs lombaires (qui peuvent manquer), une pyurie (qui peut manquer), un syndrome inflammatoire, de la fièvre, une atteinte plus ou moins marquée de l'état général, parfois des signes fonctionnels du bas appareil (pollakiurie). Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic incertain en l'absence d'une exploration radiologique, qui peut ne pas permettre de conclure...

Ici, cette pathologie semble peu fréquente; ceci doit être nuancé: en fait, le terme de pyélonéphrite est peu souvent employé par les médecins. Par contre, de nombreuses patientes sont adressées pour un tableau associant "douleur(s) lombaire(s) ou pelviennés)" et "troubles mictionnels", parfois accompagnés d'une UIV d'aspect suspect.

Ce tableau, souvent rapporté à des antécédents de "cystite", semble beaucoup préoccuper les médecins, qui ne savent pas à quoi le rattacher. Pourtant, la plus grande partie de ces femmes a bénéficié d'une ou plusieurs cyto-bactériologies urinaires, et d'une urographie intra veineuse.

3°) Coliques néphrétiques / Lithiase connue:

Douze femmes consultent pour des douleurs rapportées directement à un "calcul", une lithiase des voies urinaires, soit du bassinet, soit même... coralliforme (c'est à dire moulant les calices et le bassinet), soit urétérale. Notons que ces "coliques néphrétiques" n'en sont pas toujours: le terme renvoie à une douleur paroxystique d'origine urinaire, survenant lors de l'obstruction de l'uretère, et entraînant une distension sus-jacente. Le schéma de comportement des médecins semble être le suivant: douleur lombaire (même "vague") avec antécédents de "cystite".....entraîne la prescription d'un ECBU et d'une Urographie. Nous avons vu que le cliché d'abdomen sans préparation n'est presque jamais présenté à lui seul lors de la consultation. Un article récent du Lancet (1) montrait pourtant que ce simple cliché permettait 9 fois sur 10 d'affirmer ou réfuter, lorsque examen et interrogatoire étaient correctement menés, l'origine urinaire d'une douleur du flanc chez les femmes vues en ambulatoire...

Lorsque l'UUV n'apporte pas de réponse aussi "évidente" qu'une lithiase, les lettres de médecins incriminent fréquemment, sur les clichés, une "hypotonie de l'uretère", ou une "discrète dilatation des voies urinaires supérieures". La "cause pathologique" de douleurs lombaires la plus fréquemment rencontrée en l'absence de signes objectifs radiologiques, reste la terrible "ptose rénale" (uni- ou bilatérale...), qui s'accompagne quasi obligatoirement d'une interrogation du médecin sur un geste chirurgical éventuel, mais ne présente aucun caractère pathologique.

Or, il paraît hasardeux en l'état actuel de nos connaissances, d'attribuer à une lithiase--fût-elle coralliforme--des douleurs lombaires

sans distension des voies urinaires: c'est en effet celle-ci qui semble à l'origine des douleurs, et non un "spasme" dont l'existence n'est pas démontrée. Ce genre de conclusion paraît plus hasardeux encore lorsque l'interrogatoire de la patiente signale le caractère mécanique de ces douleurs, leur survenue erratique...et même parfois contro-latérale à la lithiase incriminée. Ce genre de découverte est loin d'être rare.

Il faut cependant nuancer ces appréciations en rappelant que l'interprétation des clichés radiologiques n'est pas le fait du seul généraliste. Ainsi, dans quelques cas, en présence d'une symptomatologie évocatrice, et d'un Échu pathologique, on trouve sur une urographie par ailleurs normale en apparence, un diagnostic de "syndrome de la jonction"...sans anomalie jonctionnelle, ou celui de "reflux vésico-urétéral" sans cliché objectivant celui-ci. En dehors de problèmes techniques d'interprétation, il semble donc que le plus souvent, les médecins hésitent à considérer les examens complémentaires comme normaux...lorsque une symptomatologie mal analysée leur fait croire qu'ils "devraient ne pas l'être", et que le radiologue est prompt à évoquer une interprétation peut-être un peu rapide. On comprend alors que, dans le doute, les praticiens fassent appel au spécialiste...

Les trois rubriques les moins précises: Douleur lombaire/ Douleur pelvienne/ Troubles mictionnels sont donc le reflet des incertitudes des praticiens eux-mêmes.

4°) Incontinence d'urine et prolapsus génito-urinaire

Ces deux motifs sont le plus souvent associés, ce qui explique le nombre équivalent de patientes dans les deux rubriques. L'incontinence est cependant un symptôme subjectif, que les patientes décrivent le plus souvent comme survenant dans des circonstances bien particulières: effort, toux, pour ne citer que les deux plus fréquentes. Le prolapsus génital (ou "descente d'organes" en langage populaire) peut, lui, être apprécié par l'examen clinique, quant à l'importance et à la nature des "ptoses" qui le caractérisent. Cependant, bien que les médecins parlent

de prolapsus, ils ne précisent pas ce que l'examen clinique leur a permis de constater; dans le cadre de cette rubrique-ci, le silence des médecins sur les résultats et les conclusions de cet examen est total, pour toutes les femmes. Les praticiens pensent-ils que, de toutes façons, l'urologue refera l'examen, et que le leur n'a pas d'importance?

Nous verrons que du moins, ils se trompent sur ce dernier point.

5°) Hématuries: la définition semble simple, puisqu'il s'agit de la présence de sang dans les urines.

Lorsque celle-ci est de grande abondance, et constatée de visu, le problème semble simple. Le ou la patiente se voit prescrire une urographie et une consultation spécialisée, que les clichés soient ou non d'aspect normal. Le plus souvent, cependant, les lettres sont peu précises sur les circonstances de l'hématurie (après une douleur lombaire, par exemple).

Lorsque celle-ci est infra-clinique, microscopique, elle est toujours, dans l'échantillon qui nous occupe, le fait d'une découverte fortuite, à l'occasion d'un examen systématique par bandelettes réactives lors d'un examen de médecine du travail, ou avant une vaccination, par exemple. Or les médecins traitants semblent ignorer parfois les limites de fiabilité de ces bandelettes, puisque dans chaque cas, le contrôle de cette hématurie est refait avec les mêmes réactifs, et non à l'aide d'un sédiment urinaire, avec dénombrement des hématies.

De plus, si une UIV est prescrite, la fonction rénale n'est pas explorée: ni les 4 patientes de ce groupe, ni les hommes adressés pour ce motif n'avaient eu de créatininémie.

Ceci peut faire penser que l'hématurie est dans l'esprit de ces praticiens, un symptôme purement urologique, ne pouvant accompagner une souffrance du parenchyme rénal...

6°) Tumeurs: les cinq femmes adressées pour tumeur ne présentaient pas de symptomatologie franche; l'inquiétude des médecins reposait sur l'aspect de l'urographie, prescrite à l'occasion de manifestations banales, lombalgie ou troubles mictionnels frustes.

7°) Exploration complémentaire pathologique:

Nous avons déjà abordé le cas des urographies. La radiologie est loin d'être une discipline aisée, et l'on comprend que les praticiens hésitent dans certaines interprétations. Il n'en va pas de même pour ce qui est des Ecbu dont nous allons dire quelques mots. Si peu de patientes se voient adressées pour "ecbu pathologique", on retrouve cependant souvent un ecbu en guise de "preuve" d'une cystopathie récidivante. L' "analyse d'urine" est en effet si souvent prescrite qu'elle devient non seulement un argument diagnostique, mais aussi un test de l'efficacité thérapeutique. Malheureusement l'interprétation n'a pas toujours la rigueur souhaitée: seule la présence de germes est prise en considération par le praticien. La présence ou non de leucocytes et leur nombre, la quantité de germes par millilitre, la nature du micro-organisme ne sont pas prises en compte, de sorte que beaucoup des patientes adressées pour "cystopathie récidivante" ou autres "troubles mictionnels" s'avèrent ne souffrir...que d'avoir encore des germes dans leurs urines, et seulement de cela...malgré plusieurs "traitements-guidés-par-antibiogramme".

Détail des symptômes chez les hommes

Infection basse unique.....	20
Infection basse récidivante.....	8
Infection haute unique.....	1
Infection haute récidivante.....	2
Colique néphrétique /Lithiase.....	19
Douleur lombaire.....	14
Grosse bourse.....	15
Nodule d'une bourse.....	14
Douleur d'une bourse.....	25
Troubles mictionnels.....	95
Hématurie <u>microscopique</u>	9
Hématurie <u>macroscopique</u>	25
Tumeur rénale.....	4
Tumeur de vessie.....	6
Tumeur de prostate.....	22
Examen complémentaire pathologique.....	26
Anomalie des organes génitaux externes.....	28
Retentissement radiologique d'un obstacle urinaire....	16
N.B. Un même patient pouvait relever de plusieurs catégories.	

Commentaires: Une première remarque porte sur la plus grande "richesse" apparente de cette liste par rapport à celle des femmes. Rappelons seulement qu'il n'existe pas jusqu'ici de consultation d' "Andrologie". Or, dans cette liste, quatre (4) rubriques concernent l'appareil génital externe masculin, sans être forcément liées à des problèmes spécifiquement urologiques. Ceci est une première indication du rôle de l'Urologue, du moins en ce qui concerne les hommes.

1°) "Infection" basse ou haute

Les termes : "pyélonéphrite" et "cystite" ne sont jamais retrouvés dans le groupe des hommes. Lorsque un patient consulte pour un problème infectieux, il est le plus souvent passé par son médecin traitant auparavant. Ceux qui viennent d'emblée sont des hommes travaillant à l'hôpital, et qui se sont fait faire aisément un Echu, et ont pris immédiatement rendez-vous. Dans les lettres de médecins, le terme le plus souvent retrouvé, en dehors d' "infection urinaire" est celui d' "urétrite". Ceux de "prostatite, orchite, épididymite", ne le sont presque jamais.

Une autre différence remarquable avec le groupe féminin porte sur le fait que les patients consultent plus souvent rapidement, dès la première "infection urinaire". En effet, les "infections récidivantes" sont deux fois et demi moins nombreuses dans ce groupe; mais on a aussi la surprise de noter, à la lecture des dossiers, que ce qui est par les médecins, qualifié de "récidivant", peut aussi bien s'appliquer à la récurrence de brûlures mictionnelles quelques semaines après un premier épisode, qu'à la réapparition de brûlures urétrales après un traitement n'ayant duré que quelques jours. De plus, ces patients ne bénéficient pas tous, eux, d'une urographie et jamais de plus d'un ECBU. C'est la persistance des signes fonctionnels au bout de quelques jours de traitement qui motive la consultation.

Or, lorsqu'il s'agit d'une orchio-épididymite, les signes inflammatoires (scrotum rouge et sensible, épididyme et cordon infiltrés) peuvent ne pas céder tout de suite, du moins pas aussi rapidement que ceux d'une "cystite". Tout se passe ici comme si ce type de manifestations était beaucoup moins bien supporté que celles des femmes; lorsque le patient --comme c'est le cas plus d'une demi-douzaine de fois-- est vu par l'urologue alors que les premiers symptômes remontent à moins d'une semaine, on peut se demander si le médecin traitant, lui aussi,

n'avait pas quelque difficulté à les tolérer...

2°) Lithiases et Douleurs lombaires

Si les lithiases et coliques néphrétiques peuvent faire l'objet de commentaires identiques à ceux du groupe féminin, les "douleurs lombaires" présentent ici quelques particularités.

La première réside dans la fréquente "irradiation dans l'aine" qui les accompagne. Cette précision topographique, très fréquente, ne figure pratiquement pas dans les dossiers de femmes. Ensuite, ces douleurs ne bénéficient pas aussi souvent d'une UIV; ceci explique peut-être l'absence de demande opératoire pour "ptose rénale".

Enfin, si une lombalgie isolée, chez une femme ayant de vagues antécédents urinaires, pouvait faire l'objet d'une consultation dans l'autre groupe, ici, ce type de douleur ne vient jamais seul, et est constamment accompagné d'une référence à des "troubles mictionnels" dont la nature n'est pas précisée.

3°) Anomalie d'une bourse

Les deux premières catégories " grosse bourse" et "nodule d'une bourse," ne sont pas des catégories identiques: chacune des deux fait référence à une appréciation différente d'une anomalie scrotale. Cependant, les médecins proposent très rarement une explication à ce type de phénomène. Lors de la consultation spécialisée, l'examen clinique distingue de multiples causes: varicocèle, augmentation post-traumatique, asymétrie testiculaire probablement ancienne, kyste du cordon (un) et hydrocèles de la vaginale testiculaire (six). Parfois, même, aucune anomalie n'est retrouvée.

Les "nodules" subissent le même silence: ils sont le plus souvent qualifiés de "testiculaire", mais une fois seulement le médecin parle de "nodule de l'épididyme", et le consigne sur sa lettre.

Pour prendre un exemple, voyons le comportement des médecins généralistes devant une hydrocèle (il s'agit d'un épanchement liquidien occupant la cavité vaginale qui entoure le testicule). Elle se présente comme une tuméfaction indolore de la bourse, apparue de façon progressive. La caractéristique de ce phénomène réside dans le fait que la bourse peut être transilluminée: c'est à dire qu'une source lumineuse placée derrière permet d'objectiver un testicule de taille normale, opaque, au milieu du liquide qui est, lui, translucide. La transillumination est un geste d'une confondante simplicité, lorsqu'on dispose d'une lampe de poche, et peut apporter des renseignements sur la nature de l'augmentation de volume d'une bourse. Dans aucune des lettres accompagnant les patients porteurs d'une hydrocèle, ce geste-- ni les conclusions possibles-- n'est mentionné. Comment s'étonner alors que le diagnostic ne soit pas porté? Dans un de ces dossiers, le médecin indique cependant avoir prescrit un traitement anti-infectieux par...ampicilline et gentamicine, mais ne précise pas que le patient ne se plaignait que d'une grosse bourse, qui existait depuis de nombreuses semaines.

Ce genre de renseignement pourrait paraître anecdotique s'il ne reflétait pas la grande majorité des comportements de praticiens face aux "anomalies des bourses".

De même, les "nodules" (épididymaires ou non) sont souvent, dans cet échantillon des découvertes d'auto-palpation. Ces patients étaient alors constamment adressés immédiatement à l'urologie, sans exploration préalable. Certes, nous devons garder en mémoire que les hommes dont il est ici question ont, bien souvent, moins de 55ans; on peut penser que la hantise d'un cancer testiculaire motive le généraliste. Ce qui s'explique moins, c'est l'absence totale d'interrogatoire (les médecins ne mentionnent jamais les antécédents infectieux, qui sont les plus grands pourvoyeurs de nodules de l'épididyme), et d'exploration simple

faisable dans les 48 heures (par exemple Ecbu, Numération-Vitesse de sédimentation, téléthorax) qui permettrait de rassurer le patient, et, le jour venu, d'apporter quelques premiers éléments à l'urologue.

Tout se passe comme si les généralistes, peu habitués à se voir confrontés à de tels symptômes, préféreraient immédiatement avoir l'avis du spécialiste. Un tel comportement ne manquerait pas de surprendre si une étude plus fine venait le confirmer: nous avons souligné, au début de ce travail, que ce type de pathologie avait toutes les chances de se présenter d'abord au généraliste, avant quiconque.

4°) La Douleur d'une bourse, serait, comme les lombalgies dans le groupe féminin, un motif de consultation souvent isolé si on ne le trouvait pas quasi toujours accompagné de la mention "avec troubles mictionnels". Cette mention n'apparaît pas lorsque des hommes consultent d'eux-mêmes pour le même motif. D'autre part, au cours de la consultation, les patients adressés ne se plaignent pas de telles difficultés, le plus souvent, mais finissent par évoquer la crainte d'un cancer, d'une impuissance, définissent leur gêne comme étant apparue à la suite ou au cours de rapports sexuels. Tous ces patients sont plus nuancés, chez l'urologue, qu'il n'apparaît dans la lettre qui les accompagne.

Faut-il ajouter que la plus grande partie d'entre eux est totalement asymptomatique: lors de l'examen clinique effectué par l'urologue...

5°) Anomalie des organes génitaux externes:

Cette catégorie, elle aussi, concerne de nombreux patients: outre ceux déjà mentionnés, près d'une trentaine en effet, est venue consulter pour des motifs tels que "coudures de la verge", "nodules des corps caverneux", "picotements au bout de la verge", nodules du scrotum", "phimosis", et "ruptures de frein", et enfin "anomalies de l'urètre

terminal" (hypospades: abouchement ectopique de l'urètre). Ici aussi, les conclusions cliniques de l'urologue sont souvent plus optimistes, surtout en l'absence de plainte réellement appuyée de la part des patients.

