



HAL
open science

Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie

Cécile Aubert

► **To cite this version:**

Cécile Aubert. Diagnostics de consultation en médecine générale établis à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00684830

HAL Id: dumas-00684830

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00684830v1>

Submitted on 3 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

AUBERT Cécile

Née le 11 Avril 1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 9 Février 2012

**Diagnostics de consultation en médecine générale établis à
partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes
en Haute Normandie**

Président de jury : Monsieur le Professeur CZERNICHOW

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal Boulet

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil
Monsieur le Professeur Alain Mercier

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010 - 2011
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET -
C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT - M. BENOZIO - J. BORDE -
Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD
- J.P. FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G.
HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P.
LEMERCIER - J.P. LEMOINE - M^{lle} MAGARD - MM. B. MAITROT - M.
MAISONNET - F. MATRAY - P. MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H. FIGUET - M. SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB
- R. SOYER - B. TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P. TRON -
C. WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)

M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de com
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (<i>Surnombre</i>)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine - Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie – Chirurgie Orthopédique - Traumato
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Philippe HECKETSWEILER (<i>sur</i>)	HCN	Hépto - Gastro/Policlinique
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Patrick LE DOSSEUR	HCN	Radiopédiatrie
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie

M. Jean-François LEMELAND (surn)	HCN	Bactériologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétiq
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Jacques THIEBOT	HCN	Radiologie et imagerie médicale

M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé

M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Jean-Louis PONS (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Dominique ANDRE	Chimie analytique
Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et é
Mme Elizabeth CHOSSON (Délégation)	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mlle Virginie SEGUIN	Botanique
Mlle Sophie RABEAU	Chimie Générale et Minérale
Mlle Laetitia LE GOFF	Parasitologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie (Groupe ADEN)

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

A monsieur le Professeur Pierre Czernichow, président du jury

Pour votre gentillesse, votre patience et votre aide très précieuse dans la réalisation de ma thèse en particulier l'analyse statistique.

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et ma profonde estime.

A monsieur le Docteur Pascal Boulet, directeur de thèse

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse très intéressant et de m'avoir fait confiance pour le mener à bien et le présenter au congrès de Bordeaux

Merci pour votre disponibilité pendant ce travail de thèse et vos remarques utiles pour l'améliorer

Recevez la preuve de mon profond respect

A monsieur le Professeur Jean Loup Hermil, membre du jury

Pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse

Merci pour votre investissement dans la formation des internes en médecine générale

Veillez trouver ici le témoignage de mes vifs remerciements

A monsieur le Professeur Alain Mercier, membre du jury

Pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse

Merci pour votre aide, vos remarques pertinentes et votre soutien lors du congrès de Bordeaux

Veillez trouver ici la preuve de mon profond respect

Aux personnes qui ont contribué à la faisabilité de ce projet

A Matthieu Schuers, pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton aide dans l'utilisation du logiciel épi info.

A mes anciens co-internes, pour votre participation active dans le recueil de données sans laquelle je n'aurais pas pu mener ce travail

A Estelle Houivet pour les conseils en statistique

A monsieur le docteur Marc De Santis

Pour vos encouragements dans mon travail de thèse

Merci de m'avoir fait aimer le travail de médecine générale et de m'accueillir pour les remplacements dans votre cabinet

A William,

Merci de m'avoir soutenue pendant toute la durée de ma thèse
Merci de l'amour que tu m'apportes qui me rend heureuse tous les jours

A ma mère,

Merci d'être toujours aussi gentille et disponible pour nous
Un grand merci pour la correction des erreurs d'orthographe

A mon père,

Merci pour ton écoute et ton soutien tout le long de mes études médicales

A ma sœur,

Merci pour ta gentillesse et les bons moments passés ensemble
Je suis fière de toi, tu as un bel avenir qui se profile

A mon frère,

Merci pour ton dynamisme et ta gentillesse
Je suis contente de ton parcours et de la personne que tu es devenue

A mes grands-parents,

Merci pour votre amour, votre générosité et votre soutien tout le long de mes études médicales

A l'ensemble de ma famille,

Merci pour votre amour et tous les moments de joie que l'on partage

A mes amis,

Merci pour votre soutien, votre amour et tous les moments de rigolade.

Abréviation

APA	American Psychiatric Association
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CEGEDIM	Centre de Gestion et de Documentation, d'Information et de Marketing
CIM10	Classification Internationale des Maladies 10 ^{ème} version
CISP2	Classification Internationale des Soins Primaires 2 ^{ème} version
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CREDES	Centre Régional d'Etudes et de Documentation Economiques et Sociales
DNID	Diabète Non Insulino-dépendant
DRC	Dictionnaire de Résultats de consultation
DREES	Direction de la Recherche, d'Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSMIV	Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders
ECOGEN	Eléments de Consultation en médecine GENérale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FOGD	Fibroscopie OesoGastroDuodénale
HTA	HyperTension Artérielle
IME	Institut médico-éducatif
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IMS-Health	Intercontinental Marketing Service-Health
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PF	Problèmes liés à la Fertilité
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SFMG	Société Française de Médecine Générale
TA	Tension Artérielle
WONCA	World Organization Of Nationale Colleges Academies and AcademicAssocia- tions Of General Practitioners/Family Physicians

Contenu

Contenu	15
PARTIE I : DE LA MEDECINE GENERALE AUX RECUEILS DE DONNEES	19
I. Préface	19
II. Définition de la médecine générale (wonca 2002)³	20
1. Les onze caractéristiques de la médecine générale	20
2. Les six compétences fondamentales	21
2.1. La gestion des soins de santé primaire	21
2.2. Les soins centrés sur la personne	21
2.3. L'aptitude spécifique à la résolution des problèmes	21
2.4. L'approche globale	21
2.5. L'orientation communautaire	22
2.6. L'adoption d'un modèle holistique	22
3. Trois champs d'activité.....	22
3.1. La démarche clinique	22
3.2. La communication avec le patient	22
3.3. La gestion du cabinet médical.....	22
4. Trois dimensions spécifiques	23
4.1. Contextuelle	23
4.2. Comportementale	23
4.3. Scientifique	23
III. Spécificités d'exercice en médecine générale	24
1. Les types de patients	24
2. Les maladies.....	24
3. Le rôle du médecin dans le système de soins.....	25
4. Le plateau technique	25
5. Influence du temps	25
6. L'environnement social.....	25
IV. Recueils des données en médecine générale	26
1. Objectifs du recueil de données en médecine de ville ^{2, 5,6}	26
1.1. Perspectives épidémiologiques	26
1.2. Perspectives médico-économiques	26
1.3. Perspectives cliniques	26
2. Les différents systèmes de codage ⁷	27
2.1. Codages non spécifiques à la médecine générale	27
2.2. Codages spécifiques à la médecine générale ⁸	28
V. Système de codage en médecine générale : la classification internationale des soins primaires (CISP)	29

1. Rappel historique ¹¹	29
2. Principes de bases de la CISP-2	29
2.1. Les chapitres et leurs codes alphabétiques	30
2.2, Les composants (identiques pour chaque chapitre)	30
3. Un outil adapté à la médecine générale	32
3.1. Une approche multiple additive	32
3.2. Une approche longitudinale ¹³	32
PARTIE II : ETUDE MENEES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN STAGE CHEZ LE PRATICIEN EN HAUTE-NORMANDIE	34
I. Introduction et objectifs de la thèse	34
1. Préambule.....	34
2. Objectif principal de l'étude	34
3. Objectif secondaire	34
II. Recueil de données	34
1. Population	34
2. Recueil de données.....	35
2.1. Masque de saisie	35
2.2. Le support	35
2.3. Le modèle.....	35
3. Paramètres étudiés.....	35
3.1. Les médecins.....	35
3.2. Les patients	36
3.3. Les résultats de consultation	36
3.4. Commentaires libres	36
4. Modalités de recueils	36
4.1. Date	36
4.2. Lieu	36
4.3. Durée	36
4.4. Personnes effectuant le recueil.....	37
5. Méthode statistique	37
III. Les résultats	38
1. Analyses statistiques descriptives	38
1.1. Fiche signalétique des médecins et des patients	38
1.2. Répartition des différentes classes de résultats de consultation.....	39
1.3. Top 10 des résultats de consultation.....	39
1.4. Répartition des résultats de consultations entre les symptômes et les diagnostics de consultation	40
1.5. Principales classes de symptômes retrouvées	40
1.6. Principales classes de diagnostics de consultation retrouvées	41

1.7. Top 10 des diagnostics et symptômes de consultation.....	41
2. Analyses statistiques uni variées	42
2.1. Caractéristiques des patients en fonction des caractéristiques des médecins	42
2.2. Types de résultats de consultation en fonction des caractéristiques des patients.....	44
A . En fonction du sexe des patients	44
B. En fonction de l'âge des patients.....	46
C. En fonction du nombre de résultats de consultation par patients	49
D. En fonction du lieu d'examen du patient	51
2.3. Types de résultats des consultations en fonction des caractéristiques des médecins	53
A. En fonction du sexe des médecins	53
B. En fonction de l'âge des médecins	55
C. En fonction du lieu d'exercice.....	58
D. En fonction du mode d'exercice	60
3. Analyse multivariée.....	62
4. Résultats de faisabilité	68
4.1. Taux de participation des internes en médecine générale	68
4.2. Faisabilité du recueil de donnée et du codage CISP	68
A. Erreurs non liées à la CISP.....	68
B. Erreurs liées au codage avec la CISP	68
IV. Discussion.....	70
1. Méthode	70
1.1. Population étudiée.....	70
1.2. Le support du recueil.....	70
1.3. Le questionnaire	70
1.4. Les paramètres étudiés	70
1.5. Les modalités de recueil.....	71
1.6. Méthodes statistiques	71
2. Résultats de consultation.....	71
2.1. Rappel des principaux résultats.....	71
A. Analyses descriptives	71
B. Analyses uni variées	73
2.2. Comparaisons des résultats de consultation avec d'autres données françaises	78
A. Comparaisons des résultats avec l'observatoire de médecine générale ¹⁷	78
B. Évaluation du projet Prometheus de codage des problèmes de santé diagnostiqués en médecine générale, Réseau alpha Medica Dr Laurent Letrilliart Mai 2004 2	81
C. Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS ¹⁸	83
D. Les consultations et visites des médecins généralistes un essai de typologie ¹⁴	84
3. Faisabilité de la CISP2 et adaptation à la médecine générale.....	85
3.1. Faisabilité de la CISP	85

A. Rappel des principaux résultats de la faisabilité	85
B. Comparaison de la faisabilité de la CISP avec l'étude Prometheus sur le codage en médecine générale2	85
3.2. Une classification internationale	86
3.3. Adaptation à la médecine générale.....	87
V. Conclusion	88
BIBLIOGRAPHIE	90

PARTIE I : DE LA MEDECINE GENERALE AUX RECUEILS DE DONNEES

I. Préface

En France, il y a actuellement peu de données concernant la morbidité réelle en soins primaires.¹

Il existe quelques enquêtes ponctuelles en particulier une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur la pratique professionnelle des médecins généralistes libéraux. Le recueil de morbidité se faisait par l'intermédiaire de la classification de Braun utilisée par les médecins de la société française de médecine générale. Seules les trente affections les plus rencontrées de la classification étaient recueillies. L'accès des données peut se faire uniquement après signature d'une convention d'utilisation avec la DREES.

Il existe également des enquêtes permanentes sur la morbidité.

Certaines sociétés privées comme IMS-Health (Intercontinental Marketing Service-Health) ou CEGEDIM (Centre de GEstion et de Documentation, d'Information et de Marketing) avec son réseau Thalès ont réalisé des enquêtes permanentes étudiant à la fois la prescription et la morbidité en ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes.

Les classifications utilisées pour le recueil de données étaient la CIM10 (classification internationale des maladies) pour IMS-health et un thésaurus spécifique à Thalès. L'accès aux résultats est payant. La diffusion des publications est non systématique.

L'observatoire de médecine générale permet également d'apporter une base de données médicales sur la morbidité en médecine libérale. Il s'agit cette fois uniquement de médecins généralistes.

La classification de Braun utilisée pour le recueil est spécifique à la médecine générale.

La diffusion des résultats est systématique et accessible sur internet.

Hormis une large étude de faisabilité portant sur les résultats de consultation en médecine générale², aucun recueil de données de consultation de médecine générale en France n'a été réalisé avec la CISP2 (Classification Internationale des Soins Primaires 2^{ème} version).

La CISP2 a pourtant été reconnue en 2003 comme classification internationale de référence pour les soins primaires, en étant incluse dans la famille de classification de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

La CISP2 a été développée par la WONCA (organisation internationale de la médecine générale).

Il nous a donc paru intéressant de réaliser une étude sur la description des consultations en médecine générale avec la CISP2.

Comprendre les résultats de cette étude nécessite une connaissance au préalable des structures qui lui ont permis d'émerger notamment la WONCA avec sa définition de médecine générale.

Toutes les caractéristiques propres à la médecine générale nécessitent des techniques de recueil spécifiques. C'est pour cette raison que la WONCA a développé la CISP2.

II. Définition de la médecine générale (wonca 2002)³

La WONCA Europe (société européenne de médecine générale-médecine de famille), branche régionale de l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a proposé en 2002 une définition qui puisse s'appliquer aux pays membres, quel que soit le système de santé qu'ils ont adopté, au moins en ce qui concerne les pays développés.

Selon cette définition la médecine générale comporte :

- onze caractéristiques
- six compétences fondamentales issues des onze caractéristiques
- trois champs d'activité pour appliquer ces compétences
- trois dimensions spécifiques fondamentales

1. Les onze caractéristiques de la médecine générale

- Elle est habituellement le **premier contact** avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, en prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins**, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses **dimensions individuelles, familiales et communautaires**
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la **prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires**.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une **communication appropriée** .
- Elle a la responsabilité d'assurer des **soins** continus et longitudinaux, **selon les besoins du patient**.
- Elle gère **simultanément** les **problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
- Elle intervient à un **stade précoce et indifférencié du développement des maladies**, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la **promotion et l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et

efficace.

- Elle a une responsabilité spécifique de **santé publique dans la communauté**.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs **dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle**.

2. Les six compétences fondamentales

Les onze caractéristiques de la médecine générale déterminent les compétences que doivent maîtriser les médecins de famille.

2.1. La gestion des soins de santé primaire

Il s'agit de la capacité à gérer le **premier contact** avec le patient. Il faut savoir prendre en compte l'étendue des problèmes de santé, orienter le patient vers les services adéquats du système de santé et assurer la **coordination des soins** avec les autres professionnels de santé, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

2.2. Les soins centrés sur la personne

L'approche doit être centrée sur la personne dans ses **dimensions individuelle, familiale et communautaire** en créant une bonne relation médecin-patient basée sur une **communication appropriée** et un travail en partenariat. Il faut assurer des soins continus et adaptés aux **besoins du patient**.