Soulevons ici une question qui ne peut être éludée: les patients ne pourraient-ils avoir un comportement différent avec d'une part leur médecin habituel, et d'autre part avec un spécialiste rencontré pour la première fois? Cela est très probable, mais ne suffirait de toutes façons pas à expliquer les nombreuses imprécisions des lettres qui les accompagnent, et les contradictions apparentes entre les conclusions cliniques du spécialiste et les motivations de la consultation.

6°) Hématuries, Tumeurs de rein et de vessie

Les patients adressés pour hématurie, micro ou macroscopique, font l'objet des mêmes commentaires que dans le groupe féminin (cf p. 36)

L'U.I.V pratiquée à cette occasion (elle ne l'est pas constamment) objective parfois une anomalie du haut ou du bas appareil urinaire, qui motive d'autant plus la consultation. Nous verrons cependant par la suite, que les anomalies ne résident pas toujours là où le médecin croit les voir.

7°) Tumeur de prostate, Retentissement radiologique, Troubles mictionnels, exploration pathologique:

Dans ces quatre rubriques s'inscrivent la plupart des patients de plus de 55 ans vus par l'urologue. Bien sûr, les troubles mictionnels sont, nous l'avons vu, le fait de bien d'autres patients. Cependant, nous nous préoccupons ici essentiellement de ce qui motive la majorité des consultations après 55 ans: la pathologie cervico-prostatique.

Le nombre de "tumeurs de prostate" peut à cet égard paraître faible.

Il l'est...artificiellement; ici, comme lorsqu'il s'agit des troubles infectieux, les médecins ne prononcent pas certains mots.

Si le "cancer" est quelquefois évoqué, le mot "adénome" est presque toujours absent des lettres: on y parle de "prostatisme", le plus souvent, ou de "troubles dysuriques". Nous n'avons pas relevé séparément les patients présentant un adénome et ceux porteurs d'un cancer, car ce diagnostic ne pouvait être le plus souvent fait sur la seule clinique.

Ce qui motive la consultation est, pour employer les termes des praticiens, la "dysurie". Celle-ci s'avérerait le plus souvent être en réalité une pollakiurie: le symptôme "alarmant" réside dans le fait que le patient se lève la nuit pour uriner. On, à l'interrogatoire, la difficulté d'uriner, n'apparaît pas, et beaucoup des patients disent ne pas être très gênés.

Afin d'y voir plus clair, nous avons interrogé l'urologue sur ce que lui définit comme une gêne à l'émission des urines. Voici ce qu'il nous a répondu:

" Cette appréciation se fait sur des critères subjectifs. C'est la pollakiurie de nuit qui paraît la plus gênante, beaucoup plus que celle de jour, qui, survenant chez des sujets retraités, n'est pas un problème. Mais certains malades trouvent tolérable d'uriner trois fois par nuit parce qu'ils ne se lèvent pas, ayant un urinal à portée de la main. La dysurie est plus difficile à évaluer, car, survenue peu à peu, les patients se sont habitués à elle. Les deux critères dont nous disposons sont l'interrogatoire (besoin de "pousser", jet modeste) et d'autre part le résidu post-mictionnel avec vessie de lutte. Ce dernier point étant le seul critère objectif. J'indique d'autre part au patient qu'en regard de cette gêne, le traitement est soit médical et peu efficace, soit chirurgical. A ce moment, il voit sa gêne différemment et peut mieux la définir..."

Ajoutons que pour ce spécialiste, l'existence d'un retentisse-

-ment sur les voies urinaires supérieures, avec un risque de destruction des reins, est une indication opératoire.

A la lecture des lettres, il est difficile d'évaluer exactement les critères utilisés par les praticiens. Nous pouvons toutefois donner un certain nombre de détails.

Tout d'abord, le distinguo entre pollakiurie et dysurie n'existe pas. Ensuite, lorsqu'une gêne est suspectée, elle ne donne pas systématiquement lieu à la prescription d'une urographie. L'appréciation en reste donc subjective, et est laissée au soin du spécialiste. Lorsque l'UIV est prescrite, le médecin adresse son patient avec le plus souvent un commentaire du genre: "il existe une empreinte prostatique". Ceci veut simplement dire que sur une vessie dans laquelle il reste un peu de produit de contraste, la forme de la prostate est visible. Mais, à lui seul, cet aspect n'est aucunement un signe d'obstruction.

Ici encore, le cliché sans préparation n'est pas pris en compte, alors que la présence d'une volumineuse ombre vésicale indiquerait à elle seule une vessie qui se vide mal, ou que son absence permet de relativiser la vessie, opacifiée en fin d'examen, d'un patient qui n'a pas pu uriner sur la table de radiologie...

Rarement, dans les lettres il est question de "vessie de lutte". Enfin, rappelons-le, la fonction rénale est rarement mesurée.

On peut épiloguer sur ces détails, mais on ne peut pas ne pas penser que les patients adressés viennent parce que leur médecin a une arrière-pensée opératoire. Ce qui surprend, c'est qu'il ne se donne pas les moyens de l'argumenter, et ne le signale pas à l'intéressé lui-même qui l'apprend avec surprise par la bouche de l'urologue.

A nouveau, tout se passe comme si la prise en charge de ce type de problème paraissait trop lourde et se résolvait par une demande auprès du spécialiste concerné.

Précisons que tous les détails envisagés seront repris lorsque nous étudierons le "sort" des patients à l'issue de la consultation.

b) Description de la demande du médecin traitant

Pour les patients adressés, on a, à tort ou à raison, considéré que le médecin prenait la responsabilité de la consultation, et ce, même si celle-ci avait pour but de rassurer le patient. On pouvait, dans ce cas, s'attendre à ce que ce détail fût indiqué sur la lettre...

	Femmes	Hommes
Demande non précisée.....	3	7
Symptômes inexpliqués.....	23	55
Thérapeutique inefficace.....	15	4
Exploration spécialisée	5	19
Urographie pathologique	10	10
ECBU pathologique	4	0
Indication opératoire.....	19	25
Avis thérapeutique.....	26	54
N.B. plusieurs de ces éléments pouvaient être invoqués sur une même lettre.		

Commentaires:

Nous avons déjà soulevé la difficulté induite par la simple lecture des lettres (cf p.28). Certaines choses assez précises en ressortent pourtant:

—pour 10 patients, la demande n'est simplement pas formulée; la lettre se présente comme suit: " Mon cher confrère , je vous confie M. ou Mme X, Veuillez agréer..."; la demande effective est, alors, celle formulée par le patient...

--les deux demandes les plus fréquentes ont trait d'une part à des symptômes non identifiés, d'autre part à une conduite à tenir thérapeutique. Ces deux demandes sont souvent associées, mais pas constamment. Chez les femmes, la plupart des symptômes inexplicables sont les douleurs lombaires ou pelviennes, les troubles mictionnels sans anomalie à l'Ecbu, certaines hématuries.

Chez les hommes, cette catégorie concernait en majorité des patients se plaignant de douleur d'une bourse, ou présentant une anomalie des organes génitaux externes, ainsi que les hématuries.

Notons que lorsque un médecin adresse pour "nodule d'une bourse", la plupart du temps il ne fait que demander "de quoi s'agit-il?", la demande de conduite à tenir restant sous-entendue. Inversement, les patients qui viennent pour "troubles dysuriques d'origine prostatique" ne nécessitent pas, pour le médecin, de confirmation diagnostique, mais un "avis thérapeutique", surtout. Les indications opératoires posées d'emblée sont somme toute, peu nombreuses, puisque elles concernent 18,5% des hommes adressés, et recouvrent des motifs variés : "prostatiques", pour la plupart, mais aussi patients porteurs de lithiases coralliformes, ou d'un phimosis, ou d'une rupture de frein... Chez les femmes, l'indication opératoire est portée explicitement une fois sur quatre, et essentiellement pour des patientes porteuses d'une lithiase ou présentant une incontinence.

--curieusement, une exploration spécialisée (la plus fréquemment nommée étant l'endoscopie) est assez peu souvent demandée. Ceci peut sans doute s'expliquer par un présupposé des médecins: ils pensent que l'urologue, requis en consultation, procèdera à l'examen. En ne précisant pas cette demande, ils laissent cependant ici aussi planer l'incertitude sur la nature de leur demande. Et, ce qui est plus étonnant, lorsque l'endoscopie est évoquée, elle ne l'est pas seulement chez

des patients dysuriques ou hématuriques, pour identifier l'origine de leur symptomatologie, mais aussi chez un certain nombre d'hommes ... présentant une infection urinaire . Ceci laisse à penser que les contre-indications de l'endoscopie sont mal connues, et l'apport de cet examen mal évalué. De plus, une telle demande concerne 14% des hommes, contre 7% des femmes adressées. On peut s'interroger sur une telle différence. Un élément d'explication réside peut-être dans le fait que les femmes ont pu avoir une telle exploration auparavant, plus souvent que les hommes. Nous avons relevé un petit nombre d'endoscopie déjà faites, dans cet échantillon (cf. p. 24), mais ce n'était qu'une approximation. D'autre part rappelons que les hommes consultent le spécialiste après avoir bénéficié de moins d'examens que les femmes. Un autre élément, que notre étude est incapable d'envisager, serait l'idée que se font les médecins de l'utilité d'une endoscopie, dans l'un ou l'autre cas.

—A l'inverse, les "thérapeutiques inefficaces" sont plus souvent invoquées chez les femmes: 21,5% d'entre elles sont concernées, et ce pour des manifestations algiques, le plus souvent les brûlures mictionnelles.

Quatre (4) hommes seulement (3% des hommes adressés) sont dans ce cas. Ils présentaient respectivement : l'un, l'hydrocèle "traitée" par antibiothérapie (cf. p.41); deux autres, une orchite datant de moins de 8 jours; le quatrième était envoyé par son médecin pour "recrudescence de ses troubles mictionnels, pour lesquels les décongestionnants pelviens ne suffisent plus". Le même médecin posait clairement, sur la gêne et l'aspect de "vessie de lutte", une indication opératoire, et précisait de plus les antécédents cardio-vasculaires et le mode de vie de ce patient. "très attachant"...La lettre bien sûr, était tout-à-fait lisible...

—Enfin, les explorations considérées comme pathologiques sont plutôt, comme on le voit, les ECBU chez les femmes (en général

persistance de germes malgré les anti-infectieux), tout comme les UIV: 1 sur 5 est considérée comme inquiétante, contre 1 sur 7 dans le groupe masculin. Il est vrai qu'en valeur relative, l'examen est plus prescrit dans un groupe que dans l'autre: l'intérêt qui lui est porté--et, partant, les questions qu'il soulève--ne peuvent manquer de différer également. Nous avons vu déjà en quoi consistaient les anomalies relevées par les praticiens.

c) Apport de la consultation pour les patients adressés:

Partant de l'idée que la consultation spécialisée ne faisait pas que renouveler la consultation du généraliste, nous avons cherché à distinguer ce qu'elle apportait "en plus", ou en quoi elle différait.

	Femmes		Hommes
Aucun élément nouveau.....	26	....	52
Patient asymptomatique.....	24	....	42
Anxiété patente.....	5	....	9
Mauvais état général.....	3	....	3
Interrogatoire discordant.....	7	....	24
Examen clinique discordant.....	8	....	20
Echu interprété différemment.....	5	....	3
Radiologie interprétée différemment.	14	....	14

NB= en dehors de la première catégorie, exclusive, un patient pouvait relever de plusieurs classes.

- Rappelons ici que le comportement de ce spécialiste ne constitue en aucune manière, dans notre esprit, la seule référence. On suppose cependant que les médecins choisissent leur correspondant en connaissance de cause, et, dans la mesure où ils s'en remettent à lui, qu'ils s'attendent aussi à apprendre quelque chose des divergences éventuelles.

Les particularités propres à l'exercice de cet urologue seront envisagées vers la fin de cette étude.

Commentaires: Au cours de leur consultation, 26 femmes (37% des patientes adressées) et 52 hommes (39%) n'ont apporté aucun élément nouveau par rapport à ce qu'indiquait le médecin.

Par ailleurs, 24 autres femmes et 42 hommes, c'est à dire un patient adressé sur 3, quelque soit son sexe , était asymptomatique. Pour ces patients--et l'urologue consulté-- la lettre du médecin s'avérait présenter une très grande importance, en particulier sur une symptomatologie disparue. A cet égard, le spécialiste est toujours tributaire de son correspondant, ne serait-ce parce que des symptômes ne sont pas perçus de la même manière par celui qui les constate et celui qui les éprouve. Or, chez 18% des hommes et 10% des femmes, l'interrogatoire effectué par l'urologue s'avérait soit en contradiction, soit profondément nuancé par rapport à ce que livrait, du sien, le généraliste.

De même, chez 15% des hommes et 11,5% des femmes, l'examen clinique différait ou mettait en évidence d'autres signes.

Quelques exemples: en ce qui concerne les femmes, signalons les lombalgies "d'origine rénale" qui se révèlent de nature mécanique, ou les cystites "à répétition" qui sont au nombre de ...trois en un an. Pour les hommes, plusieurs "anomalies de la verge ou des bourses" avaient disparu, ou bien encore, certains "prostatiques" étonnamment jeunes (moins de 50 ans) mentionnaient, qui des antécédents infectieux orientant vers une sténose de l'urètre, qui un sondage vésical lors d'une hospitalisation pour accident de la route...quelques mois plus tôt, qui enfin une miction "en deux temps" et des coliques néphrétiques, évoquant une lithiase vésicale.

Un certain nombre d'examens complémentaires étaient interprétés différemment par l'urologue. Il ne s'agit pas toujours de ceux que les

médecins mettaient en avant: ici, sur 8ECBU, 6 sont pour l'urologue, non significatifs parce que porteurs d'un germe sans pyurie, et en faible quantité. Le septième, au contraire, montrait une pyurie sans germe. S'ajoutant à une urographie ancienne, porteuse d'images suspectes, l'Échu faisait évoquer une tuberculose urinaire. Le médecin n'avait relevé ni l'une ni l'autre anomalie. Le dernier Échu avait été prescrit à un patient jeune présentant des signes d'orchi-épididymite. Le médecin restait perplexe devant l'absence de germe dans le prélèvement. L'interrogatoire apportait l'explication: l'examen ayant été pratiqué après quatre jours de traitement anti-infectieux, il était ininterprétable...

Nous avons vu ce qu'il en est d'aspects urographiques comme les "ptoses rénales" et les "empreintes prostatiques". Ajoutons simplement que plusieurs des aspects "tumoraux" qui inquiétaient les généralistes sont lus avec...moins de pessimisme par l'urologue. On peut cependant admettre que la séméiologie radiologique fine soit plus aisée d'accès lorsque l'on voit quotidiennement défiler des urographies, et que le service de radiologie se trouve dans le même bâtiment... Inversement, deux urographies présentaient des anomalies vésicales qui n'avaient été relevées ni par le radiologue de ville, ni par le généraliste.

Enfin, quelques mots de notes plus subjectives de l'urologue: chez 5 femmes et 9 hommes, il constatait une anxiété importante; chez 6 autres personnes, un mauvais état général. Ces indications auraient eu d'autant plus d'importance si elles avaient été complétées par le médecin: fallait-il attribuer telle anxiété à la venue en consultation, ou préexistait-elle?...à quels antécédents, à quel mode de vie fallait-il rapporter le mauvais état général de tel autre patient..?

Malheureusement, ce genre de précision fait le plus souvent

défaut. S'il est, généralement, possible de reconstituer des épisodes d'une maladie, il n'est pas forcément aisé de faire préciser à un patient ses conditions d'existence. Mais celles-ci peuvent tout-à-fait modifier la façon d'aborder le problème qu'il pose.

d) Appréciation de la demande des patients venus d'eux-mêmes

Dans ce groupe-ci, les éléments relevés ne sont que le fait de l'urologue. Beaucoup des patients qui viennent spontanément ont déjà vu un médecin, ou bien, de par leur appartenance au milieu médical, se font une idée plus ou moins exacte de ce qui leur arrive. D'autres, non...

	Femmes	Hommes
Demande non explicite	0	5
Demande d'un diagnostic.....	13	43
Demande d'un traitement médical.....	30	23
Demande d'intervention.....	7	16
Veulent être rassurés.....	1	16

NB. un même patient pouvait relever de plusieurs rubriques.

Contrairement au groupe des patients adressés, le spécialiste, ici, ne peut compter que sur cette entrevue. Il est donc amené à marquer plus précisément sur ses fiches les motivations des patients venus seul. La première rubrique ci-dessus correspond à un commentaire retrouvé 5 fois, du type "je ne comprends pas pourquoi il consulte". Il s'agit toujours d'un homme, et le problème tourne autour de la sphère urogénitale: douleur, gêne, anomalie de forme(non retrouvée), etc...