2.3. L'aptitude spécifique à la résolution des problèmes

La médecine de ville a recours à des processus décisionnels spécifiques à l'incidence et la **prévalence des maladies en soins primaires**. Il faut gérer des situations au **stade précoce**, adopter des principes de travail appropriés, comme par exemple une approche par étapes qui utilise le temps comme outils et qui tolère l'incertitude. La gestion des situations d'urgence est également indispensable.

2.4. L'approche globale

Les **problèmes aigus et chroniques** doivent être gérés **simultanément** pour un même patient.

Il faut promouvoir l'**éducation pour la santé**.

2.5. L'orientation communautaire

Il s'agit de réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en **soins médicaux de la communauté**.

2.6. L'adoption d'un modèle holistique

La prise en charge des patients doit se faire dans la **dimension physique, psychique, sociale et culturelle** des problèmes de santé.

3. Trois champs d'activité

Pour exercer sa spécialité; le médecin généraliste applique ses compétences dans trois champs d'activité.

3.1. La démarche clinique

Il faut équilibrer les preuves scientifiques et l'expérience clinique pour gérer un éventail de plaintes et de maladie dans le cadre d'une gestion à long terme.

3.2. La communication avec le patient

Il faut être à l'écoute du patient, savoir lui expliquer de façon claire et appropriée les différentes investigations et leurs résultats. Les émotions du patient doivent être prises en compte de façon adéquate.

3.3. La gestion du cabinet médical

Le cabinet médical doit être organisé et équipé. Les finances du cabinet doivent être gérées. Il faut assurer une accessibilité et une disponibilité pour les patients et coopérer avec d'autres professionnels en soins de santé primaire ou spécialistes.

4. Trois dimensions spécifiques

Trois dimensions spécifiques sont essentielles à une discipline scientifique centrée sur la personne : le contexte, le comportement et la science.

4.1. Contextuelle

Il faut utiliser le contexte du patient, son histoire, son environnement, son milieu social pour adapter la prise en charge de ses problèmes de santé. Il faut également tenir compte de l'impact possible de la maladie et de son traitement sur l'environnement du patient, sur les membres de sa famille et son activité professionnelle.

4.2. Comportementale

Il faut être vigilant à garder une bonne éthique professionnelle, bien connaître ses propres valeurs et ses capacités.

Il faut être conscient de l'interaction mutuelle entre le travail et la vie privée tout en s'efforçant à garder un bon équilibre entre les deux.

4.3. Scientifique

Il faut toujours garder une démarche scientifique et adapter sa démarche de soins en tenant compte des nouvelles recommandations et des nouveaux articles dans la littérature médicale. Il faut impérativement suivre une formation médicale continue et avoir une bonne connaissance des pathologies, de leurs traitements, de l'épidémiologie et des soins préventifs.

III. Spécificités d'exercice en médecine générale

Comme nous l'avons vu précédemment, la médecine générale est une spécialité qui a ses propres caractéristiques. Ces caractéristiques déterminent les conditions d'exercice d'un médecin généraliste.⁴

Ces conditions d'exercice sont liées :

- aux types de patients
- aux maladies
- au rôle du médecin dans le système de soins
- au plateau technique
- au temps

1. Les types de patients

Les patients qui viennent en consultation ne sont pas tous malades au sens propre du terme. Ils viennent pour une plainte, un problème qui nécessite une solution. Cependant, à la fin de la consultation il n'y a pas nécessairement de diagnostic et la réponse n'est pas toujours une réponse médicale.

Le médecin généraliste a également un rôle relationnel, un rôle de dépistage et de prévention.

		Ressenti du patient, il se considère	
		Malade	Bien portant
Le médecin sent son patient	Malade	Domaine médical stricto sensu	Dépistage précoce
	Non malade	Domaine relationnel	Prévention Domaine administratif

Tableau 1 : les différents types de patients rencontrés en médecine générale

2. Les maladies

En médecine générale, l'incidence des maladies est bien plus faible qu'en milieu spécialisé ou à l'hôpital. De même, il y a beaucoup plus de maladies découvertes au stade précoce avec une symptomatologie frustrée.

La notion de maladie peut être différente pour le médecin et pour le patient. En effet, la maladie peut être liée à une atteinte organique ou psychologique réelle mais elle peut être également un ressenti du patient sans qu'il n'y est véritablement de diagnostic précis.

Le rôle de médecin est donc de reconnaître les maladies et de distinguer les patients malades des patients bien portants.

3. Le rôle du médecin dans le système de soins

Le médecin généraliste a un rôle très différent du médecin spécialiste. En effet, ce dernier doit établir un diagnostic très précis de la maladie avec une réponse médicale pure.

Le médecin généraliste doit écouter la plainte du patient même si il n'y a pas de réelle maladie. Il doit l'accompagner dans sa démarche et lui proposer une solution en accord avec lui. Le médecin généraliste connaît bien ses patients et doit tenir compte de leur capacité à avoir une bonne observance du traitement qu'il leur propose.

4. Le plateau technique

Le médecin généraliste voit le patient en consultation dans son cabinet ou à domicile. Il connaît bien son patient car il s'agit de suivi au long cours et, de plus, il est parfois amené à le croiser dans la rue. Le médecin de ville a donc recours à une sémiologie du comportement du patient hors du cabinet et a une capacité de recueil d'informations plus grande que les spécialistes ou le milieu hospitalier.

Inversement, le médecin généraliste n'a pas recours aux investigations et examens complémentaires aussi facilement qu'en milieu hospitalier. Il doit donc être vigilant dans les prescriptions de ces derniers.

5. Influence du temps

Le médecin généraliste voit ses patients régulièrement. Il s'agit d'une prise en charge à long terme avec une répétition de consultations. Ainsi, la prise en charge du patient est différente. Il peut utiliser le temps pour traiter les problèmes par priorité. Il doit également intégrer le patient dans sa décision et ne doit pas aller plus vite que lui. Il est parfois nécessaire d'avoir des discussions répétées avec le patient avant de décider d'une prise en charge.

A l'inverse, les spécialistes ou les médecins travaillant à l'hôpital doivent rapidement faire le diagnostic et proposer la conduite à tenir car ils sont tenus par le temps de la consultation ou de l'hospitalisation.

6. L'environnement social

Le médecin généraliste utilise également une sémiologie sociale et particulièrement familiale. En effet, il est amené à voir plusieurs membres d'une même famille, les amis ou le voisin. Il peut avoir accès à des informations que le patient lui-même ne lui avait pas transmises.

Son rôle s'étend à l'aspect médico-social de la communauté. Il peut être l'interlocuteur du maire, de l'assistante sociale ou de la puéricultrice.

IV. Recueils des données en médecine générale

Les spécificités d'exercice en médecine générale conditionnent le recueil de données en soins primaires.

1. Objectifs du recueil de données en médecine de ville ^{2, 5, 6}

1.1. Perspectives épidémiologiques

Il existe actuellement peu de recueils continus de données de morbidité en médecine de ville opérationnels sur une large échelle en France. On note le réseau sentinelle de l'INSERM (système de surveillance nationale concernant les pathologies transmissibles fréquentes en médecine de ville), l'observatoire de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et les réseaux d'IMS Heath et Thalès (CEGEDIM).

Dans l'intérêt de la santé publique, de tels systèmes d'informations épidémiologiques, s'ils sont fiables, permettent l'évaluation des besoins sanitaires, la surveillance des maladies transmissibles et l'étude de l'histoire naturelle des maladies.

1.2. Perspectives médico-économiques

Le recueil sémiologique en médecine de ville, sous forme de codage exhaustif et permanent des pathologies couplé au codage des actes et prescription, pourrait fournir des bases de données utilisables pour la régulation économique du système de santé.

1.3. Perspectives cliniques

- Accès direct à des bases de connaissances
 - L'utilisation de nomenclatures et le recours au codage des pathologies ouvrent l'accès direct à des bases de données de connaissances informatisées. Par exemple, le codage des problèmes de santé du patient dans le dossier médical informatisé pourrait constituer un préalable au contrôle des prescriptions médicamenteuses (en terme d'indications, de contre-indications, voire de précautions d'emploi) en temps réel lors de l'élaboration de l'ordonnance.
- Outil d'aide à la démarche diagnostique
 - Le codage systématique des motifs de consultation (plaintes présentées par le patient) et des résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin) dans le cadre d'un réseau de médecins permet de constituer une base de données utilisable comme outil d'aide à la démarche diagnostique.

- But pronostic
 - On pourrait imaginer une modélisation prenant en compte les comorbidités ainsi que les facteurs démographiques dans un but pronostic.
- But pédagogique
 - La simple connaissance par chaque praticien de la fréquence de distribution des pathologies dans sa patientèle pourrait lui permettre d'orienter sa formation médicale continue selon des critères objectifs, afin de mettre ses compétences en adéquation avec les problèmes qu'il rencontre le plus fréquemment.
 - De plus, la bonne connaissance des répartitions des pathologies rencontrées en médecine générale permet d'orienter les cours pour les étudiants en médecine ayant choisi la spécialité de médecine générale.
- Évaluation des pratiques professionnelles
 - Le codage des pathologies qui décrit l'état clinique des patients, leur évolution, les procédures et les résultats de soins peut être utilisé pour l'évaluation des pratiques professionnelles.

2. Les différents systèmes de codage⁷

2.1. Codages non spécifiques à la médecine générale

- Classification internationale des maladies (CIM 10)

Il s'agit d'une classification internationale publiée par l'OMS pour l'enregistrement des causes de morbidité et mortalité. C'est la classification de référence dans le secteur secondaire hospitalier avec 30 000 termes répartis en 21 chapitres.

Cependant, la CIM 10 est mal adaptée à la médecine de soins primaires, il est en effet difficile de coder des plaintes ou des états de santé non pathologiques fréquemment rencontrés en médecine générale. Il s'agit donc d'une classification centrée sur la maladie et non sur le patient.

- DSM IV

Il s'agit d'un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'association américaine de psychiatrie (APA) utilisé internationalement.

C'est la classification de référence pour les troubles psychiatriques.

2.2. Codages spécifiques à la médecine générale⁸

➤ Classification de Braun⁹

Il s'agit du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG : société française de médecine générale qui trouve son origine dans les travaux du médecin généraliste autrichien R.N. Braun.

Il ne s'agit pas réellement d'une classification mais d'une nomenclature de 278 résultats de consultation les plus fréquemment rencontrés en médecine générale avec des critères d'inclusion et d'exclusion. Il est compatible avec la CIM 10.

Un résultat de consultation ne correspond pas au motif de contact du patient mais au résultat de l'analyse du praticien après avoir regroupé la totalité des symptômes et des signes qu'il observe.

Il existe 4 positions diagnostiques qui permettent de pondérer les conclusions du praticien :

- A. pour classification par symptôme cardinal
- B. pour classification par syndrome ou groupe de symptômes
- C. pour classification par dominance ou tableau de maladie
- D. pour diagnostic

Ce dictionnaire utilisé en France ne permet pas de coder les motifs de contacts et n'est pas international.

➤ Classification internationale des soins primaires (CISP)^{4, 10, 11,12}

Il s'agit d'une classification internationale adaptée à la médecine générale et prenant en compte à la fois les motifs de contact, les diagnostics de consultation et les procédures réalisées par le praticien.

Elle permet donc un système d'information complet centré sur l'ensemble patient/médecin contrairement aux autres classifications (CIM 10, classification de Braun) qui sont centrées exclusivement sur le dispensateur des soins.

C'est cette classification qui sera utilisée au cours de l'étude.

V. Système de codage en médecine générale : la classification internationale des soins primaires (CISP)

1. Rappel historique¹¹

- ✓ En 1972, la WONCA (organisation mondiale des médecins de famille) installait un comité de classification.
- ✓ En 1976, l'ICHPPC3 (classification internationale des problèmes de santé en soins primaires) a vu le jour. Puis en 1979 paraissait l'ICHPPC24 et en 1983, après un énorme travail de définition et d'ajout de critères d'inclusion et d'exclusion, paraissait l'ICHPPC-2-d.
- ✓ En 1984, une classification des motifs de rencontre dénommée RfEC6 (classification des motifs de rencontre) est créée.
- ✓ En 1986, le comité faisait paraître l'IC-Process-PC7 (classification internationale des procédures en soins primaires), outil encore très imparfait pour relever les procédures.

C'est en 1987 qu'une synthèse des trois outils cités ci-dessus est réalisée. L'ICHPPC-2-d, l'IC-Process-PC7 et la RfEC6 ayant chacune fait leurs preuves sur le terrain, ont été assemblées pour donner naissance à l'ICPC8 9 (classification internationale des soins primaires). En 1992 enfin, paraît la CISP-1 francophone, puis en 2000 sa nouvelle version la CISP-2 qui contient des définitions et critères d'inclusion.

La CISP-2 est donc un outil de collection et de traitement de l'information en médecine générale. Il s'agit d'une construction progressive par des médecins chercheurs de terrain, initiée dans les années 70 et progressivement affinée à la lumière des expériences de groupe de généralistes chercheurs dans de nombreux pays. La CISP-2 qui appartient aux classifications de l'organisation mondiale de la santé (OMS) est déjà disponible en plus de vingt langues et s'impose dans le monde entier comme outil de codage de première ligne en soins primaires.

2. Principes de bases de la CISP-2

La CISP-2 est une classification remarquablement bien adaptée à l'exercice quotidien de la médecine générale. En effet, les éléments sont distribués par classes selon une structure bi-axiale (chapitres et composants) avec une finalité logique et mnémotechnique :

- Les chapitres correspondent aux systèmes corporels touchés. Une originalité bien utile est l'existence d'un chapitre social ne contenant que les motifs de contact relatifs aux problèmes socio-économiques très présents en médecine de ville.
- Les composants rassemblent les motifs de contact des patients, les procédures décisionnelles issues des plaintes et des appréciations et les diagnostics établis par les médecins.

La simplicité de l'utilisation de la CISP est justement liée à son caractère classificatoire. L'axe des 17 chapitres est caractérisé par un code alphabétique à 1 caractère et celui des 7 composants identiques pour chaque chapitre, par un code numérique à 2 caractères. Les deux se combinent pour constituer un code global à 3 caractères. (annexes 1 et 2)

2.1. Les chapitres et leurs codes alphabétiques

Comme nous l'avons vu les chapitres correspondent aux systèmes corporels touchés, sur une base essentiellement physiopathologique. Par exemple, l'accident vasculaire cérébral a une traduction neurologique mais une physiopathologie vasculaire il est donc dans le chapitre cardiovasculaire.