La "demande diagnostique" se définit, dans ce groupe, par le fait qu'un certain nombre de patients ne savaient pas ce qu'ils avaient. Un homme sur deux, une femme sur trois étaient dans ce cas. On peut remarquer qu'ils en savaient cependant assez pour s'adresser à ce spé-

-cialiste, mais ce n'est pas prouvé: mentionnons simplement le cas d'un patient (exclu de notre échantillon) qui avait décidé de consulter un spécialiste parce qu'il "souffrait des reins" depuis des années, et qui, arrivé chez l'urologue, lui décrit ses lumbagos...

En ce qui concerne la nature des traitements qu'attendent les patients, on note que 3 femmes sur 4 s'attendent à un traitement médical (pour la plupart ces patientes présentent des troubles de type "cystopathie") tandis qu'un peu moins d'une sur cinq (17,5%) demande une intervention (pour incontinence, ou lithiase, essentiellement)

Les hommes sont tout autant demandeurs de gestes chirurgicaux (1 sur 5) mais beaucoup moins de traitements médicamenteux (1 sur 5 à nouveau).

Rappelons qu'ils savent moins bien que les femmes ce qu'ils ont; et terminons ce chapitre en précisant que chez 16 d'entre eux (20%) l'urologue note qu'ils avaient besoin d'être rassurés: ces patients avaient déjà consulté pour des symptômes bénins, mais voulaient faire confirmer qu'ils ne souffraient de rien de grave, et qu'il n'y avait rien à faire. Mais, encore une fois, ceci est une appréciation de l'urologue seul.

e) Apport de la consultation pour les patients non-adressés

	Femmes		Hommes
Patients asymptomatiques.....	31	....	56
Elements cliniques nouveaux.....	5	....	15
Exploration complémentaire anormale..	0	....	2
Anxiété importante.....	6	....	11

Trois femmes sur quatre, et sept hommes sur dix étaient asymptomatiques le jour de la consultation. Ceci ne veut pas forcément dire qu'ils n'avaient jamais rien eu, mais que seul l'interrogatoire permettait d'apprécier leur problème.

D'autre part, l'examen clinique de 5 femmes (1 sur 8) et de 15 hommes (1 sur 5) mettait en évidence des signes qu'ils n'avaient pas décrits ou signalés pendant la conversation.

Un grand nombre de patients venus en consultation invoquaient, nous l'avons vu, des explorations pathologiques (cf. p.32 et p.38).

Les 122 patients venus d'eux-mêmes étaient concernés pour 30 des 149 UIV pratiquées, et pour 38 des 150 Echu. La plupart les avaient apportés, ou du moins en donnaient les résultats.

Deux (2) explorations seulement apportèrent une indication à l'urologue. Il s'agissait dans les deux cas d'un homme, et de son urographie. Ici comme dans le groupe des patients adressés, on est surpris de la disproportion entre le caractère 'anormal' attribué à la radiologie ou à l' "analyse", d'une part, et la relativisation qu'en fait le spécialiste. Dans quelle mesure le seul fait de prescrire une exploration, sans toujours en expliquer la nature et la conclusion, n'est-il pas anxiogène, et, partant, prétexte à une consultation? Or, nous avons déjà constaté que les praticiens eux-mêmes ne sont pas toujours aptes à LIRE les examens qu'ils prescrivent...

Enfin, les fiches mentionnent chez 6 femmes et 11 hommes une anxiété importante; on ne peut pas ne pas penser que cette mention conditionne les consultations futures de ces patients: en effet dans les fiches, la mention "anxiété" tend à relativiser les revendications de ces patients, et surtout pour un examinateur différent de celui-ci. Ceci est un problème que nous avons rencontré tout au long de la lecture des dossiers.

IV. APRES LA CONSULTATION

Cette dernière partie de notre étude était la plus facile à mener: il s'agissait de déterminer ce que l'urologue avait proposé à chaque patient. Cela était rendu aisé par la façon dont sont rédigées les fiches: l'attitude adoptée pour chaque patient y est décrite, et argumentée non sans d'éventuelles réserves.

Nous avons pu, à l'issue de ce travail, répartir les patients en quatre catégories:

	F.A.	F.NA.	H.A	H.NA	Total
Hospitalisation	15	6	31	3	= 55
Explorations.....	8	11	24	19	= 62
Traitement médical.....	17	11	18	10	= 56
Pas de prescription.....	30	14	60	48	=152
Total	70	42	133	80	=325

Pris ensemble, ces chiffres sont déjà parlants:

- 17% de tous les patients se voient proposer une hospitalisation
- 19% doivent subir un ou des examens complémentaires
- 17% repartent avec un traitement médicamenteux
- 47% repartent...sans prescription, mais avec des conseils...

Il apparaît de nettes différences lorsqu'on sépare les patients adressés de ceux qui ne le sont pas:

	"A"	"N.A."
Hospitalisation.....	22,5%	7,5%
Explorations.....	15,5%	24,5%
Traitement médical.....	17,5%	17%
Pas de prescription.....	44,5%	51%
Total.....	100 %	100%

Il semble bien que dans notre échantillon, le fait pour un patient d'avoir été adressé par son médecin soit un facteur important dans le type de décision que prendra l'urologue. La seule catégorie "hospitalisation" en fait foi. Remarquons cependant que les deux dernières catégories semblent peu influencées par ce facteur: le nombre de traitements médicaux prescrit est proportionnellement le même, et si 1 patient sur 2 repart comme il est venu quand il n'était pas adressé, plus de 4 patients adressés sur 10 sont dans ce même cas.

Il est un aspect de ce facteur qui est difficilement évaluable: c'est l'influence de la demande (le plus souvent implicite) du médecin sur le comportement de l'urologue. On peut en effet penser que ce dernier, "investi" en quelque sorte de la confiance que lui porte son correspondant, peut se comporter différemment de l'attitude qu'il aurait adoptée seul.

Ainsi l'exprime-t-il à propos des urographies:

" Dans la mesure où un malade consulte un urologue, il peut être difficile de ne pas prescrire une urographie. Bien que nous sachions que statistiquement, elle a de fortes probabilités de ne rien montrer, ne pas la faire faire comporte un risque: si par une circonstance extraordinaire une lésion est plus tard découverte, on dira 'on aurait pu la voir si l'urologue avait demandé l'UV'..."

Il est licite de supposer que ce type d'influence est presque toujours sous-jacent lorsque un médecin adresse un patient à un spécialiste. Et que ceci est vrai quel que soit le geste demandé: le médecin qui connaît mal les indications de l'endoscopie en urologie peut ainsi ne pas comprendre pourquoi elle n'a pas été faite, si cela ne lui est pas justifié. Ici, les lettres-réponse sont toujours très explicites: l'urologue expose très souvent ses raisons de ne pas traiter ou explorer tel ou tel patient, et ceci, même lorsque la demande du médecin n'était pas précise. Ce comportement de l'urologue est un autre argument dans le même sens.

a) Patients auxquels fut proposée une hospitalisation

Nous détaillerons les symptômes que présentaient ces patients.

1°) motif général de l'hospitalisation

	F.A.	F.NA.	H.A.	H.NA.	Total
Endoscopie	4	1	14	1	= 20
Intervention	10.....	4	9	2	= 25
Bilan	0.....	1	3	0	= 4
Diagnostic	1.....	0.....	5.....	0	= 6
Total	15	6	31	3	= 55

N.B.:--"endoscopie" = elle pouvait être thérapeutique ou exploratoire, mais elle était considérée comme le moment important de cette hospitalisation

--"intervention": il s'agissait d'un geste chirurgical "lourd" défini et présenté comme tel lors de la consultation

--"bilan": il visait à permettre une décision thérapeutique qui ne pouvait être prise au vu des examens déjà effectués, mais sur une pathologie déjà identifiée

--"diagnostic" : devant des symptômes inexpliqués et préoccupants, l'urologue proposait des explorations plus poussées.

Ces distinctions peuvent paraître subtiles, mais elles visent à montrer que le spécialiste pouvait ne pas savoir à l'avance ce que l'hospitalisation de tel ou tel patient apporterait. D'autre part, ces distinctions sont inclus dans les fiches, et il nous est apparu utile de les faire ressortir.

2°) Détail des symptomatologies chez les patients hospitalisés:

→ sur les 15 femmes adressées:

- 6 présentaient une incontinence et un prolapsus
- 4 étaient porteuses d'une lithiase du bassinet,
avec retentissement sur le rein;
- 1 présentait un rein de pyélonéphrite, et on suspectait un "syndrome de la jonction" (malformation ou anomalie de la jonction pyélo-urétérale entraînant une rétention)
- 2 femmes avaient présenté une hématurie macroscopique
- 1 avait des troubles mictionnels récidivants et inexplicables
- la dernière était elle aussi envoyée pour troubles mictionnels et présentait, à l'urographie, une lithiase vésicale passée inaperçue par le généraliste

-- sur les 6 femmes venues d'elles-mêmes

- 4 avaient une incontinence d'urines
- 1 venait pour troubles mictionnels non étiquetés
- la dernière venait pour troubles mictionnels d'origine tuberculeuse: elle avait déjà eu une endoscopie, ses Echu avaient comporté une recherche de bacilles revenue positive, une urographie de 1974 objectivait déjà des anomalies de ses voies excrétrices, non relevées à l'époque, par un autre urologue... Cette patiente avait été plusieurs fois traitée pour "cystites à répétition".

Sur ces 21 femmes, les 8 qui vinrent consulter sans avoir eu d'urographie, venaient pour incontinence et prolapsus.

--parmi les 31 hommes adressés:

--2 furent hospitalisés pour "rupture de frein" et plastie.

--1 présentait une lithiase iliaque retentissant sur le rein;

--1 avait un "syndrome de la jonction"

--1 avait un nodule d'une bourse que l'urologue trouva suspect (il avait 16 ans; finalement, le nodule était bénin)

--1 présentait une hydrocèle, que l'on proposa d'opérer;

--1 présentait un "kyste rénal" de découverte fortuite: sur des tomographies du rachis; le médecin avait fait faire une Urographie, qui montrait une tumeur fixant le liquide de contraste, et une Echographie, mettant en évidence des zones remaniées au sein de la même image; malgré ces aspects hautement suspects, le médecin traitant considérait cette tumeur comme bénigne; l'urologue n'était pas de cet avis; il s'agissait d'un cancer du rein.

--1 autre patient, adressé pour "grosse bourse", s'avérait porteur d'un varicocèle (dilatation variqueuse des veines spermaticques; affection bénigne et assez fréquente); mais ce n'est pas pour cela que l'urologue le fit hospitaliser: il était jeune, et présentait une Hypertension artérielle importante, qui fut le vrai motif de son hospitalisation. Ajoutons qu'il n'était pas envoyé pour cela.

--1 patient avait fait plusieurs hématuries microscopiques; bien qu'ayant déjà plusieurs fois exploré ce phénomène, sans résultat cependant, le médecin demandait qu'on en fit à nouveau la recherche étiologique, en même temps que celle des douleurs épigastriques qu'il présentait;

--10 hommes adressés l'étaient pour hématurie macroscopique; 3 d'entre eux n'avaient pas eu d'urographie;

L'un des médecins mentionnait dans sa lettre qu'il "laissait l'urologue juge des explorations à faire pratiquer".

Sur ces dix patients, 5 présentaient une anomalie vésicale à l'UIV, un seul une anomalie rénale; chez ce dernier patient, il existait aussi des anomalies de la vessie, que le médecin n'avait pas vues.

Un des trois patients venus sans UIV s'avéra, lors de la consultation, présenter des anomalies cliniques de la muqueuse urétrale distale, ici encore non signalées par le médecin.

Sur ces dix patients, enfin, 6 avaient eu un Ecbu.

—Les 12 derniers hommes adressés venaient pour "troubles mictionnels"; 3 n'avaient pas eu d'urographie. Sur ces trois premiers patients, l'un venait pour "prostatisme et suspicion de cancer", le second pour cancer également, sur le seul argument de phosphatases acides élevées; le troisième pour dysurie; à l'examen, l'urologue notait un méat urétral étroit, une prostate apparemment normale.

Parmi les 9 patients ayant bénéficié d'une urographie, 2 avaient une pollakiurie isolée, justifiant une endoscopie à visée diagnostique; 3 présentaient radiologiquement une vessie de lutte: le premier depuis un an, le second depuis 1976, comme en faisaient foi les clichés de l'époque. Le troisième s'avéra finalement présenter une sténose de l'urètre, mais il n'y avait pas de clichés mictionnels dans l'UIV.

Un autre patient avait un cancer prostatique déjà connu depuis plusieurs années, et traité par estrogénothérapie; ses troubles mictionnels s'étaient aggravés récemment.

Un patient venait de présenter des mictions par regorgement d'apposition brutale (la vessie, en rétention, ne laisse échapper des urines qu'au delà d'une certaine pression, le plus souvent de façon incontrôlable par le patient.) Des clichés mictionnels avaient été

pour une fois, pratiqués lors de l'urographie, et montraient un rétrécissement irrégulier de l'urètre prostatique. Ces anomalies n'étaient relevées ni par le radiologue, ni par le médecin traitant.

Les deux derniers patients avaient non seulement eu un bilan complet de leurs troubles (radiologie, Echu, biologie), mais étaient accompagnés d'une lettre précise, posant un diagnostic argumenté et une indication opératoire. Chez le premier, le médecin, malgré des explorations rassurantes, affirmait cliniquement la probabilité d'un cancer de la prostate (sur la consistance de la glande au toucher rectal); chez le second, les antécédents infectieux et la présence d'une lacune radio-transparente à l'U.I.V., évocatrice d'une lithiase, étaient indiqués par le médecin.

Trois des hommes hospitalisés étaient venus consulter de leur propre chef. Le premier présentait une dysurie, mais n'avait eu aucune exploration. Il fut hospitalisé pour U.I.V. et endoscopie. Les deux autres présentaient une vessie de lutte radiologique, avaient eu des épisodes fébriles témoignant d'infections ascendantes, ce qui justifiait une indication opératoire.

En résumé:

Chez les femmes, la raison la plus fréquente d'hospitaliser et d'intervenir est; dans ce groupe, la présence d'une incontinence (10 femmes sur 21); l'existence d'une lithiase ne motivant que 4 hospitalisations. La plupart des autres entraient pour exploration de leur trouble.

Chez les hommes, les deux motifs les plus fréquents sont d'une part l'hématurie macroscopique (10 sur 34), d'autre part les troubles mictionnels (15 sur 34); 7 de ces 25 patients entraient au moins pour exploration, puisqu'ils n'en avaient eu aucune.



Si 14 femmes étaient plus ou moins implicitement venues consulter pour demander une intervention, on ne peut pas en dire autant des 15 hommes venus pour troubles mictionnels: pour 2 d'entre eux seulement le médecin qui les adressait avait en main suffisamment d'arguments pour poser une indication opératoire. Tous les autres consultaient dans l'attente que l'urologue déciderait à la fois des explorations à effectuer et de leur interprétation, donnerait le diagnostic et prendrait en charge le traitement. C'est du moins ainsi que les situations semblent se présenter: Sur les 10 hommes à qui l'urologue fit faire une UIV à l'hôpital, 3 venaient pour hématurie, 6 pour dysurie, 1 pour nodule d'une bourse.

b) Patients à qui furent prescrites des explorations en externe

Examen: Echu....B.K....UIV....RxP...Echo...Bio...

F.A. 5 .. 5 .. 4 .. 0 .. 2 .. 0

F.NA. 4 .. 2 .. 9 .. 0 .. 0 .. 0

H.A. 10 .. 4 .. 20 .. 2 .. 1 .. 4

H.NA 5 .. 0 .. 17 .. 2 .. 1 .. 7

Un même patient pouvait relever de plusieurs rubriques.

N.B.: Echu= cyto bactériologie urinaire; B.K.= recherche de bacilles tuberculeux dans les urines et culture; UIV=urographie intraveineuse; RxP: cliché thoracique; Echo:échographie rénale; Bio: biologie sanguine;

Sur les 62 personnes qui se virent prescrire un ou des examens, nous avons vu que 32 étaient adressées (cf p. 55) Sur ces 32, 24 sont des hommes, et à ces 24 hommes sont prescrites 20 urographies. Tout en gardant à l'esprit le commentaire de l'urologue à ce propos (p. 56), on peut remarquer que si ces patients devaient de toutes façons, avoir une urographie, ils auraient pu faire l'économie d'une consultation en subissant cet examen avant d'aller voir le spécialiste. En effet, même si l'urologue, dans la lettre envoyée au médecin,

suggère que l'urographie a toutes chances d'être normale, comment ne pas penser que par "précaution", certains de ces 20 patients seront à nouveau envoyés en consultation urologique...à seule fin de "confirmer" la "normalité" de l'examen? Ces patients venaient presque tous pour "troubles mictionnels".