- A** général et non spécifique
- B** sang, organes hématopoïétiques, lymphatique et immunologique
- D** système digestif
- F** œil
- H** oreille
- K** cardio-vasculaire
- L** ostéo-articulaire
- N** neurologique
- P** psychologique
- R** respiratoire
- P** peau
- T** système métabolique, nutritionnel et endocrinien
- W** grossesse, accouchement et planification familiale
- X** système génital féminin et sein
- Y** système génital masculin et sein
- Z** social

2.2. Les composants (identiques pour chaque chapitre)

Il y a 7 types de composants :

- 1** - 01 à 29 : symptômes et plaintes dont
 - 26 : peur du cancer,
 - 27 : peur d'une autre maladie,
 - 28 : handicap/invalidité,
 - 29 : autres plaintes,
- 2** - 30 à 49 : procédures diagnostiques et préventives, dont
 - 49 : autres procédures préventives,
- 3** - 50 à 59 : procédures thérapeutiques/médications, dont
 - 59 : autres procédures thérapeutiques,
- 4** - 60 et 61 : résultats de tests
- 5** - 62 : procédures administratives,

- 6 - 63 à 69 : procédures de référence et autres, dont
 - 68 : autres références
 - 69 : autres procédures

- 7 - 70 à 99 : diagnostics et maladies, dans l'ordre maladies infectieuses, tumeurs (bénignes et malignes), traumatismes, anomalies congénitales, autres maladies spécifiques,
 - 99 : autres maladies

C I S P	Chapitres	Général	Sang, organes hématopoïétiques	Digestif	Oeil	Oreille	Circulatoire	Ostéo-articulaire	Neurologique	Psychologique	Respiratoire	Cutané	Endocrinien, métabolique et nutritionnel	Urologique	Grossesse, accouchement, planification familiale	Génital féminin	Génital masculin	Social
		A	B	C	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	X	Y	Z
C O M P O S A N T S	Symptôme et plaintes -01 à -29																	
	Procédures diagnostiques et préventives : -30 à -49																	
	Procédures thérapeutiques et médicaments : -50 à -59																	
	Résultats de tests : -60 à -61																	
	Administratif : -62																	
	Référence et autres motifs de contact : -63 à -69																	
	Diagnostics et maladies -70 à -99																	

Tableau 2 : structure bi-axiale de la CISP, 17 chapitres et 7 composants

3. Un outil adapté à la médecine générale

3.1. Une approche multiple additive

La CISP-2 a pour objectif d'enregistrer et traiter l'ensemble patient-médecin.

C'est un outil qui est à la fois centré sur le patient dans sa démarche de soins (motifs de contacts, ressenti du patient) et qui tient compte également du diagnostic établi par le médecin ainsi que les procédures réalisées.

Le patient est pris en charge dans sa globalité : problèmes somatiques, psychologiques, sociaux.

Cette classification est donc adaptée à la médecine générale qui a une approche holistique, globale du patient et non un raisonnement scientifique strict.

3.2. Une approche longitudinale¹³

En médecine générale, le praticien voit régulièrement les patients. La prise en charge se fait de façon étalée sur le temps.

Le patient vient voir son médecin dès lors qu'il a la perception d'un dysfonctionnement, d'un mal être, d'un problème de santé ou d'une maladie au sens large dépassant ses capacités personnelle de résolution. Ce recours vers le médecin traitant marque l'entrée dans la filière de soins

Pour le médecin, la résolution du problème peut se faire à travers plusieurs rencontres avec le patient. Il s'agit d'un épisode de soins, c'est à dire la prise en charge d'un problème de santé, du premier contact jusqu'au dernier contact pour ce même problème.

L'activité du médecin généraliste correspond à une succession de rencontres avec parfois plusieurs problèmes de santé pour un même contact. Pour chaque rencontre, il est important d'identifier précisément les différents problèmes de santé.

Les épisodes se construisent à partir des différents problèmes abordés lors des rencontres.

Problème 1 : HTA

Problème 2 : ulcère duodénal

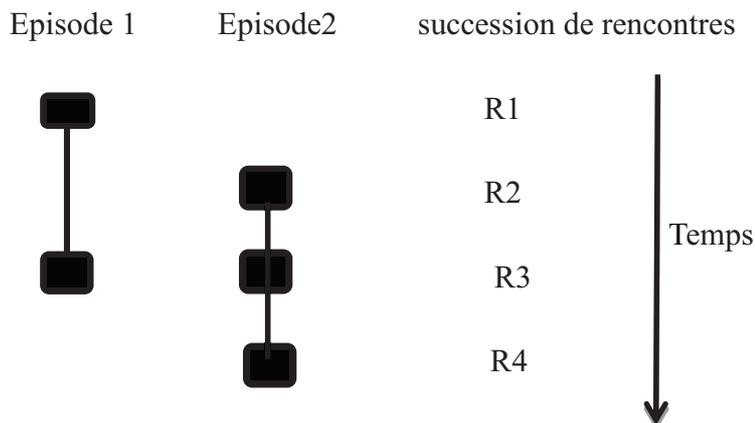


Schéma 1 : structuration des problèmes et des épisodes dans le temps au cours des différentes rencontres

En médecine de ville, chaque rencontre fait donc souvent appel à plusieurs problèmes. Il est alors nécessaire de pouvoir structurer cette rencontre afin de prendre en note tous les problèmes lors du codage.

Par le biais de la CISP, chaque rencontre peut être décrite selon le schéma SOAP ou SOPAP (Subjectif = motif d'appel, Observation, Procédure pré-appréciation, Appréciation, Procédure post-appréciation). Chaque moment de la consultation peut concerner un ou plusieurs problèmes de santé.

« j'ai mal à l'estomac » D06	Renouvellement HTA K63	S
Douleur de siège épigastrique calmée par le repas – douleur le réveil	Traitement bien pris, bien toléré TA : 15/9	O
Palpation abdominale D31	Prise de la tension K31	P
Douleur ulcéreuse D86	Hypertension artérielle 86	A
FOGD D40 Alginates à la demande D10 Conseils diététiques D45	Nouveau traitement antihypertenseur K50	P

Schéma 2 : structuration d'une rencontre selon le schéma SOPAP

PARTIE II : ETUDE MENEES PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN STAGE CHEZ LE PRATICIEN EN HAUTE-NORMANDIE

I. Introduction et objectifs de la thèse

1. Préambule

Les données de consultation de médecine générale en France sont mal connues. Il existe peu d'étude utilisant les systèmes de cotation et notamment la CISP-2 qui a été reconnue comme classification internationale de référence en médecine générale.

2. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de mieux cerner, tant en qualité qu'en quantité, les résultats de consultation en médecine générale sur un panel d'échantillons en Haute Normandie.

Il s'agit également de rechercher des affinités entre les résultats de consultation et les caractéristiques à la fois des patients et des médecins.

3. Objectif secondaire

Cette étude nous permet par ailleurs d'apprécier la faisabilité et l'intérêt de la CISP comme système de classification en médecine générale

II. Recueil de données

1. Population

Pour chaque médecin généraliste, maître de stage en Haute-Normandie, les diagnostics de consultation ont été recueillis sur tous les patients lors d'une journée complète de travail.

Il s'agit donc d'un panel de patients de Haute-Normandie vus au cours de la journée, que ce soit au cabinet, à domicile ou encore dans une structure extérieure (EHPAD, IME...).

2. Recueil de données

2.1. Masque de saisie

Par mesure de simplicité, le masque de saisie était une feuille A4 recto.

2.2. Le support

- Dans un premier temps, le support utilisé était un support papier sur lequel étaient recueillies les données pendant les consultations.
- Dans un second temps, les données ont été reportées sur support informatique par le biais d'un site internet accessible à tous les enquêteurs. Les données étaient ensuite automatiquement regroupées sur un fichier Excel.

2.3. Le modèle

Il y avait deux questionnaires :

- Le premier, concernant les caractéristiques des médecins, se présentait sous la forme de questions « fermées ». Toutes les données étaient entrées sous forme numérique pour faciliter l'analyse statistique. (annexe 3)
- Le deuxième était divisé en deux parties :
 - Un premier concernant les caractéristiques des patients avec des questions « fermées ». Les données étaient recueillies sous forme numérique.
 - Un deuxième concernant les résultats de consultation des patients qui se présentait sous forme de questionnaire ouvert où tous les résultats de consultation de la CISP pouvaient être utilisés en nombre illimité. (annexe 4)

3. Paramètres étudiés

3.1. Les médecins

Plusieurs données concernant les médecins ont été recueillies :

- L'identité (nom, prénom)
- L'âge
- Le sexe
- La durée d'installation
- Le lieu d'exercice rural ou urbain
- Le mode d'exercice seul ou en groupe
- Date du recueil de données

3.2. Les patients

Plusieurs données concernant les patients ont été recueillies :

- Le lieu d'examen (consultation, visite)
- Le numéro du patient (au cours d'une journée tous les patients étaient numérotés ce qui permet de voir le nombre de patients vus pour une journée)
- L'âge du patient
- Le sexe du patient

3.3. Les résultats de consultation

Les recueils de consultation ont été recueillis sous forme de code par l'intermédiaire de la CISP. Ils prenaient en compte les résultats de consultation soit sous forme de diagnostic soit sous forme de symptômes lorsqu'aucun diagnostic n'était retrouvé.

Par soucis de simplicité, les procédures n'ont pas été prises en compte.

Le nombre de résultats de consultation pour chaque patient était noté.

3.4. Commentaires libres

Pour chaque patient, il y avait une place pour un commentaire libre si des problèmes de codage avaient été rencontrés.

4. Modalités de recueils

4.1. Date

La période du recueil de données était comprise entre le 22 Mars 2010 et le 30 Avril 2010.

Pour chaque médecin, les données concernaient tous les patients d'une journée au cours de cette période.

4.2. Lieu

Le recueil avait lieu dans le cabinet des maitres de stage pour les patients vus au cabinet et chez les patients s'ils ont été vus en visite.

4.3. Durée

Pour chaque médecin, les données concernaient tous les patients d'une journée au cours de cette période.

4.4. Personnes effectuant le recueil

Le recueil a été fait par les internes de médecine générale en stage chez le praticien pendant l'hiver 2009/2010.

5. Méthode statistique

Toutes les données ont été regroupées sur Excel.

Les analyses descriptives et univariées ont été réalisées à l'aide du logiciel épi-info.

Les analyses multivariées ont été réalisées par le Pr Cshernichow ; professeur en santé publique avec un logiciel d'analyse de correspondances multiples : le logiciel BMDP User's digest.

Les tests de khi deux et de khi deux tendances sont utilisés pour la comparaison des fréquences et le test de student pour la comparaison des moyennes.

III. Les résultats

1. Analyses statistiques descriptives

1.1. Fiche signalétique des médecins et des patients

Médecins (N=87)

Sexe

Hommes 74%

Femmes 26%

Moyenne d'âge 50.6 ans (écart-type : 8.8)

Tranches d'âge

Moins de 40 ans 13%

De 40 à 49 ans 26%

50 ans et plus 61%

Lieu d'exercice

Milieu urbain 47%

Milieu rural 53%

Mode d'exercice

Seul 25%

En groupe 75%

Moyenne du nombre d'années d'installation 19.7 ans (écart-type : 9.87)

Ancienneté

Moins de 10 ans 15%

De 10 à 19 ans 33%

20 ans et plus 52%

Patients (N=2010)

Sexe

Homme 41.8%

Femme 58.2%

Moyenne d'âge 43.0 ans (écart-type : 8.8)

Tranches d'âge

Moins de 16 ans 20.2%

De 16 à 39 ans 25.6%

De 40 à 65 ans 29.3%

65 ans et plus 24.8%

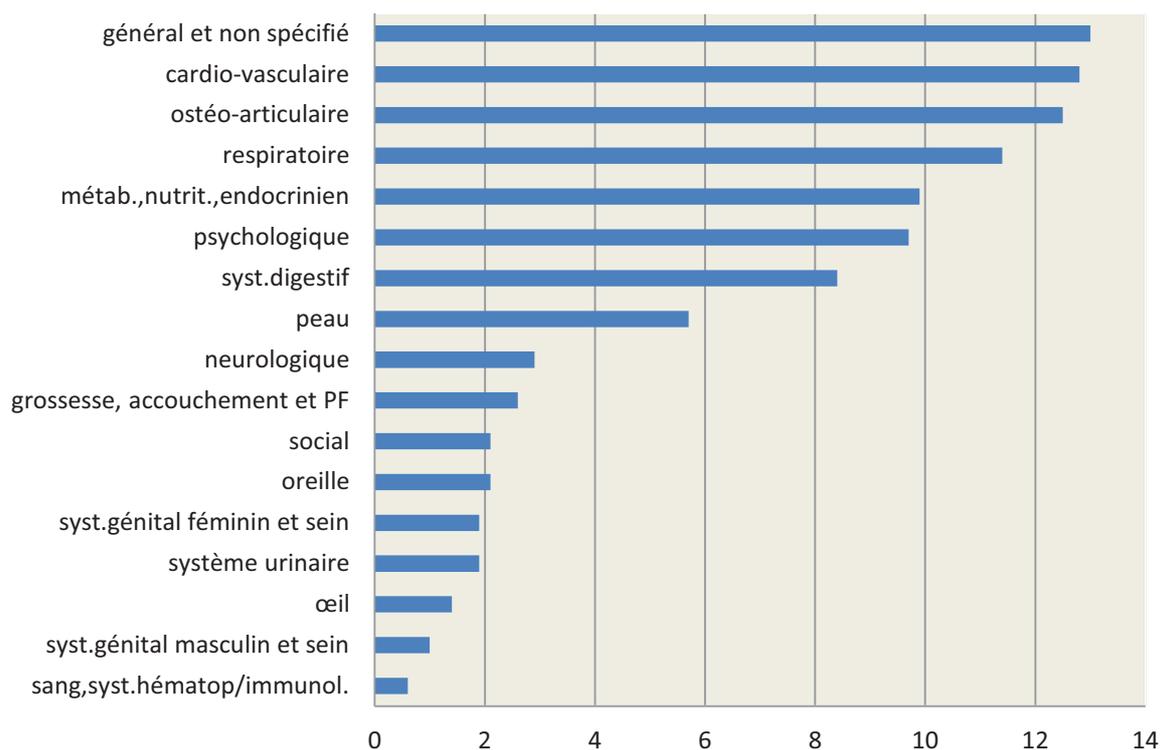
Lieu de consultation

Cabinet 93.2%

Domicile 6.8%

Moyenne de diagnostics par consultation 2.5 (écart-type : 1.71)

1.2. Répartition des différentes classes de résultats de consultation



Graphique 1 : Répartition des 17 classes de résultats de consultation en pourcentage