Près de la moitié des Echu prescrits par l'urologue comprenait une recherche de bacilles tuberculeux. Ici encore, il s'agit d'une exploration à laquelle les praticiens ne pensent pas devant des troubles mictionnels inexpliqués. Dire que l'urologue attendait beaucoup de ces cultures serait sans doute erroné, mais notons qu'il s'agit d'une attitude chez lui systématique, qui consiste à évoquer la tuberculose, par précaution... Beaucoup de ces Echu furent prescrits à des patients qui en avaient déjà eu un... qu'il était impossible d'interpréter.

Les 4 échographies prescrites, le furent pour préciser un aspect tumoral du rein, jugé bénin (kyste), ou "construit" sur une UIV de qualité moyenne. Les examens biologiques eux, sont pour moitié destinés à évaluer la fonction rénale, pour moitié orientés vers la recherche étiologique de coliques néphrétiques ou de lithiases connues. Les 4 clichés thoraciques visaient à évaluer la fonction cardio-respiratoire ou à surveiller l'état pulmonaire de patients porteurs d'une pathologie prostatique.

Tous ces examens furent soit prescrits directement, soit "conseillés" au médecin traitant.

c) Patients à qui fut prescrit ou conseillé un traitement médical

	F.A.	F.NA.	H.A.	H.NA	Total
Antibiotiques.....	3	1	14	5	= 23
Antiseptiques.....	14	10	0	2	= 26
Cure de diurèse...	2	0	0	1	= 3
Alcalinisation....	1	0	1	1	= 3
Antiseptique local.	7	3	-	-	= 10
Estrogènes.....	-	-	3	0	= 3
Trait. Symptomat...	0	0	1	2	= 3

Commentaires:

Les deux thérapeutiques les plus prescrites sont donc les produits anti-infectieux. Les femmes sont traitées plus souvent par antiseptiques urinaires (ici, en général fluméquine), à faibles doses et sur de longues périodes: par exemple 1 comprimé un jour sur deux pendant plusieurs mois, et ceci, dans le cadre de cystopathies récidivantes; cette attitude thérapeutique était commentée par l'urologue comme "donnant de bons résultats dans ces symptomatologies". Une dizaine de fois, il associe à ce traitement de "petits moyens" comme des antiseptiques locaux destinés à enrayer une éventuelle infection gynécologique concomitante.

Les hommes, eux, se voient prescrire plutôt des antibiotiques (le produit utilisé étant ici presque toujours l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole); les patients ainsi traités présentaient, qui un nodule épидидymaire isolé, qui des signes d'urétrite avec ou sans atteinte parenchymateuse (prostate), qui une "infection urinaire"...soignée par des produits inadaptés (antiseptiques ou même parfois ...gentamicine), et que le médecin s'étonnait de ne pas voir céder au bout de quelques jours.

Si l'on se rapporte au nombre des patients venus explicitement pour problème infectieux (Cf. pp. 32 et suiv.), on est étonné par la grande proportion de ces mêmes patients à qui le spécialiste prescrit ou re-prescrit un traitement... et parfois, aussi, précise qu'il faudra faire faire un Echu de contrôle.

Les 6 patients à qui furent conseillées cure de diurèse et alcalinisation des urines (cette dernière obtenue en buvant de l'eau de Vichy ou par des médications spécifiques), étaient porteurs de lithiases de petite taille, susceptibles d'être évacuée par voies naturelles. L'alcalinisation s'adresse aux lithiases d'acide urique, qui se forment plus facilement en milieu acide.

Trois patients porteurs d'une tumeur prostatique maligne reçurent un traitement estrogénique, destiné à faire diminuer leurs signes fonctionnels (la dysurie essentiellement). Ces trois patients ne relevaient pas d'un geste chirurgical, soit parce que leur état général ne le permettait pas, soit à cause de leur âge avancé, en regard de la faible évolutivité de la pathologie qu'ils présentaient.

Les traitements symptomatiques, prescrits par 3 fois, accompagnaient un traitement antibiotique chez des patients en phase aiguë inflammatoire de leur orchio-épididymite.

d) Patients repartis sans prescription particulière.

Ce sont ceux chez qui l'urologue conseillait de s'abstenir.

S'abstenir de traiter, mais aussi parfois, de répéter les Ecbu...

La liste qui suit contient les justifications indiquées sur sa fiche et/ou sur la lettre-réponse. Elle ne mentionne pas les conseils, paroles rassurantes, suggestions, faites au patient et/ou à son médecin.

F.A.....F.NA.....H.A.....H.NA.

Pas de pathologie urologique.....	6	....	5	.....	11	.....	20
Pas de diagnostic.....	3	....	2	.....	3	.....	2
Thérapeutique antérieure suffisante.....	5	....	1	.....	5	.....	2
Thérapeutique antérieure à prolonger.....	0	....	0	.....	0	.....	1
Mauvais état général.....	1	....	0	.....	4	.....	0
Signes fonctionnels peu gênants.....	12	....	5	.....	18	.....	17
Pas de traitement efficace.....	0	....	0	.....	1	.....	0
Pathologie peu ou pas évolutive.....	6	....	4	.....	29	.....	16

N.B. un même patient pouvait relever de plusieurs classes.

— Quarante-deux patients ne présentaient, pour l'urologue, aucune pathologie urologique, et aucun antécédent permettant d'incriminer la sphère urinaire dans la genèse de leurs troubles (ceux-ci pouvaient, cependant, être dus à autre chose...)

(Il n'est pas tenu compte des symptômes attribués à de tels antécédents, et que l'urologue dit indépendants de ceux-ci: l'exemple le plus parlant étant la douleur lombaire rapportée à une lithiase ancienne.)

Plus précisément, on observe qu'une même proportion de patients adressés est dans ce cas chez les hommes et chez les femmes: 8% environ. Par contre, les hommes venus de leur propre initiative sont 4 fois plus nombreux que les femmes du même groupe, et représentent, de plus, 1/4 de tous les hommes consultant sans être adressés.

Ces patients entraient dans les catégories consultant pour "douleur" ou "anomalie" des organes génitaux.

--Pour 10 personnes (dont 6 adressées), le spécialiste note explicitement sur sa fiche ne pas savoir ce qu'ils ont, c'est à dire ne rattacher leur symptôme à rien. :.Eux aussi consultaient pour signes fonctionnels peu précis: "douleurs" ou "gênes" inexpliquées, mais sans véritable symptomatologie urinaire.

--10 patients adressés et 3 qui ne l'étaient pas avaient, pour l'urologue, été traités correctement et ne nécessitaient pas de soins supplémentaires. La plupart venaient après un épisode infectieux ou une colique néphrétique. Un seul patient se vit dire de prolonger son traitement, antiinfectieux également: il n'était traité que depuis 3 jours, à doses efficaces, ~~par~~ une antibiothérapie adaptée, pour une orchite.

--Chez 5 patients seulement le spécialiste invoqua un mauvais état général pour réfuter un geste chirurgical: la seule femme dans ce cas était porteuse d'une lithiase pyélique, les 4 hommes venaient pour dysurie d'origine prostatique et lithiase, et présentaient un état cardio-respiratoire rendant un geste dangereux en regard des bénéfices attendus.

-- Les deux catégories les plus riches concernaient les arguments suivants: les symptômes étaient jugés peu gênants par l'urologue, ou

bien la pathologie suffisamment peu évolutive pour ne pas brusquer les choses. Il s'agissait, à chaque fois, de cas d'espèces, qui tenaient compte autant des exigences réelles des patients que des explorations effectuées par les médecins. Dans ces deux catégories se répartissent des hommes "dysuriques", ou porteurs d'une maladie de La Peyronie débutante (induration des corps caverneux pouvant, éventuellement, entraîner une déformation de la verge, mais d'évolution lente), ou d'une hydrocèle, ou d'un nodule d'une bourse, ou ayant présenté une hématurie microscopique, ou encore une colique néphrétique restée sans lendemain... et des femmes venues pour "cystites" plus ou moins récidivantes, lithiases radiologiquement inchangées à plusieurs mois ou années d'écart, et d'autres symptômes moins définis (gêne pelvienne), ou discrets (incontinence peu gênante).

—Un seul patient fit l'objet, dans la lettre qu'adressa à son médecin l'urologue, de la mention "il n'existe pas de traitement" (efficace) il s'agissait d'un patient porteur d'une maladie de La Peyronie, que le médecin avait elle-même diagnostiquée et nommée sur sa lettre (ce médecin était une femme); le spécialiste ne répondit ainsi —non sans quelques nuances du type "la thérapeutique habituellement proposée est décevante"— que dans la mesure où sa correspondante lui avait posé la question.

En résumé, on peut rappeler que 152 patients repartent de consultation sans prescription particulière, et que la raison la plus fréquemment donnée par l'urologue est la bénignité et/ou la faible évolutivité des symptômes invoqués, et ce, surtout chez les hommes.

Cette opinion fut donnée dès la consultation, alors que l'urologue disposait des mêmes éléments de décision que le médecin, ou plutôt, de ceux qu'on avait bien voulu lui fournir...

Terminons en précisant que si un des six patients porteurs d'une hydrocèle se vit proposer une hospitalisation, les 5 autres eurent leur épanchement ponctionné en cours de consultation, et sont inclus dans ce dernier groupe de patients...

CRITIQUES ET CONCLUSION

Les résultats d'un travail se mesurent à ses imperfections, à la part d'incertitude qu'il recèle, en un mot, à ses limites.

Ce travail-ci, plus que tout autre, est sujet à critique. Les conclusions que nous allons tenter de formuler ne peuvent être séparées d'inévitables remarques sur le déroulement et la méthodologie de ce qui est présenté ici.

On peut schématiquement distinguer deux ordres d'imperfections. L'un concerne les prémisses de l'étude, l'autre le mode de dépouillement des données.

Un travail aussi lourd que la lecture manuelle de plus de 500 dossiers de consultations, entrepris par une seule personne, et ceci dans le but plus ou moins précis de décrire ce que l'on avait lu, pouvait tendre dans deux directions. Or bien l'on décidait de ne privilégier que quelques paramètres et de les approfondir au maximum, ou bien on relevait un assez grand nombre de données et, au risque de rester superficiel, on tentait de saisir une image plus large des renseignements étudiés.

C'est cette seconde attitude qui a été choisie, parce qu'elle permettait, nous semble-t-il, d'aborder des problèmes de fond, de définir de façon plus structurelle les liens entre spécialiste et généraliste, en décrivant les comportements apparents des uns et des autres. La méthode a donc consisté à délimiter un échantillon de population, et à relever ce qui caractérisait l'attitude des médecins vis-à-vis de cet échantillon. On ramenait ainsi la consultation spécialisée à ce qu'elle est, vue d'un œil a priori non soucieux de la pathologie que pouvait présenter tel ou tel patient.

Ainsi, les deux paramètres les plus souvent relevés dans ce travail, ceux auxquels la plupart des autres données se trouvaient rapportées,

en l'occurrence le sexe et la "qualité", ne sont pas des choix de hasard: ils concourent, eux aussi, à affiner la description.

La méthode de compilation et de traitements des paramètres, au vu du grand nombre de renseignements à traiter, nécessitait un appui informatique. Cet appui comporte deux piliers: d'une part un fichier, auquel on avait accès par l'intermédiaire d'un questionnaire; d'autre part un programme de traitement, c'est à dire de lecture et d'assemblage des données dans un ordre prédéfini.

L'auteur de ce travail reste, à l'issue de cette initiation à la micro-informatique, un novice, un amateur. Il a néanmoins appris que la méthode, pour séduisante qu'elle paraisse, recèle des règles, et nous voudrions les rappeler ici.

Un programme informatique ne peut répondre qu'aux questions qu'on lui pose, et ceci, à condition de disposer d'une banque de données, c'est à dire d'avoir déjà les éléments de la réponse. Ceci doit permettre de comprendre qu'il a fallu faire un choix de questions, et donc rédiger le programme en conséquence. Ainsi, dans les résultats obtenus, on n'a pas cherché, par exemple, à rapporter la fréquence de la pathologie à l'âge, ou au département d'origine; il existait un nombre presque illimité d'assemblages de ce genre, mais ils sortaient des limites de notre propos.

Il faut cependant préciser que ces autres assemblages restent possibles, à condition d'écrire le programme de traitement dans ce sens. Il ne s'agit donc pas d'une incapacité de la méthode, mais d'une option du manipulateur. Le fichier qui a été constitué et enregistré sur disquette magnétique contient un grand nombre de données, mais le mode de lecture de ces données peut être multiple.

Le second principe fondamental, et qui nous paraît le plus important à préciser, est que la qualité des résultats obtenus dépend directement de la précision des termes de la question posée. Il était prévu, à l'origine, de dénombrer les erreurs de diagnostic imputables aux généralistes.

Ceci n'a pas été, finalement, entrepris. En effet, toutes les définitions de l'étude reposent sur une seule subjectivité; il était possible de faire abstraction de celle-ci dans un certain nombre de domaines, mais cela paraissait difficile en ce qui concerne les erreurs de diagnostic, tout simplement parce qu'une définition simple de cette sorte d'erreur s'avérait informulable. Car peut-on dire qu'il y a erreur lorsque un médecin, ayant tous les éléments en main, formule une hypothèse et se trompe, mais exclure l'erreur lorsque un autre médecin n'émet pas d'hypothèse, ou ne se donne pas les moyens d'en formuler une?

Ici encore, on pouvait tenter d'approcher de plus près le "rapport" du médecin à son propre diagnostic en diversifiant les éléments qui y avaient trait. Ainsi, on a tenté de définir, lorsqu'elles existaient, les discordances entre ce que mentionnait le généraliste et ce que relevait l'urologue. Ceci était facilité par l'attitude systématique de ce dernier, qui mentionnait toujours de telles discordances, et sur ses fiches, et dans le courrier échangé avec ses correspondants. Les éléments relevés et exposés p.49 et suivantes reposent bien sur une argumentation lisible, et ne sont donc pas le fait de la seule appréciation du lecteur.

Encore une fois, ces réserves ont été mises en évidence au fur et à mesure de la composition du matériel informatique dont le détail est donné en annexe. La formule idéale, celle qui eût été la moins sujette à caution, aurait consisté à composer d'abord les programmes, c'est à dire à définir d'emblée les résultats que l'on voulait mettre en évidence, puis à relever les données en fonction de cela. Ceci nécessitait d'avoir déjà une bonne connaissance informatique, et de préparer ce travail en équipe.

Ce n'est pas le cas ici, et cela doit être considéré comme un défaut majeur de notre travail.

Pourtant, ces réserves faites, il nous semble que ce tableau brossé de toute une année de consultations externes ne manque pas d'apporter des éléments dignes d'intérêt.

Rappelons, tout d'abord, nos interrogations initiales. On se demandait "à quoi servait effectivement" une consultation urologique, et si elle répondait aux situations schématiques que nous exposions: demande d'un avis diagnostique, explorations complémentaires spécialisées, ou indication thérapeutique particulière.

Nos relevés, les assemblages de paramètres choisis, tendaient à cerner deux points de vue, d'une part celui des généralistes, d'autre part celui de l'urologue. Les deux questions synthétiques qui en découlaient devenaient: 1°) dans quelles circonstances consulte-t-on l'urologue dans notre échantillon de population, 2°) comment l'urologue a-t-il répondu à la demande?

Une fois envisagées les circonstances de consultation inhérentes à l'échantillon de population lui-même: sexe, âge, provenance géographique, nous avons donc étudié les modalités qui incombaient aux médecins. Rappelons ici, que même en ce qui concerne les patients venus d'eux-mêmes, on ne peut exclure l'intervention d'un médecin avant la consultation urologique, y compris en ce qui concerne les personnes travaillant de près ou de loin dans le milieu médical. Ce groupe de patients, "non-adressés" spécifiquement, mériterait à lui seul une étude, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la provenance socio-professionnelle des personnes concernées. Il est ici envisagé comme une sorte de témoin vis-à-vis des patients adressés. On peut ainsi s'attendre à ce que les différences relatives relevées d'un sexe à l'autre en ce qui concerne prescriptions, ou explorations, soient du même ordre dans le groupe des patients adressés et dans l'autre. Ceci suppose que la répartition des symptômes ou des motifs cliniques de consultation soit identique d'un groupe à l'autre; ce n'est pas prouvé. Nous avons même constaté que dans certains domaines c'était de toute évidence faux.

Pourtant, la comparaison des deux groupes permet de révéler certains renseignements: ainsi, nous savons que la prescription d'une UIV est plus

fréquente chez les femmes, de même que la pratique des Echu.

On observe par contre la proportion inverse en ce qui concerne les prélèvements sanguins. Il faut noter à ce propos que, n'ayant relevé que les prélèvements en relation directe avec le motif de consultation, on ne peut prétendre en tirer de conclusion globale sur leur prescription par le médecin traitant. Il est probable que chaque année, des milliers de prélèvements à titre "systématique" étant prescrits, on en tire des éléments avant d'avoir été intrigué par des symptômes, ceci chez de nombreux patients.