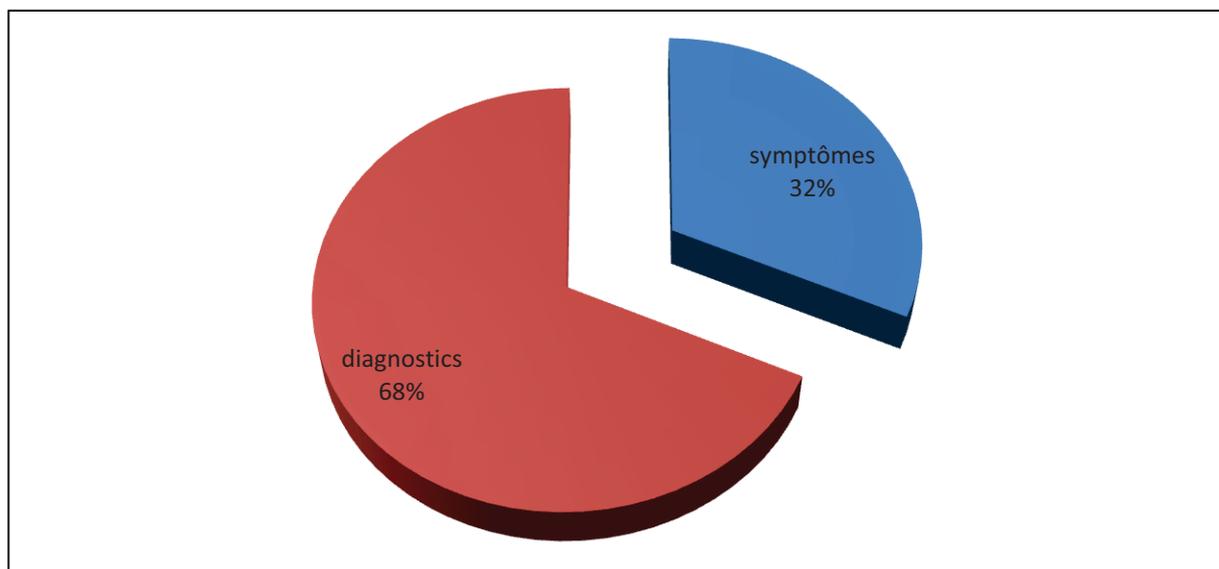
1.3. Top 10 des résultats de consultation

Résultats de consultation	%
Gestion santé/médecine préventive	6.34%
Hypertension non compliquée	5.46%
Trouble du métabolisme des lipides	3.25%
Infections aiguës des voies respiratoires sup.	2.94%
Dépression	2.33%
Diabète non insulino-dépendant	1.73%
Perturbation du sommeil	1.66%
Hypertension avec complication	1.27%
Usage abusif du tabac	1.27%
Bronchite aiguë, bronchiolite	1.21%

Tableau 3 : 10 résultats de consultation les plus rencontrés en pourcentage

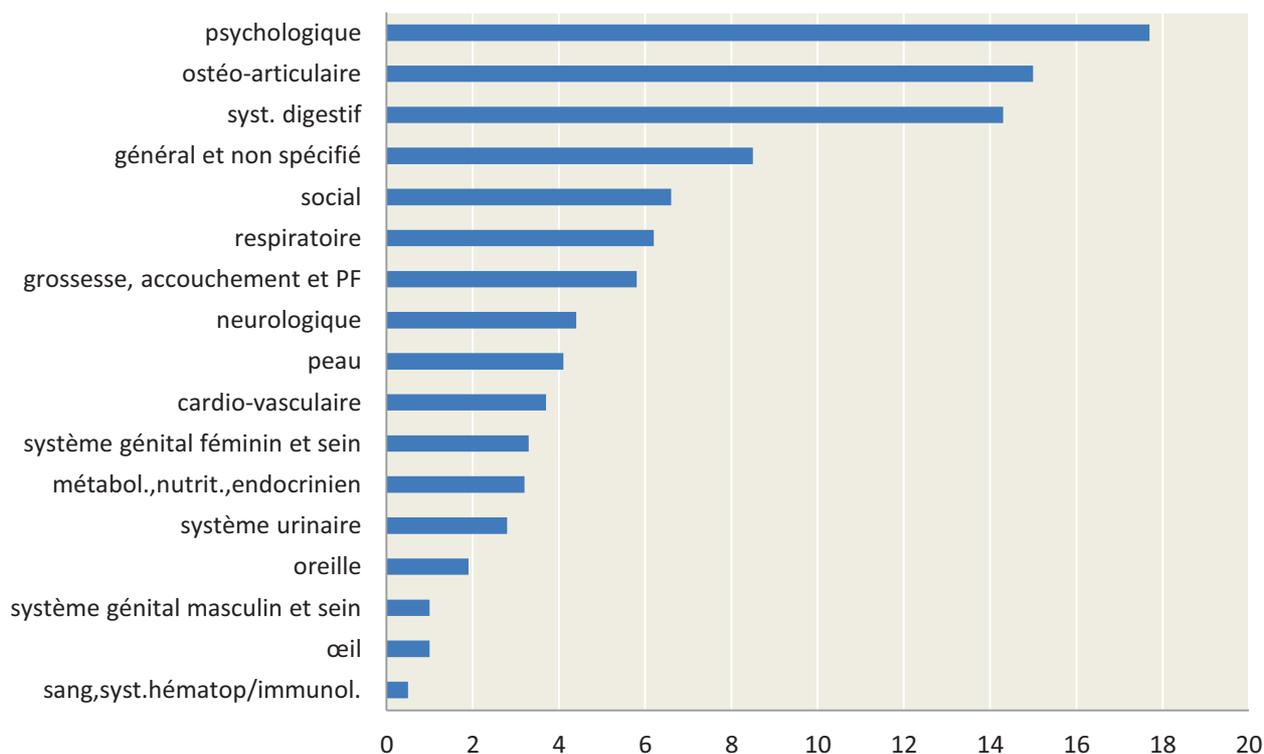
1.4. Répartition des résultats de consultations entre les symptômes et les diagnostics de consultation

Les résultats de consultations recueillis pouvaient être des diagnostics de consultation mais également des symptômes lorsqu'aucun diagnostic n'était établi à la fin de la consultation.



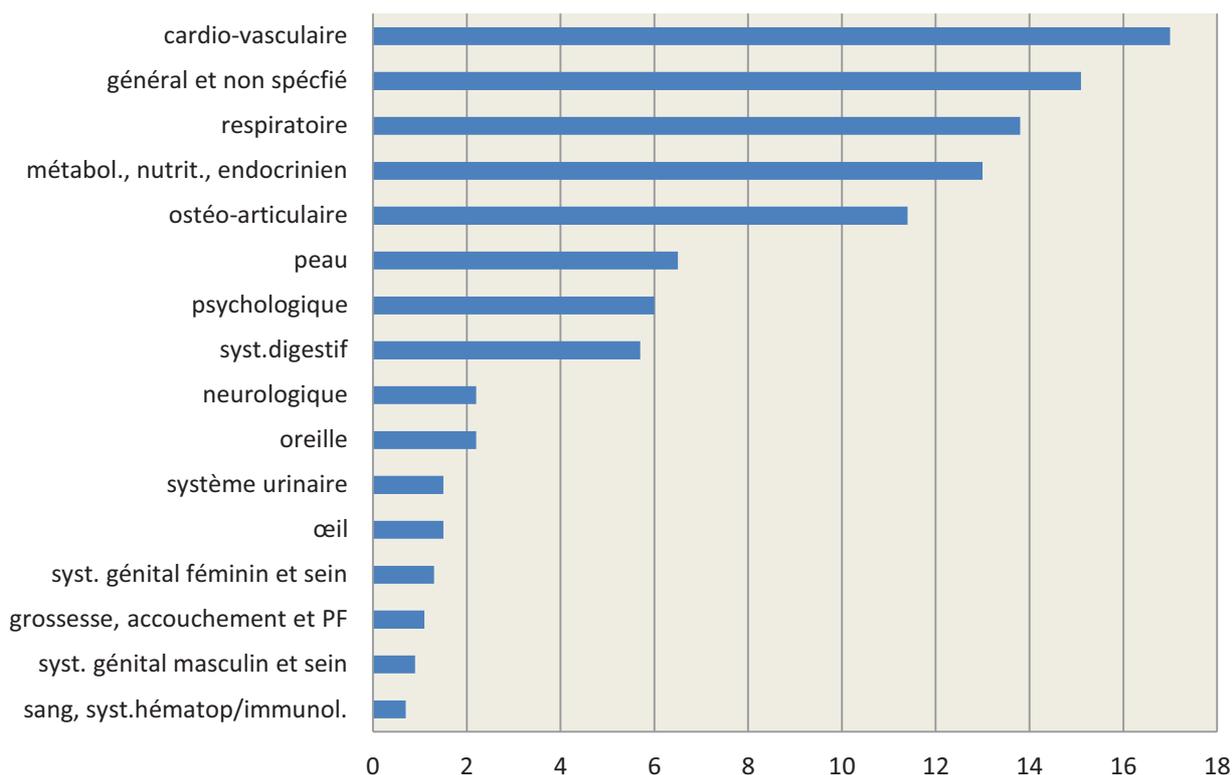
Graphique 2 : répartition des symptômes et diagnostics de consultation en pourcentage