De même, le relevé des traitements reçus indique de nettes différences d'un sexe à l'autre: les traitements anti-infectieux sont retrouvés plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Ici, cependant, ces résultats sont tempérés par le grand nombre de patients ayant reçu une thérapeutique inconnue. Dans ce domaine, comme dans la plupart des rubriques qui suivent, il faut bien remarquer que le comportement des généralistes reste difficile à cerner en raison de la trop grande imprécision des renseignements qu'ils livrent, qu'il s'agisse de la simple façon de rédiger leurs lettres, des omissions en ce qui concerne le mode de vie, les antécédents, la situation familiale ou économique de leurs patients...ou de la raison précise de la consultation.

On pourrait cependant s'attendre à ce que les inévitables variations de prescription, d'un médecin à l'autre, ou d'un patient à l'autre, recouvrent des pathologies différentes, ou des problèmes personnels différents. Malheureusement, il n'est pas possible d'apprécier ce dernier point, puisque, nous l'avons dit, les lettres restent le plus souvent muettes à ce point de vue. Notons en particulier que l'anxiété, en tant que motif de la consultation, est très rarement notée par le médecin.

Pour ce qui est des pathologies, le flou règne également: nous avons précisé ce qu'il en était à plusieurs reprises; tout se passe comme si certains termes (par exemple: "pollakiurie", ou "prostatisme") suffisaient

dans une lettre, non seulement à expliciter le "problème" du patient, mais aussi à justifier la consultation spécialisée, dans l'esprit du médecin. A tel point que l'argumentation clinique ou paraclinique manque le plus souvent, ou, lorsqu'elle est présente, vient étayer, a posteriori, des symptômes de toute évidence mal analysés (la lithiase sans retentissement ou la "ptose rénale", dans le cadre des douleurs lombaires, par exemple.)

Dans le même ordre d'idée, on croit voir apparaître certaines "constantes" dans le comportement des généralistes vis-à-vis de leurs patients. Comment en effet, expliquer que les infections urinaires chez les femmes ne fassent l'objet d'une consultation le plus souvent que pour "récidive" (réelle ou non), tandis que les hommes vus pour les mêmes raisons par l'urologue en soient à leur premier épisode, qui parfois n'est pas terminé? Apparemment, un premier épisode infectieux chez un homme, s'il doit être considéré comme plus insolite que chez une femme, ne recèle pas plus de difficultés diagnostiques ou thérapeutiques. On peut même s'interroger sur la nécessité de faire pratiquer une UIV dans l'un ou l'autre cas; classiquement, une première épididymite justifie une UIV exploratoire, mais pas une première cystopathie... Et nous avons vu que c'est le contraire qui se passe.

Par contre, nous avons vu que l'existence d'une incontinence ne justifie presque jamais, pour les généralistes, la prescription d'une UIV chez les femmes. La symptomatologie entraîne la consultation spécialisée (15 femmes dans notre échantillon) et celle-ci, une intervention pour 10 femmes dont 8—soit plus du tiers des patientes hospitalisées, et seulement celles-là—n'avaient pas eu d'urographie. D'un autre côté, les "troubles mictionnels" de l'homme âgé ne font pas la même unanimité dans la prescription; certes, l'UIV n'est pas toujours faite, loin s'en faut, mais en plus, si elle l'est, elle est de nouveau mal utilisée parce que, comme nous l'avons montré, elle n'est pas confrontée à une analyse précise

des signes fonctionnels. On dirait, si l'on compare les symptômes respectifs de chaque sexe, que la mention de l'incontinence, comme celle de la pollakiurie, conduit à une consultation spécialisée sans que les patients nécessitent une exploration préalable, ou même une évaluation quelque peu détaillée de leur trouble.

Dans la mesure où "prostatisme" d'une part, "incontinence" de l'autre, sous-entendent l'éventualité d'un geste chirurgical, on peut expliquer l'absence d'exploration préalable par une réaction du genre "l'urologue la fera faire avant l'intervention". Si cela se confirmait, on ne pourrait pas ne pas s'interroger sur le rôle que pense tenir le généraliste vis-à-vis de cette forme de pathologie. Admettrait-on d'adresser chaque personne porteuse d'une angine au chirurgien pour amygdalectomie, chaque sujet présentant un foyer pulmonaire clinique au pneumo-phtisiologue pour lui faire prescrire la radiographie?

Assurément pas, et ce genre de paradoxe est cependant frappant dans l'échantillon dont nous nous occupons.

Car enfin, si l'on peut comprendre qu'un généraliste demande un avis thérapeutique pour ce qui est des cystalgies récidivantes, comment expliquer qu'il fasse de même pour une urétrite ou une orchite juste débutantes?

Plus encore, nous avons vu qu'une forte proportion de patients masculins venaient pour des symptômes centrés exclusivement sur les organes génitaux. Que dans le cas de signes équivoques, peu significatifs, accompagnés d'une inévitable anxiété, la consultation soit destinée à rassurer, cela n'est pas douteux. Ce qui fait problème est la constante absence de prise en charge de ces symptômes par le médecin dans un premier temps: omission qui transparait dans l'imprécision des lettres, comme dans le faible délai séparant les premiers symptômes de la consultation spécialisée, et partant, dans l'absence de bilan succinct.

En définitive, il apparaît que la prescription d'une consultation spécialisée urologique obéit moins aux besoins théoriques que nous avons schématisés, qu'à l'idée que se font les médecins des symptômes qu'ils rencontrent. S'il en était autrement, il est licite de penser que les particularités que nous avons cernées n'auraient pas lieu d'être.

De fait, est-il étonnant de constater qu'un médecin n'agit pas en fonction d'un schéma théorique, mais plutôt que son comportement résulte du contact de sa subjectivité au vécu de ses patients ?

Ce qui semble plus curieux, et peut-être plus inquiétant, c'est l'économie des moyens utilisés pour cerner les problèmes, et ce, surtout dans un des deux sexes. Encore faudrait-il, comparativement, essayer de voir ce qui motive les consultations en gynécologie, par exemple...

De même, il n'est pas certain qu'une telle attitude ne soit pas directement liée à la distance qui sépare le généraliste d'un confrère hospitalo-universitaire...

Pour tenter de préciser cette hypothèse, nous disposons d'un élément: les patients à qui fut proposée une hospitalisation. Sur ces 56 patients, 14 ne venaient pas du département (25%). Tous ces patients étaient adressés par un médecin, tous avaient, pour la pathologie qu'ils présentaient, eu des explorations de base (biologie, Echu, Uiv), sauf un d'entre eux, adressé pour nodule épидидymaire...cliniquement suspect.

Or, si l'on veut bien regarder les motifs d'hospitalisation, on remarque que peu de patients furent admis pour subir des explorations à visée diagnostique. Un argument que l'on pourrait s'attendre à voir invoqué pour expliquer une hospitalisation de ce type est...la distance par rapport au lieu d'origine. Or nous voyons ici qu'il n'en est rien dans ce groupe. Ce qui veut dire que l'urologue, lorsqu'il propose une hospitalisation, a presque toujours tous les éléments en main lorsque le patient ne vient pas du département...mais pas lorsqu'il vient des environs.

Regardons de plus près, justement, ce que semble être l'attitude de ce spécialiste.

Les quatre classes que nous avons déterminées correspondent à ce qui nous paraît être le champ de possibilités le plus simple et le plus courant. Et ceci nous est d'autant plus facile à affirmer que, rappelons le, le spécialiste dont il est question ne dispose, en salle de consultation d'aucun appareillage paraclinique particulier. Autrement dit, et ce, même s'il est en possession d'un savoir un peu différent, il se trouve dans la situation de n'importe quel clinicien.

Au cours de la consultation, nous l'avons noté, apparaissent un certain nombre de discordances entre ce qu'observe l'urologue et ce pourquoi les patients sont envoyés.

Nous avons déjà parlé de l'interprétation des urographies, et de celle de la bactériologie urinaire.

En gardant à l'esprit qu'un certain nombre de lettres ne donnent pas suffisamment d'éléments pour que l'on affirme qu'un médecin s'est ou non "trompé," relevons cependant que d'une part, l'examen clinique et l'interrogatoire divergent presque trois fois plus souvent en ce qui concerne les hommes qu'en ce qui concerne les femmes; et que d'autre part, 66 des 112 patients adressés étaient asymptomatiques.

On se trouve alors devant ce paradoxe : plus de la moitié des patients sont tributaires de la lettre de leur médecin, puisqu'ils ne présentent aucun symptôme le jour de la consultation, mais un grand nombre de patients adressés sont porteurs, soit d'informations incomplètes, soit d'éléments cliniques que le spécialiste n'identifie pas... Ce dernier est donc, finalement, obligé de s'en remettre à son seul regard sur les faits présentés.

De la même manière, il est amené à noter des éléments non négligeables, comme l'anxiété ou le mauvais état général, qui ne lui ont pas été précisés.

Finalement, tout se passe comme si le spécialiste, mis en présence de patients adressés pour des raisons plus subjectives que réellement argumentées, utilisait la plus grande partie de ses consultations à rendre les problèmes un peu plus "objectifs".

En effet, que fait-il?

Il prescrit des thérapeutiques médicales accessibles à tout praticien; il indique (en croyant ou non à leur positivité) des explorations courantes; il rassure des patients sur l'absence de pathologie ou la faible évolutivité de celle qu'ils présentent effectivement (et, ce faisant, il nomme et dédramatise le "mal", ce qui est loin d'être négligeable).

Parfois, et ce n'est pas l'éventualité la plus fréquente, il conseille une hospitalisation, pose une indication opératoire, souvent à l'aide d'explorations déjà réalisées, mais toujours sur des arguments cliniques et issus de l'interrogatoire.

Il faut cependant nuancer l'aspect un tant soit peu idéal de ce comportement. S'il est vrai que dans la plus grande partie des cas, l'urologue se comporte comme un clinicien, il dispose d'un savoir précis, d'une expérience toute différente de celle du praticien généraliste.

Les choses peuvent paraître plus facile de son point de vue, il n'est pourtant pas sûr que sa subjectivité entre en ligne de compte moins souvent que celle de ses correspondants. Ainsi, il n'est pas entièrement "libre" de ses actes: nous avons vu ce qu'il dit de la prescription des urographies (p.56); de même, nous avons vu qu'en ce qui concerne les patients venus d'eux-mêmes, il ne relève que certaines professions et pas d'autres.

Il n'est pas certain que l'origine socio-professionnelle des patients n'influe pas sur la perception du problème qu'ils présentent, et partant sur les propositions thérapeutiques, qu'il soit question d'intervention, ou de... symptômes "atypiques" invoqués par un patient "revendicatif", par exemple un enseignant...? De même, la présence "derrière soi" de l'infrastructure hospitalière ne procure-t-elle pas une assurance que les omnipraticiens ne sont pas en mesure d'afficher?

Dans le même ordre d'idée, peut-on considérer le comportement de cet urologue comme étant "typique"? Chaque pratique est, sans doute, directement tributaire des conditions dans lesquelles on l'exerce, et de la population qu'elle concerne. Les urologues des C.H.U. parisiens, ceux qui travaillent dans des services hospitaliers privés ont-ils nécessairement le même genre d'attitudes?

Avec ses imperfections, malgré les réserves qu'il faut émettre au vu de ses conclusions, le travail ici présenté a cherché à "mettre à plat", partiellement, un échantillon de personnes, les circonstances dans lesquelles elles ont consulté et les réponses que leur ont, avec ou sans raison, données les médecins concernés.

À l'apparente "désorganisation" de la demande des généralistes se trouve opposée l'attitude un peu caricaturale d'un spécialiste qui n'intervient en tant que tel, à proprement parler, que pour 22,5% des patients qui lui sont adressés et 7,5% des personnes venues d'elles-mêmes. Que cette image ne soit que conjoncturelle, partielle, et mouvante, cela n'est pas douteux. On peut penser que les échanges entre les deux catégories de médecins contribuent à la modification constante des pratiques médicales.

Tous les points qui ont été soulevés ici méritent, à notre sens, d'être approfondis. Toutes les suggestions, toutes les hypothèses avancées--non sans une certaine ...subjectivité, reconnaissons-le--sont susceptibles d'être remises en cause. La réalisation du questionnaire informatique avait aussi pour but...de servir pour un travail ultérieur, y compris au moyen de modifications.

Si les questions que pose, en définitive, ce travail, présentent suffisamment d'intérêt pour faire l'objet d'une étude ultérieure, on pourra considérer qu'il a atteint son but.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

(1)note de la page 34

FOX M., SALINDERS N.R.—Significance of loin pain in women.

A study of 100 consecutive cases referred to a Urological
Clinic.

Lancet, 1978, 1, 8056, 115-116

ANNEXE

*Programmes informatiques de gestion et de traitement
du fichier de consultations externes.*

```

10 ' GESTION FICHER          MARC ZAFFRAN
20 CLEAR 300:
  CLS :
  GOTO 150

```

```

90 ' TEMPORISATION
100 PRINT @906,".....RELANCER EN APPUYANT SUR <ESPACE>":
  Z = 0
110 R$ = INKEY$ :
  Z = Z + 1:
  IF Z = 10 GOSUB 130
120 IF R$ = ""
  THEN 110: .....
  ELSE RETURN .....

```

```

130 Z = 0:
  IF PEEK (16370) = 191
  THEN POKE 16370,32:
  ELSE POKE 16370,191
140 RETURN

```

```

150 OPEN "R",1,"LAZARURO:1"
155 PRINT "CORRECTION RAPIDE(O/N)":
  INPUT R$:
  IF R$ = "O"
  THEN 262 .....
160 CLS :
  PRINT "GESTION DU FICHER"
170 PRINT TAB( 20)"(1)-CREATION DU FICHER"
180 PRINT TAB( 20)"(2)-EXTENSION DU FICHER"
190 PRINT TAB( 20)"(3)-MODIFICATION D'UNE FICHE"
200 PRINT TAB( 20)"(4)-CONSULTATION DU FICHER"
210 PRINT TAB( 20)"(5)-FIN DE SESSION"
220 INPUT "MODE DE TRAVAIL CHOISI?(1,2,3,4,5)":MT
230 IF MT < 1 OR MT > 5:
  ELSE 260 .....
240 PRINT "ERREUR SUR LE MODE DE TRAVAIL..."
250 GOSUB 100:
  :
  GOTO 160.

```

```

260 IF MT = 5
  THEN CLOSE 1:
    CLS :
    PRINT @320, CHR$ (23)"PENSEZ A LA SAUVEGARDE DE VOS FICHIERS
    !":
    PRINT @480,"AU REVOIR ...":
    PRINT @700,:
    END .....
261 GOTO 270

```

```

262 INPUT "NO DE FICHE":NO
264 GOSUB 300:
  GET 1,NO:
  INPUT "I":I
266 LSET XI$ = MKD$ (I):
  PUT 1,NO:

```

GOTO 155

270 ON MT GOTO 1000,2000,3000,4000

300 ' DESCRIPTION DU CHAMP

310 FIELD 1,2ASXD\$,1ASXQ\$,1ASXA\$,1ASXO\$,1ASYE\$,1ASYC\$,1ASYR\$,2ASXR\$,1ASYU\$,1ASYV\$

320 FIELD 1,12ASZZ\$,1ASYB\$,8ASXB\$,2ASXC\$,1ASYT\$,8ASXT\$,1ASYS\$,2ASXM\$,2ASXN\$,2ASXF\$,2ASXG\$

330 FIELD 1,41ASZZ\$,1ASYA\$,1ASYD\$,2ASXE\$,1ASYM\$,1ASYL\$,2ASXK\$,8ASXI\$,1ASYX\$,1ASYF\$,2ASXX\$

340 FIELD 1,61ASZZ\$,2ASXS\$,2ASXP\$,1ASXH\$,1ASXJ\$,2ASXY\$,1ASYZ\$,2ASXW\$,1ASYW\$,2ASXV\$,1ASYH\$

350 FIELD 1,76ASZZ\$,1ASYI\$,2ASXU\$,2ASXL\$,1ASY\$

360 RETURN

1000 ' CREATION DU FICHIER

1010 PRINT "ATTENTION:SI LE FICHIER EXISTE DEJA, IL SERA DETRUIT!"

1020 INPUT "CREATION AUTORISEE?(O/N)";R\$

1030 IF R\$ = "O":

ELSE 160

1040 NE = 1:

GOSUB 2500:

GOTO 160

2000 ' EXTENSION DU FICHIER

2010 CLS :

PRINT "FIN DE FICHIER="; LOF (1)

2020 INPUT "EXTENSION AUTORISEE?(O/N)";R\$

2030 IF R\$ = "O":

ELSE 160

2040 NE = LOF (1) + 1:

GOSUB 2500:

GOTO 160

2500 ' AJOUT DANS LE FICHIER

2510 CLS :

GOSUB 300

2520 GOSUB 10000:

GOSUB 4200:

' BIG PROGRAMME

2530 PUT 1,NE:

PRINT "852,:"

INPUT "AUTRE ENTREE?(O/N)";R\$

2540 IF R\$ = "O":

ELSE RETURN

2550 NE = NE + 1:

GOTO 2520

3000 ' MODIFICATION D'UNE FICHE

3005 GOSUB 300

3010 CLS :

INPUT "NO DE FICHE A MODIFIER";NO

3020 NE = NO:

GOSUB 10000:

GOSUB 4200:

PUT 1,NE

3030 INPUT "AUTRE MODIFICATION?(O/N)";R\$

```

3040 IF R$ = "0"
    THEN 3010: .....
    ELSE 160 .....
-----
4000 ' CONSULTATION DU FICHIER
4001 CLS :
    PRINT "1-CONSULTATION DE TOUT LE FICHIER":
    PRINT "2-CONSULTATION D'UNE FICHE PARTICULIERE":
    INPUT "(1,2)";M
4004 IF M = 1
    THEN I1 = 1:
        I2 = LOF (1):
    ELSE INPUT "NO DE FICHE A CONSULTER:DEBUT,FIN";I1,I2
4005 GOSUB 300:
    FOR IW = I1 TO I2:
        GET 1,IW
4010 LPRINT IW TAB( 10) CVI (XD$) TAB( 15) ASC (XQ$) TAB( 20) ASC (X
    A$) TAB( 25) ASC (XO$) TAB( 30)YE$ TAB( 35)YC$ TAB( 40)YR$ TAB(
    45) CVI (XR$) TAB( 50)YU$ TAB( 55)YV$ TAB( 60)YB$ TAB( 65) CVD
    (XB$) TAB( 70) CVI (XC$) TAB( 75)YT$ TAB( 80) CVD (XT$) TAB( 85
    )YS$ TAB( 90) CVI (XM$)
4020 LPRINT TAB( 15) CVI (XN$) TAB( 20) CVI (XF$) TAB( 25) CVI (XG$)
    TAB( 30)YA$ TAB( 35)YD$ TAB( 40) CVI (XE$) TAB( 45)YM$ TAB( 50)
    YL$ TAB( 55) CVI (XK$) TAB( 60) CVD (XI$) TAB( 65)YX$ TAB( 70)Y
    F$ TAB( 80) CVI (XX$) TAB( 85) CVI (XS$) TAB( 90) CVI (XP$) TAB(
    95) ASC (XH$) TAB( 100) ASC (XJ$)
4030 LPRINT TAB( 15) CVI (XY$) TAB( 20)YZ$ TAB( 25) CVI (XW$) TAB( 3
    0)YW$ TAB( 35) CVI (XV$) TAB( 40)YH$ TAB( 45)YI$ TAB( 50) CVI (
    XU$) TAB( 55) CVI (XL$) TAB( 60)YY$
4035 LPRINT STRING$(128,"-")
4040 NEXT IW
4100 GOTO 160
-----
4200 ' REMPLISSAGE DU BUFFER
4210 LSET XD$ = MKI$(D):
    LSET XQ$ = CHR$(Q):
    LSET XA$ = CHR$(A):
    LSET XO$ = CHR$(O):
    LSET YE$ = E$:
    LSET YC$ = C$:
    LSET YR$ = R$:
    LSET XR$ = MKI$(R):
    LSET YU$ = U$:
    LSET YV$ = V$:
4220 LSET YB$ = B$:
    LSET XB$ = MKD$(B):
    LSET XC$ = MKI$(C):
    LSET YT$ = T$:
    LSET XT$ = MKD$(T):
    LSET YS$ = S$:
    LSET XM$ = MKI$(M):
    LSET XN$ = MKI$(N):
    LSET XF$ = MKI$(F):
    LSET XG$ = MKI$(G)
4230 LSET YA$ = A$:
    LSET YD$ = D$:
    LSET XE$ = MKI$(E):
    LSET YM$ = M$:

```

```

LSET YL$ = L$:
LSET XK$ = MKI$ (K):
LSET XI$ = MKD$ (I):
LSET YX$ = X$:
LSET YF$ = F$:
LSET XX$ = MKI$ (X):
4240 LSET XS$ = MKI$ (S):
LSET XP$ = MKI$ (P):
LSET XH$ = CHR$ (H):
LSET XJ$ = CHR$ (J):
LSET XY$ = MKI$ (Y):
LSET YZ$ = Z$:
LSET XW$ = MKI$ (W):
LSET YW$ = W$:
LSET XV$ = MKI$ (V):
LSET YH$ = H$:
4250 LSET YI$ = I$:
LSET XU$ = MKI$ (U):
LSET XL$ = MKI$ (L):
LSET YY$ = Y$
4260 RETURN

```

```

10000 CLS :
PRINT "CARACTERISTIQUES GENERALES DU PATIENT"
10005 D = 0:
Q = 0:
A = 0:
O = 0:
E$ = " ":
C$ = " ":
R$ = " ":
R = 0:
U$ = " ":
V$ = " ":
B$ = " ":
B = 0:
C = 0:
T$ = " ":
T = 0:
S$ = " ":
M = 0:
N = 0:
F = 0:
G = 0:
A$ = " ":
D$ = " ":
E = 0:
M$ = " ":
L$ = " ":
K = 0:
I = 0:
X$ = " ":
F$ = " ":
X = 0:
S = 0:
P = 0:
H = 0:
J = 0:

```

```

Y = 0:
Z$ = "":
W = 0:
W$ = "":
V = 0:
H$ = "":
I$ = "":
U = 0:
L = 0:
Y$ = ""
10010 INPUT "NUMERO DU DOSSIER?";D
10020 INPUT "ANNEE?";Q
10030 INPUT "AGE?";A
10040 IF A >= 15 AND A <= 99:
    ELSE PRINT "CA COMMENCE BIEN!":
        GOTO 10030 .....
10050 INPUT "DEPARTEMENT D'ORIGINE?
(18/36/37/41/45/72.AUTRE DEPARTEMENT:TAPER 99)";O
10060 IF O = 18 OR O = 36 OR O = 37 OR O = 41 OR O = 45 OR O = 72 OR O =
99:
    ELSE GOTO 10050 .....
10070 CLS :
    INPUT "DES EXPLORATIONS AVAIENT ELLES ETE PRATIQUEES
AVANT LA CONSULTATION? (O/N)";E$
10080 IF E$ = "O" OR E$ = "N":
    ELSE 10070 .....
10090 IF E$ = "O" GOTO 10100: .....
    ELSE 10300 .....
-----
10100 INPUT "AVAIT ON PRATIQUE DES ECBU?
A=AUCUN
B=UN
C=DEUX OU PLUS";C$:
    IF C$ = "A" OR C$ = "B" OR C$ = "C":
    ELSE 10100 .....
10110 CLS :
    INPUT "AVAIT ON PRATIQUE DES EXAMENS RADIOLOGIQUES (O/N)";R$:
    IF R$ = "O" OR R$ = "N":
    ELSE 10110 .....
10120 IF R$ = "O" GOTO 10130: .....
    ELSE 10180 .....
-----
10130 PRINT "TAPER DANS L'ORDRE LE OU LES CHIFFRES CORRESPONDANTS
1=CLICHE SANS PREPARATION SEUL
2=UIV
3=CLICHE THORACIQUE"
10140 PRINT "4=CYSTOGRAPHIE RETROGRADE
5=AUTRE EXAMEN RADIOLOGIQUE":
    INPUT R:
    KK = R:
    GOSUB 11500
10150 IF TE = - 1:
    ELSE CLS :
        PRINT "ERREUR, RECOMMENCEZ!":
        GOTO 10130 .....
10160 IF R >= 1 AND R <= 12345:
    ELSE CLS :
        PRINT "ERREUR!RECOMMENCEZ!":

```

```

.....
      GOTO 10130 .....
10170 PRINT "TRES BIEN!"
10180 INPUT "CE PATIENT AVAIT IL EU UNE ECHOGRAPHIE RENALE?(O/N)";U$:
      IF U$ = "O" OR U$ = "N":
      ELSE 10180 .....
10190 INPUT "AVAIT IL SUBI UNE CYSTOSCOPIE?(O/N)";V$:
      IF V$ = "O" OR V$ = "N":
      ELSE 10190 .....
10200 INPUT "AVAIT IL BENEFICIE D'EXAMENS BIOLOGIQUES? (O/N)";B$:
      IF B$ = "O" OR B$ = "N":
      ELSE 10200 .....
10210 CLS :
10220 IF B$ = "O":
      ELSE 10280 .....
10230 PRINT "INDIQUER DANS L'ORDRE LE OU LES CHIFFRES
CORRESPONDANT AUX EXAMENS SUBIS:
1=NFS/VS
2=CREATININE OU UREE SANGUINE
3=PHOSPHATASES ACIDES"
10240 PRINT "4=PHOSPHATASES ALCALINES
5=PROLANS
6=BILAN PHOSPHOCALCIQUE
7=URICEMIE"
10250 PRINT "8=ANALYSE D'UN CALCUL URINAIRE
9=AUTRE EXAMEN
0=EXAMEN NON CONNU":
      INPUT B:
      KK = B:
      GOSUB 11500:
      IF TE = - 1:
      ELSE CLS :
          PRINT "ERREUR!RECOMMENCEZ!":
          GOTO 10230 .....
10260 IF B < > 0:
      ELSE GOTO 10280 .....
10270 IF B > = 1 AND B < = 123456789:
      ELSE PRINT "ERREUR!RECOMMENCEZ!":
          GOTO 10230 .....
10280 CLS :
      PRINT "LE PATIENT AVAIT IL APORTE A LA CONSULTATION:
1-SES ECBU
2-SON UIV (OU SES AUTRES RADIOS)
3-SON ECHOGRAPHIE"
10290 PRINT "4-SON BILAN BIOLOGIQUE
5-SON COMPTE RENDU D'ENDOSCOPIE
0-AUCUN RESULTAT
TAPEZ LE OU LES CHIFFRES CORRESPONDANTS":
      INPUT C:
      KK = C:
      GOSUB 11500:
      IF TE = - 1:
      ELSE GOTO 10280: .....
          IF C < > 0:
          ELSE 10300: .....
              IF C > = 1 AND C < = 12345:
              ELSE 10280 .....
10300 CLS :
      INPUT "LE PATIENT AVAIT IL RECU UN TRAITEMENT AVANT LA

```

```

.....
CONSULTATION?(O/N)";T$:
IF T$ = "O" OR T$ = "N",:
ELSE 10300 .....
10310 IF T$ = "O",:
ELSE 10360 .....
10320 PRINT "TAPEZ DANS L'ORDRE LE OU LES CHIFFRES CORRESPONDANT AU(X)TRA
ITEMENTS SUBIS:

1-ANTISEPTIQUE URINAIRE
2-ANTIBIOTIQUE"
10330 PRINT "3-THERAPEUTIQUE SYMPTOMATIQUE
4-OESTROGENES
5-ANTIANDROGENES
6-PSYCHOTROPES"
10340 PRINT "7-CHIRURGIE
8-AUTRE TRAITEMENT
0-TRAITEMENT INCONNU":
INPUT T:
KK = T:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "ERREUR!MON VIEUX!":
GOTO 10320 .....
10350 IF T < > 0:
ELSE 10360: .....
IF T > = 1 AND T < = 12345678:
ELSE PRINT CLS :
PRINT "ERREUR":
GOTO 10320 .....
10360 CLS :
PRINT "ANALYSE DES SYMPTOMES"
10370 CLS :
INPUT "SEXE? (M/F)";S$:
IF S$ = "M" OR S$ = "F",:
ELSE PRINT "JE NE CONNAISSAIS PAS CE TROISIEME SEXE!!RECOMMENCEZ!!":
GOTO 10370 .....
10380 IF S$ = "M":
ELSE 10490 .....
10390 CLS
10400 PRINT "TAPEZ DANS L'ORDRE LES CHIFFRES CORRESPONDANT AU(X)
SYMPTOMES DE CE PATIENT.ATTENTION!!!ON VOUS DEMANDE DE PRECISER
LES SIGNES INVOQUES PAR LE PATIENT OU SON MEDECIN, ET NON LA
CONCLUSION DU SPECIALISTE!
10410 PRINT "CATEGORIE A:
1=INFECTION BASSE UNIQUE
2=INFECTION BASSE RECIDIVANTE
3=INFECTION HAUTE UNIQUE"
10420 PRINT "4=INFECTION HAUTE RECIDIVANTE
5=COLIQUE NEPHRETIQUE OU LITHIASSE CONNUE
6=GROSSE BOURSE
7=NODULE SUSPECT D'UNE BOURSE"
10430 PRINT "8=DOULEUR D'UNE BOURSE
9=TROUBLES MICTIIONNELS (DYSURIE/POLLAKIURIE/ECOULEMENT)
0=AUCUN DE CES SIGNES":
INPUT M:
KK = M:

```

```

GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "ERREUR! RECOMMENCEZ":
GOTO 10400 .....
10440 CLS :
10450 PRINT "CATEGORIE B:
1=DOULEUR LOMBAIRE
2=HEMATURIE MICROSCOPIQUE
3=HEMATURIE MACROSCOPIQUE"
10460 PRINT "4=TUMEUR DU REIN
5=TUMEUR DE VESSIE
6=TUMEUR DE PROSTATE
7=DECOUVERTE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE"
10470 PRINT "8=ANOMALIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES
9=RETENTISSEMENT RADIOLOGIQUE D'UN OBSTACLE URINAIRE
0=AUCUN DE CES SIGNES":
INPUT N:
KK = N:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "VOUS VOUS TROMPEZ, RECOMMENCEZ!":
GOTO 10450: .....
10480 GOTO 10560

-----
10490 CLS :
PRINT "TAPEZ, DANS L'ORDRE, LE OU LES CHIFFRES CORRESPONDANT
AU(X) SYMPTOME(S) DE CETTE PATIENTE. ATTENTION!! ON VOUS DEMANDEDE P
RECISER LES SIGNES INVOQUES PAR LA PATIENTE OU SON MEDECIN
ET NON LA CONCLUSION DU SPECIALISTE!!!"
10500 PRINT "CATEGORIE A:
1=CYSTOPATHIE UNIQUE
2=CYSTOPATHIE RECIDIVANTE
3=PYELONEPHRITE UNIQUE"
10510 PRINT "4=PYELONEPHRITE RECIDIVANTE
5=COLIQUE NEPHRETIQUE OU LITHIASSE CONNUE
6=DOULEUR LOMBAIRE
7=DOULEUR PELVIENNE"
10520 PRINT "8=TROUBLES MICTIONNELS
0=AUCUN DES SIGNES CITES":
INPUT F:
KK = F:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "REPRENEZ LES CHOSSES CALMEMENT!!":
GOTO 10500 .....
10530 PRINT "CATEGORIE B:
1=INCONTINENCE D'EFFORT
2=PROLAPSUS GENITAL
3=HEMATURIE MICROSCOPIQUE"
10540 PRINT "4=HEMATURIE MACROSCOPIQUE
5=TUMEUR DU REIN
6=TUMEUR DE VESSIE
7=DECOUVERTE D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE"
10550 PRINT "0=AUCUN DE CES SIGNES":
INPUT G:

```

```

KK = G:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE PRINT "ENCORE UN PETIT EFFORT! OU SI VOUS ETES VRAIMENT FATIGUE
, ALLEZ DONC FAIRE LA CAUSETTE A TONTON, A LA CAFETERIA DE LA F
AC!":
GOTO 10530 .....
10560 CLS :
INPUT "CE PATIENT AVAIT IL DES ANTECEDENTS UROLOGIQUES?(O/N)";A$:
IF A$ = "O" OR A$ = "N":
ELSE 10560 .....
10570 INPUT "AVAIT IL DEJA VU UN UROLOGUE? (O/N)";D$:
IF D$ = "O" OR D$ = "N":
ELSE 10570 .....
10580 PRINT "AVAIT IL D'AUTRES ANTECEDENTS?
0=AUCUN
1=CHIRURGICAUX
2=MEDICAUX"
10590 PRINT "(S'IL AVAIT DES ANTECEDENTS MED ET CHIR,TAPEZ 12)":
INPUT E:
IF E = 1 OR E = 2 OR E = 0 OR E = 12:
ELSE PRINT "RECOMMENCEZ, ETOURDI!!!":
GOTO 10580 .....
10600 CLS :
INPUT "CE PATIENT ETAIT IL ADRESSE? (O/N)";M$:
IF M$ = "O" OR M$ = "N":
ELSE 10600 .....
10610 IF M$ = "O":
ELSE 10850 .....
10620 INPUT "LA LETTRE DU MEDECIN ETAIT ELLE
A=EXPLICITE B=CONFUSE
C=ILLISIBLE D=NON RETROUVEE
ATTENTION!!!UNE SEULE REPONSE EST POSSIBLE!!!";L$:
IF L$ = "A" OR L$ = "B" OR L$ = "C" OR L$ = "D" GOTO 10640: .....
ELSE CLS :
GOTO 10630 .....
-----
10630 PRINT "C'EST VOUS QUI DEVEZ CONFUS! CA PROMET POUR PLUS TARD!
RECOMMENCEZ VOIR!":
GOTO 10620
-----
10640 CLS :
PRINT "QUELLE ETAIT APPAREMMENT LA DEMANDE DU MEDECIN?"
10650 PRINT "TAPEZ LE OU LES CHIFFRES CORRESPONDANTS:
1-SYNTOMES INEXPLIQUES/DEMANDE DIAGNOSTIQUE
2-THERAPEUTIQUE MEDICALE INEFFICACE
3-DEMANDE D'EXPLORATION SPECIALISEE"
10660 PRINT "4-UIV JUGEE PATHOLOGIQUE
5-ECBU JUGE(S) PATHOLOGIQUE(S)
6-INDICATION OPERATOIRE POSEE NETTEMENT
7-AVIS THERAPEUTIQUE"
10670 PRINT "0-DEMANDE NON PRECISEE":
INPUT K:
KK = K:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT " ERREUR, RECOMMENCEZ!":

```

```

.....
      GOTO 10650 .....
10680 IF K < > 0:
      ELSE GOTO 10700 .....
10690 IF K > = 1 AND K < = 567:
      ELSE CLS :
      PRINT "RECOMMENCEZ!":
      GOTO 10650 .....
10700 CLS :
      PRINT " DEROULEMENT DE LA CONSULTATION"
10710 PRINT "RELEVÉ D'OBSERVATION:TAPEZ,ETC..."
      (VOUS AVEZ L'HABITUDE MAINTENANT, NON?)
      1-PATIENT ASYMPTOMATIQUE
      2-ANXIÉTÉ NETTE"
10720 PRINT "3-MAUVAIS ÉTAT GÉNÉRAL
      4-INTERROGATOIRE DISCORDANT AVEC LETTRE DU MÉDECIN
      5-EXAMEN CLINIQUE DISCORDANT"
10730 PRINT "6-INTERPRÉTATION DISCORDANTE DE(S) ECBU
      7-INTERPRÉTATION DISCORDANTE DES CLICHÉS RADIOLOGIQUES
      0-AUCUN ÉLÉMENT NOUVEAU":
      INPUT I:
      KK = I:
      GOSUB 11500:
      IF TE = - 1:
      ELSE CLS :
      PRINT "JE VOUS DEMANDE PARDON, JE N'AI PAS BIEN COMPRIS....!":
      GOTO 10710 .....
10740 IF I < > 0:
      ELSE 10760 .....
10750 IF I > = 1 AND I < = 34567:
      ELSE CLS :
      GOTO 10710 .....
10760 CLS :
      PRINT "COMMENTAIRES"
10770 INPUT "Y AVAIT IL UNE NETTE DIFFÉRENCE ENTRE LE MOTIF
      DU MÉDECIN ET LA DEMANDE APPARENTE DU PATIENT? (O/N)";X$:
      IF X$ = "O" OR X$ = "N":
      ELSE PRINT "ERRARE HUMANUM EST, MAIS N'Y REVENEZ PAS!":
      GOTO 10770 .....
10780 PRINT "Y AVAIT IL ERREUR DE DIAGNOSTIC PATENTE DE LA PART
      DU MÉDECIN?"
10790 INPUT "A-PAS D'ERREUR
      B-ERREUR PAR EXCES
      C-ERREUR PAR DÉFAUT";F$:
      IF F$ = "A" OR F$ = "B" OR F$ = "C":
      ELSE PRINT "C'EST VOUS QUI VOUS TROMPEZ! RECOMMENCEZ!!":
      GOTO 10790 .....
10800 IF F$ = "B" OR F$ = "C":
      ELSE GOTO 11060 .....
10810 PRINT "LES DIFFÉRENCES DE CONCLUSION ENTRE L'UROLOGUE ET
      LE MÉDECIN REPOSAIENT ELLES SUR:"
10820 PRINT "1-L'APPRECIATION DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET/OU L'INTERROGATOIRE
      2-L'INTERPRÉTATION DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
      3-LA DÉCOUVERTE PAR L'UROLOGUE D'UNE PATHOLOGIE NON ENVISAGÉE
      TAPEZ LE OU LES CHIFFRES ADEQUATS DANS L'ORDRE, SANS LES SÉPARER":
      INPUT X
10830 IF X = 1 OR X = 2 OR X = 3 OR X = 12 OR X = 23 OR X = 13 OR X = 12
      3,:

```

```

ELSE PRINT "VOUS M'OBLIGEZ A ME REPETER!!!":
GOTO 10810 .....
10840 GOTO 11060
-----
10850 CLS :
PRINT " QUELLE ETAIT LA DEMANDE APPARENTE DE CE(TTE) PATIENT(E)
      VENU(E) SPONTANEMENT?"
10860 PRINT "1-DEMANDAIT IL (ELLE) UN DIAGNOSTIC?
      2-UNE THERAPEUTIQUE MEDICALE?
      3-UNE INTERVENTION?
      4-VOULAIT-IL (ELLE) ETRE RASSURE(E)?" :
10870 PRINT "0-DEMANDE NON EXPLICITE":
      INPUT S:
      KK = S:
      GOSUB 11500:
      IF TE = - 1:
      ELSE CLS :
        PRINT "QUE DISIEZ-VOUS?":
        GOTO 10860 .....
10880 IF S < > 0:
      ELSE 10900 .....
10890 IF S > = 1 AND S < = 234:
      ELSE CLS :
        PRINT "FAITES DONC ATTENTION!":
        GOTO 10860 .....
10900 CLS :
PRINT "DEROULEMENT DE LA CONSULTATION"
10910 PRINT "INDIQUEZ LES CHIFFRES CORRESPONDANTS A L'OBSERVATION
      DE CETTE PATIENTE:"
10920 PRINT "1-CLINIQUE EVOCATRICE D'UNE PATHOLOGIE
      2-EXAMEN PARACLINIQUE PATHOLOGIQUE
      3-ANXIETE PATENTE
      4-MAUVAIS ETAT GENERAL"
10930 PRINT "0-PATIENT(E) ASYMPTOMATIQUE":
      INPUT P:
      KK = P:
      GOSUB 11500:
      IF TE = - 1:
      ELSE CLS :
        PRINT "RECOMMENCEZ!(JE SUIS EXIGEANT,HEIN?)":
        GOTO 10910 .....
10940 IF P < > 0:
      ELSE 10960 .....
10950 IF P > = 1 AND P < = 1234:
      ELSE CLS :
        PRINT "REPETEZ-MOI CA":
        GOTO 10920 .....
10960 CLS :
PRINT "ETUDE DU MILIEU SOCIO ECONOMIQUE ET/OU PROFESSIONNEL
      DES PATIENTS CONSULTANT DE LEUR PROPRE CHEF
      "
10970 PRINT "CATEGORIE A:
      1-ETUDIANT(E) EN MEDECINE
      2-INFIRMIER(E), MEDECIN OU AUTRE EMPLOYE(E) DU CHU
      3-PARENT OU AMI D'UN(E) EMPLOYE(E) DU CHU"
10980 PRINT "4-MEMBRE D'UNE PROFESSION (PARA) MEDICALE (HORS CHU)
      5-PARENT OU AMI D'UN 4

```

```

0-AUTRE
ATTENTION! UNE SEULE REPONSE EST POSSIBLE!":
INPUT H:
10990 IF H = 1 OR H = 2 OR H = 3 OR H = 4 OR H = 0 OR H = 5,:
ELSE CLS :
PRINT "MOLLO MON VIEUX!CE PROGRAMME N'EST PAS CONSACRE A LA LUT
TE DES
CLASSES!
REPRENEZ LE PROBLEME TRANQUILLEMENT!":
GOTO 10960 .....
11000 CLS
11010 PRINT "CATEGORIE B:
1-ETUDIANT(E)
2-ENSEIGNANT(E)
3-CADRE "
11020 PRINT "4-COMMERCANT
5-AGRICULTEUR
6-OUVRIER
7-AUTRE"
11030 PRINT "0-CATEGORIE SOCIO-ECONOMIQUE INCONNUE
ATTENTION!UNE SEULE REPONSE POSSIBLE!":
INPUT J
11040 IF J = 0 OR J = 1 OR J = 2 OR J = 3 OR J = 4 OR J = 5 OR J = 6 OR
J = 7 GOTO 11060: .....
ELSE 11050 .....
-----
11050 CLS :
PRINT "ALORS, ON FATIGUE? COMME JE VOUS COMPRENDS!!":
GOTO 11010
-----
11060 CLS :
PRINT "DURANT LA CONSULTATION,LE SPECIALISTE A-T-IL
EFFECTUE OU FAIT EFFECTUER LES GESTES SUIVANTS?"
11070 PRINT "1-FROTTIS VAGINAL
2-PONCTION D'HYDROCELE
3-ECHOGRAPHIE RENALE
4-ENDOSCOPIE"
11080 PRINT "5-AUTRE
0-AUCUN DE CES GESTES":
INPUT Y:
KK = Y:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE GOTO 11060 .....
11090 IF Y < > 0:
ELSE 11110 .....
11100 IF Y > = 1 AND Y < = 45:
ELSE CLS :
PRINT "FOU FOU ZEDES DROMBES (A LIRE AVEC UN FORT ACCENT GERMAN
IQUE)":
GOTO 11070 .....
11110 CLS :
PRINT "VOYONS MAINTENANT LE SORT DU PATIENT APRES LA
CONSULTATION"
11120 PRINT "INDIQUEZ LA CONDUITE DE L'UROLOGUE DANS LE CAS
DE CE(TTE) PATIENT(E).ATTENTION! UNE SEULE REPONSE POSSIBLE!
11130 PRINT "A=IL L'A RENVOYE CHEZ LUI SANS DEMARCHE PARTICULIERE
B=IL L'A FAIT HOSPITALISER PEU DE TEMPS APRES

```

```

C=IL LUI A PRESCRIT DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES ,PUIS DE REVENIR D=IL
A PRESCRIT UN TRAITEMENT (AVEC OU NON CONTROLE ENSUITE)"
11140 PRINT "E=IL LUI A FAIT PEUR BOOOOOUUH!!!!":
INPUT Z$:
IF Z$ = "A" OR Z$ = "B" OR Z$ = "C" OR Z$ = "D" OR Z$ = "E":
ELSE CLS :
PRINT "ALLONS, VOYONS, UN PETIT EFFORT!":
GOTO 11120 .....
11150 IF Z$ = "A" GOTO 11190: .....
ELSE 11160 .....

11160 IF Z$ = "B" GOTO 11330: .....
ELSE 11170 .....

11170 IF Z$ = "C" CLS :
GOTO 11380: .....
ELSE 11180 .....

11180 IF Z$ = "D" CLS :
GOTO 11430: .....
ELSE CLS :
PRINT " VOUS ETES PRESQUE AUSSI FARCEUR QUE L'UROLOGUE EN QUEST
ION!
REPONDEZ A NOUVEAU MAIS SOYEZ SERIEUX!
VOUS N'AVIEZ PAS REMARQUE QU'ON EST ICI POUR TRAVAILLER?":
GOTO 11120 .....

11190 CLS :
PRINT "INDIQUEZ LA OU LES RAISONS DE CETTE CONDUITE "
11200 PRINT "0-PAS DE PATHOLOGIE UROLOGIQUE
1-PAS DE DIAGNOSTIC
2-THERAPEUTIQUE ANTERIEURE SUFFISANTE
3-THERAPEUTIQUE ANTERIEURE A PROLONGER"
11210 PRINT "4-ABSTENTION CAR MAUVAIS ETAT GENERAL
5- -IDEM- CAR SYMPTOMES DISCRETS OU PEU GENANTS
6- -IDEM- CAR PAS DE TRAITEMENT EFFICACE
7- -IDEM- CAR PATHOLOGIE NON OU PEU EVOLUTIVE"
11220 INPUT W:
KK = W:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "ENCORE! VOUS POUVEZ CERTAINEMENT FAIRE MIEUX!":
GOTO 11200 .....
11230 IF W < > 0: .....
ELSE 11260 .....
11240 IF W < > 1: .....
ELSE 11260 .....
11250 IF W > 1 AND W < = 67: .....
ELSE CLS :
PRINT "VOUS VOUS FOURVOYEZ! RECOMMENCEZ!":
GOTO 11200 .....
11260 INPUT "L'UROLOGUE A-T-IL CEPENDANT CONSEILLE UNE SURVEILLANCE?(O/N)"
;W$:
IF W$ = "O" OR W$ = "N":
ELSE CLS :
GOTO 11260 .....
11270 IF W$ = "O" GOTO 11280: .....

```

```

.....
ELSE 11490 .....
-----
11280 PRINT "INDIQUEZ LAQUELLE:
1-ECBU ET/OU RECHERCHE DE B.K.
2-UIV (OU A.S.P).
3-EXAMEN CLINIQUE"
11290 PRINT "4-AUTRE":
INPUT V:
KK = V:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "JE VOUS LAISSE UNE CHANCE, JE SUIS DE BONNE HUMEUR! RECOM
MENCEZ!":
GOTO 11280 .....
11300 IF V >= 1 AND V <= 1234:
ELSE CLS :
GOTO 11280 .....
11310 IF V = 1 OR V = 2 OR V = 3 OR V = 4 OR V = 12 OR V = 23 OR V = 34 OR
V = 123 OR V = 234 OR V = 13 OR V = 14 OR V = 24 OR V = 1234:
ELSE CLS :
PRINT "RECOMMENCEZ!":
GOTO 11280 .....
11320 GOTO 11490
-----
11330 CLS :
PRINT "DANS QUEL BUT CE PATIENT A-T-IL ETE HOSPITALISE"
11340 PRINT "A-POUR ENDOSCOPIE
B-POUR INTERVENTION DECIDEE EN CONSULTATION
C-POUR EXPLORATIONS AVANT DECISION OPERATOIRE
D-POUR BILAN DIAGNOSTIQUE"
11350 PRINT "ATTENTION! VOUS N'AVEZ DROIT QU'A UNE SEULE REPONSE!":
INPUT H$:
IF H$ = "A" OR H$ = "B" OR H$ = "C" OR H$ = "D":
ELSE 11330 .....
11360 INPUT "L'UROLOGUE LUI A-T-IL PRESCRIT D'AUTRES EXAMENS
A FAIRE EN EXTERNE AVANT HOSPITALISATION? (O/N)": I$:
IF I$ = "O" OR I$ = "N":
ELSE CLS :
PRINT "ENCORE UN PETIT EFFORT!":
GOTO 11360 .....
11370 IF I$ = "O" GOTO 11390: .....
ELSE 11490 .....
-----
11380 PRINT "QUELS EXAMENS A-T-IL DEMANDES POUR CE(TTE)PATIENT(E)?"
11390 PRINT "TAPEZ DANS L'ORDRE LES CHIFFRES CORRESPONDANTS:
1-ECBU 2-RECHERCHE DE B.K 3-UIV
4-CLICHE THORACIQUE 5-ECHOGRAPHIE
6-BILAN BIOLOGIQUE 7-B.W. 8-AUTRE"
11400 INPUT U:
KK = U:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "ATTENTION AUX FAUTES DE FRAPPE, RECOMMENCEZ!":
GOTO 11360 .....
11410 IF U >= 1 AND U <= 678:
ELSE CLS :

```

```

PRINT "VOUS ETES DANS L'ERREUR, RECOMMENCEZ!":
GOTO 11380 .....
11420 GOTO 11490

-----
11430 PRINT "QUEL TRAITEMENT LUI A PROPOSE LE SPECIALISTE?
1-ANTIBIOTIQUES
2-ANTISEPTIQUES A DOSES FILEES
3-CURE DE DIURESE"
11440 PRINT "4-ALCALINISATION DES URINES
5-TRAITEMENT DESINFECTANT VAGINAL
6-OESTROGENES
7-ANTALGIQUES/ANTISPASMODIQUES/ANTI-INFLAMMATOIRES"
11450 PRINT "0-AUTRE":
INPUT L:
KK = L:
GOSUB 11500:
IF TE = - 1:
ELSE CLS :
PRINT "C'EST BIEN PARCE QUE C'EST VOUS! RECOMMENCEZ!":
GOTO 11430 .....
11460 IF L >= 1 AND L <= 567:
:
ELSE CLS :
GOTO 11430 .....
11470 INPUT "A-T-IL DEMANDE DES EXAMENS DE CONTROLE APRES TRAITEMENT? (O/N
)":Y$:
IF Y$ = "O" OR Y$ = "N":
ELSE CLS :
PRINT "UN PEU TARD, POUR FAIRE UNE CRISE D'OPPOSITION!
ALLEZ, AU BOULOT!":
GOTO 11470 .....
11480 IF Y$ = "O" GOTO 11390: .....
ELSE 11490 .....

-----
11490 PRINT "C'EST FIIIIIIIIII!!!!":
RETURN

-----
11500 ' TEST NUM
11510 WX$ = STR$ (KK):
NN = LEN ( STR$ (KK))
11520 FOR II = 1 TO NN - 1
11530 IF MID$ (WX$,II,1) >= MID$ (WX$,II + 1,1)
THEN TE = 0:
RETURN .....
11540 NEXT II:TE = - 1:
RETURN

```

```

50 CLEAR 500
100 DIM MS(4,13)
200 DEF FN INS(X1,X2) = INSTR ( MID$ ( STR$ (X1),2,10), MID$ ( STR$ (X2)
    ,2,10))
210 OPEN "R",1,"LAZARURO:1"
310 FIELD 1,2ASXD$,1ASXQ$,1ASXA$,1ASXO$,1ASYE$,1ASYC$,1ASYR$,2ASXR$,1ASY
    U$,1ASYV$
320 FIELD 1,12ASZZ$,1ASYB$,8ASXB$,2ASXC$,1ASYT$,8ASXT$,1ASYS$,2ASXM$,2AS
    XN$,2ASXF$,2ASXG$
330 FIELD 1,41ASZZ$,1ASYA$,1ASYD$,2ASXE$,1ASYM$,1ASYL$,2ASXK$,8ASXI$,1AS
    YX$,1ASYF$,2ASXX$
340 FIELD 1,61ASZZ$,2ASXS$,2ASXP$,1ASXH$,1ASXJ$,2ASXY$,1ASYZ$,2ASXW$,1AS
    YW$,2ASXV$,1ASYH$
350 FIELD 1,76ASZZ$,1ASYI$,2ASXU$,2ASXL$,1ASY$
360 GOTO 990

```

```

400 D = CVI (XD$):
    Q = ASC (XQ$):
    A = ASC (XA$):
    O = ASC (XO$):
    R = CVI (XR$)
410 B = CVD (XB$):
    C = CVI (XC$):
    T = CVD (XT$):
    M = CVI (XM$):
    N = CVI (XN$)
420 F = CVI (XF$):
    G = CVI (XG$):
    E = CVI (XE$):
    K = CVI (XK$):
    I = CVD (XI$)
430 X = CVI (XX$):
    S = CVI (XS$):
    P = CVI (XP$):
    H = ASC (XH$):
    J = ASC (XJ$)
440 Y = CVI (XY$):
    W = CVI (XW$):
    V = CVI (XV$):
    U = CVI (XU$):
    L = CVI (XL$)
450 RETURN

```

```

990 OD(1) = 18:
    OD(2) = 36:
    OD(3) = 37:
    OD(4) = 41:
    OD(5) = 45:
    OD(6) = 72
995 CLS :
    PRINT "ANALYSE DES FICHES NOS:"
1000 FOR IW = 1 TO LOF (1)
1005     PRINT TAB( 25)IW
1010     GET 1,IW:
        GOSUB 400
1020     IF YM$ = "0"
        THEN IL = 1:

```

```

1030     ELSE IL = 2
        IF   YS$ = "F"
        THEN IC = 1:
        ELSE IC = 2
1040     AS(IL,IC) = AS(IL,IC) + 1
1050     FOR   KW = 1 TO 6:
        IF   O = OD(KW)
        THEN 1070 .....
1060     NEXT KW:KW = 7
1070     LW = IL * IC
1080     IF   LW = 2 IF   IC = 1
        THEN LW = 2:
        ELSE LW = 3
1090     DP(LW,KW) = DP(LW,KW) + 1
1100     K3 = INT ((A - 15) / 20) + 1
1110     AG(LW,K3) = AG(LW,K3) + 1
1120     IF   YE$ = "N"
        THEN TD(LW) = TD(LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1130     IF   YR$ = "N"
        THEN 1180 .....
1135     FOR   KV = 1 TO 5:
        X3 = FN INS(R,KV)
1138     IF   X3 < > 0
        THEN TR(LW,KV) = TR(LW,KV) + 1
1140     NEXT KV
1150     IF   YR$ = "O" AND YC$ < > "A" AND YB$ = "O"TE(3,1,LW) = TE(3,1
        ,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1160     IF   YR$ = "O" AND YC$ < > "A"TE(2,2,LW) = TE(2,2,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1170     IF   YR$ = "O" AND YB$ = "O"TE(2,1,LW) = TE(2,1,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1180     IF   YB$ = "O" AND YC$ < > "A"TE(2,3,LW) = TE(2,3,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1190     IF   YR$ = "O"
        THEN TE(1,1,LW) = TE(1,1,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1200     IF   YC$ < > "A"
        THEN TE(1,3,LW) = TE(1,3,LW) + 1:
        GOTO 1500 .....
1210     IF   YB$ = "O"
        THEN TE(1,2,LW) = TE(1,2,LW) + 1
1220     TE(3,2,LW) = TE(3,2,LW) + 1
1500     FOR   KV = 0 TO 9:
        X3 = FN INS(B,KV)
1510     IF   X3 < > 0
        THEN TB(LW,KV) = TB(LW,KV) + 1
1520     NEXT KV
1530     IF   YU$ = "O"NU(LW) = NU(LW) + 1
1540     IF   YV$ = "O"NV(LW) = NV(LW) + 1
1550     IF   YE$ = "O" AND C = 0NC(LW) = NC(LW) + 1
1560     IF   YT$ = "O":
        ELSE 1600 .....
1570     FOR   KV = 0 TO 8:
        X3 = FN INS(T,KV)
1580     IF   X3 < > 0
        THEN TT(LW,KV) = TT(LW,KV) + 1

```

```

1590 NEXT KV
1600 FOR KV = 0 TO 9
1610   KV$ = MID$ ( STR$ (KV),2,10)
1620   IF INSTR ( MID$ ( STR$ (F),2,10),KV$) < > 0 TF(KV) = TF(K
      V) + 1
1630   IF INSTR ( MID$ ( STR$ (G),2,10),KV$) < > 0 TG(KV) = TG(K
      V) + 1
1640   IF INSTR ( MID$ ( STR$ (M),2,10),KV$) < > 0 TM(KV) = TM(K
      V) + 1
1650   IF INSTR ( MID$ ( STR$ (N),2,10),KV$) < > 0 TN(KV) = TN(K
      V) + 1

```

```

1660 NEXT KV
1670 IF IL = 2
1680 THEN 1770 .....
1690 TL(IC, ASC (YL$) - 64) = TL(IC, ASC (YL$) - 64) + 1
1700 FOR KV = 0 TO 7:
1710   X3 = FN INS(K,KV):
1720   X4 = FN INS(I,KV)
1730   IF X3 < > 0
1740   THEN DM(IC,KV) = DM(IC,KV) + 1
1750   IF X4 < > 0
1760   THEN AC(IC,KV) = AC(IC,KV) + 1
1770 NEXT KV
1780 ED(LW, ASC (YF$) - 64) = ED(LW, ASC (YF$) - 64) + 1
1790 FOR KV = 1 TO 3:
1800   X3 = FN INS(X,KV)
1810   IF X3 < > 0
1820   THEN AU(LW,KV) = AU(LW,KV) + 1
1830 NEXT KV: GOTO 1850 .....

```

```

1770 FOR KV = 0 TO 4:
1780   X3 = FN INS(S,KV):
1790   X4 = FN INS(P,KV)
1800   IF X3 < > 0
1810   THEN PD(LW,KV) = PD(LW,KV) + 1
1820   IF X4 < > 0
1830   THEN OP(LW,KV) = OP(LW,KV) + 1
1840 NEXT KV
1850 IF H = 0
1860 THEN 1830 .....
1870 MS(LW,H) = MS(LW,H) + 1:
1880 GOTO 1850 .....

```

```

1830 IF J = 0 MS(LW,0) = MS(LW,0) + 1:
1840 GOTO 1850 .....
1850 MS(LW,5 + J) = MS(LW,5 + J) + 1
1860 FOR KV = 0 TO 5:
1870   X3 = FN INS(Y,KV)
1880   IF X3 < > 0
1890   THEN GT(LW,KV) = GT(LW,KV) + 1
1900 NEXT KV
1910 SP(LW, ASC (YZ$) - 64) = SP(LW, ASC (YZ$) - 64) + 1
1920 FOR KV = 0 TO 7:
1930   X3 = FN INS(W,KV):
1940   X4 = FN INS(L,KV)
1950   IF X3 < > 0
1960   THEN AW(LW,KV) = AW(LW,KV) + 1
1970   IF X4 < > 0

```

```

1920      THEN DL(LW,KV) = DL(LW,KV) + 1
1930      NEXT KV
1930      IF YZ$ = "B"
1940      THEN BH(LW, ASC (YH$) - 64) = BH(LW, ASC (YH$) - 64) + 1
1940      FOR KV = 1 TO 8:
1950      X3 = FN INS(V,KV):
1950      X4 = FN INS(U,KV)
1950      ON ASC (YZ$) - 64 GOTO 1960,1970,1980,1990 .....
-----
1960      IF X3 < > 0
1960      THEN AV(LW,KV) = AV(LW,KV) + 1:
1960      GOTO 2000 .....
1970      IF X4 < > 0
1970      THEN BU(LW,KV) = BU(LW,KV) + 1:
1970      GOTO 2000 .....
1980      IF X4 < > 0
1980      THEN CU(LW,KV) = CU(LW,KV) + 1:
1980      GOTO 2000 .....
1990      IF X4 < > 0
1990      THEN DU(LW,KV) = DU(LW,KV) + 1:
1990      GOTO 2000 .....
2000      NEXT KV
4970 NEXT IW: CLOSE 1
4975 CLS :
4975 PRINT CHR$ (23)"J'AI FINI" CHR$ (26)"VOICI LES RESULTATS...."
4980 GOSUB 5010
4985 END
-----
5000 ' SORTIE
5005 FOR IJ% = 1 TO NS%:
5005 LPRINT CHR$ (26):
5005 NEXT IJ%:
5005 RETURN
-----
5006 FOR IJ% = 1 TO NS% - 1:
5006 LPRINT CHR$ (26):
5006 NEXT :
5006 LPRINT STRING$ (128,"-"):
5006 RETURN
-----
5010 NS% = 3:
5010 GOSUB 5006:
5010 LPRINT "TABLEAU AS:ADRESSE - SEXE":
5010 GOSUB 5005
5020 FOR J1 = 1 TO 2:
5020 FOR K1 = 1 TO 2:
5020 LPRINT AS(J1,K1):
5020 NEXT K1:
5020 LPRINT :
5020 NEXT J1
5030 GOSUB 5006:
5030 LPRINT "TABLEAU DP:DEPARTEMENT":
5030 GOSUB 5005
5040 FOR J1 = 1 TO 4:
5040 FOR K1 = 1 TO 7:
5040 LPRINT DP(J1,K1):
5040 NEXT K1:
5040 LPRINT :

```

```
.....
      NEXT J1
5050 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU AG: AGES":
      GOSUB 5005
5060 FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 4:
          LPRINT AG(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5062 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU TD":
      GOSUB 5005
5064 FOR J1 = 1 TO 4:
      LPRINT TD(J1),:
      NEXT J1
5066 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU TR":
      GOSUB 5005
5068 FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 5:
          LPRINT TR(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5080 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAUX TE":
      GOSUB 5005
5082 FOR KV = 1 TO 4:
      LPRINT "TE";KV:
      NS% = 2:
      GOSUB 5005
5084 FOR J1 = 1 TO 3:
      FOR K1 = 1 TO 3
5086 LPRINT TE(J1,K1,KV),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5088 GOSUB 5005:
      NEXT KV
5090 NS% = 3:
      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU TB:EXAMEN BIOLOGIQUE":
      GOSUB 5005
5100 FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 0 TO 9:
          LPRINT TAB( 5 + 10 * K1)TB(J1,K1):
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5110 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAUX NU,NV,NC:ECHOGRAPHIE,CYSTOGRPHIE,EXAMENS APPORTES":
      GOSUB 5005
5120 LPRINT "NU":
      FOR J1 = 1 TO 4:
          LPRINT NU(J1),:
      NEXT
```

```

5130 LPRINT :
      LPRINT "NV:",:
      FOR J1 = 1 TO 4:
        LPRINT NV(J1),:
      NEXT J1
5140 LPRINT :
      LPRINT "NC:",:
      FOR J1 = 1 TO 4:
        LPRINT NC(J1),:
      NEXT J1
5150 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU TT:DESCRIPTION DU TRAITEMENT":
      GOSUB 5005
5160 FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 0 TO 8:
        LPRINT TAB( 5 + 10 * K1)TT(J1,K1):
      NEXT K1:
      LPRINT :
    NEXT J1
5170 GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAUX SYMPTOMES F,G,M,N":
      GOSUB 5005
5180 FOR J1 = 0 TO 9
5190   LPRINT , "F", "G", "M", "N":
      LPRINT CHR$( 26)
5200   FOR J1 = 0 TO 9
5210     LPRINT J1,TF(J1),TG(J1),TM(J1),TN(J1):
      NEXT J1
5230   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU TL: LETTRE DU MEDECIN":
      GOSUB 5005
5240   FOR J1 = 1 TO 2:
      FOR K1 = 1 TO 4:
        LPRINT TL(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
    NEXT J1
5250   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU DM:DEMANDE DU MEDECIN":
      GOSUB 5005
5260   FOR J1 = 1 TO 2:
      FOR K1 = 0 TO 7:
        LPRINT DM(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
    NEXT J1
5270   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU AC: ANALYSE DE LA CONSULTATION":
      GOSUB 5005
5280   FOR J1 = 1 TO 2:
      FOR K1 = 0 TO 7:
        LPRINT AC(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
    NEXT J1
5300   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU ED:ERREUR DE DIAGNOSTIC":
      GOSUB 5005

```

```

5310      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 1 TO 3:
              LPRINT ED(J1,K1),:
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5320      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU AU:APPRECIATIONS":
      GOSUB 5005
5330      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 1 TO 3:
              LPRINT AU(J1,K1),:
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5340      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU PD:DEMANDE DU PATIENT":
      GOSUB 5005
5350      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 0 TO 4:
              LPRINT PD(J1,K1),:
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5360      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU OP:OBSERVATIONS DU PATIENT":
      GOSUB 5005
5370      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 0 TO 4:
              LPRINT OP(J1,K1),:
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5380      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU MS:MILIEU SOCIAL":
      GOSUB 5005
5390      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 0 TO 12:
              LPRINT TAB( 5 + 8 * K1)MS(J1,K1)::
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5400      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU GT:GESTES":
      GOSUB 5005
5410      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 0 TO 5:
              LPRINT GT(J1,K1),:
          NEXT K1:
          LPRINT :
      NEXT J1
5420      GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU SP:SORT DU PATIENT":
      GOSUB 5005
5430      FOR J1 = 1 TO 4:
          FOR K1 = 1 TO 4:
              LPRINT SP(J1,K1),:
          NEXT K1:

```

```
.....
      LPRINT :
      NEXT J1
5440   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU AW: NINI":
      GOSUB 5005
5450   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 0 TO 7:
          LPRINT AW(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5460   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU DL: TRAITEMENT":
      GOSUB 5005
5470   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 0 TO 7:
          LPRINT DL(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5480   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU BH: HOSPITALISATION":
      GOSUB 5005
5490   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 4:
          LPRINT BH(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5500   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU AV: SURV NINI":
      GOSUB 5005
5510   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 4:
          LPRINT AV(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5520   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU BU: SURV HOSP":
      GOSUB 5005
5530   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 8:
          LPRINT BU(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5540   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU CU: SURV EXAMEN":
      GOSUB 5005
5550   FOR J1 = 1 TO 4:
      FOR K1 = 1 TO 8:
          LPRINT CU(J1,K1),:
      NEXT K1:
      LPRINT :
      NEXT J1
5560   GOSUB 5006:
      LPRINT "TABLEAU DU: SURV TRAITEMENT":
```

```
.....  
      GOSUB 5005  
5570   FOR J1 = 1 TO 4:  
        FOR K1 = 1 TO 4:  
          LPRINT DU(J1,K1),:  
        NEXT K1:  
      LPRINT :  
      NEXT J1  
5580   RETURN .....
```

S E R M E N T
D' H I P P O C R A T E

---ooo---

En présence des Maîtres de cette Faculté
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail .
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Le Directeur de Thèse :

Vu et Transmis,
Le Doyen,

Pr. A. GOUAZÉ.

Visa du Président de l'Université