1.5. Principales classes de symptômes retrouvées



Graphique 3 : Répartition des principales classes de symptômes en pourcentage

1.6. Principales classes de diagnostics de consultation retrouvées



Graphique 4: répartition des principales classes de diagnostics de consultation en pourcentage

1.7. Top 10 des diagnostics et symptômes de consultation

Diagnostiques	%	Symptômes	%
Gestion de santé/médecine préventive	9.3	Perturbation du sommeil	5.2
Hypertension non compliquée	8.0	Usage abusif du tabac	4.0
Trouble métabolique des lipides	4.8	Sensation anxiété/nervosité/tension	3.3
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	4.3	Constipation	3.3
dépression	3.4	Contraception orale	3.1
Diabète non insulino-dépendant	2.6	Toux	2.5
Hypertension avec complication	1.9	Fatigue/faiblesse générale	2.4
Bronchite aiguë/bronchiolite	1.8	S/P des lombes	2.3
Autre arthrose	1.7	S/P du genou	1.8
GEA présumée infectieuse	1.6	Douleur abdominale épigastrique	1.8

Tableau 4 : top 10 des diagnostics et symptômes

2. Analyses statistiques uni variées

2.1. Caractéristiques des patients en fonction des caractéristiques des médecins

	<u>Tranches d'âge médecins</u>			
	Moins de 40 ans	de 40 à 49 ans	50 ans et plus	
<u>Tranches d'âges patients</u>				
Moins de 65 ans	82.9%	76.6%	73.1%	P=0.0009
65 ans et plus	17.1%	23.4%	26.9%	
<u>Sexe des patients</u>				
Masculin	37.4%	42.3%	42.5%	p=0.21
Féminin	62.6%	57.7%	57.5%	
<u>Lieu d'examen du patient</u>				
Visite	3.7%	4.5%	8.4%	p=0.0006
Consultation	96.3%	95.5%	91.6%	
<u>Moyenne du nombre de dq</u>				
	2.4	2.4	2.6	p=0.35
<u>Ecart-type</u>				
	1.5	1.5	1.8	
	<u>Sexe des médecins</u>			
	Hommes	femmes		
<u>Tranches d'âges patients</u>				
Moins de 16 ans	19.8%	21.8%	P=0.008	
De 16 à 39 ans	24.1%	30.7%		
De 40 à 64 ans	30.4%	25.8%		
65 ans et plus	25.8%	21.6%		
<u>Sexe des patients</u>				
Masculin	45.1%	31.4%	p< 0.001	
Féminin	54.9%	68.6%		
<u>Lieu d'examen du patient</u>				
Visite	5.1%	7.3%	P=0.11	
Consultation	94.9%	92.7%		
<u>Moyenne du nombre de dq</u>				
	2.5	2.5	p=0.93	
<u>Ecart-type</u>				
	1.7	1.7		
	<u>Lieu d'exercice</u>			
	Rural	urbain		
<u>Tranches d'âges patients</u>				
Moins de 16 ans	22.8%	17.6%	p=0.004	
De 16 à 39 ans	22.9%	28.6%		
De 40 à 64 ans	29.8%	28.8%		
65 ans et plus	24.6%	25.1%		
<u>Sexe des patients</u>				
Masculin	41.7%	42.0%	p=0.90	
Féminin	58.3%	58.0%		
<u>Lieu d'examen du patient</u>				
Visite	94.1%	92.2%	p=0.10	
Consultation	5.9%	7.8%		
<u>Moyenne du nombre de dq</u>				
	2.4	2.7	p=0.0003	
<u>Ecart-type</u>				
	1.6	1.8		

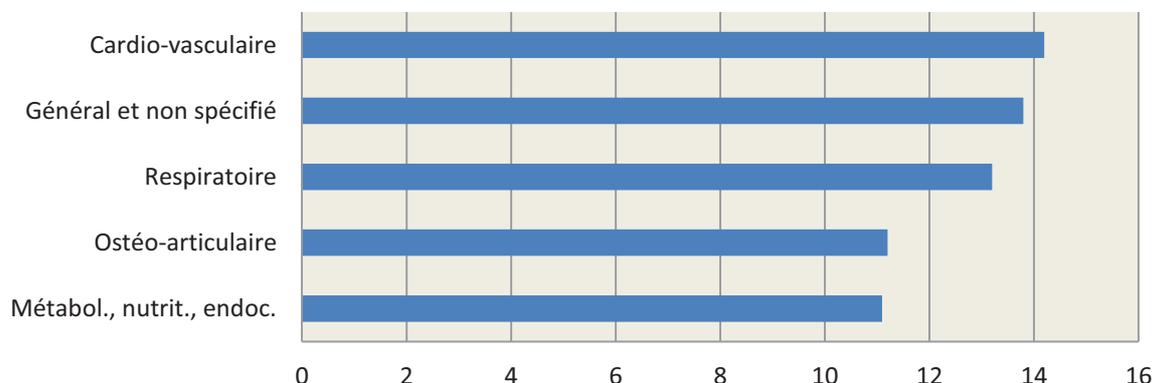
	<u>Mode d'exercice</u>		
	Seul	En groupe	
<u>Tranches d'âges patients</u>			
Moins de 16 ans	19.0%	20.7%	
De 16 à 39 ans	24.0%	26.2%	
De 40 à 64 ans	29.4%	29.3%	
65 ans et plus	27.6%	23.8%	p=0.32
<u>Sexe des patients</u>			
Masculin	43.8%	41.2%	
Féminin	56.2%	58.8%	p=0.33
<u>Lieu d'examen du patient</u>			
Visite	8.8%	6.1%	
Consultation	91.2%	93.9%	p=0.04
<u>Moyenne du nombre de</u>			
<u>dg</u>	2.8	2.5	p=0.0015
Ecart-type	1.8	1.7	

Tableau 5 : caractéristiques des patients selon les caractéristiques des médecins

- En ce qui concerne l'âge des médecins, on constate une augmentation significative de l'âge des patients et des patients vus en visite avec l'âge des médecins.
- En ce qui concerne le sexe des médecins, il y a une différence significative de la répartition d'âge des patients avec une augmentation des patients âgés chez les médecins hommes. Il y a également une différence significative dans la répartition du sexe des patients. On note un pourcentage plus important de patientes chez les médecins femmes.
- En ce qui concerne le lieu d'exercice rural ou urbain des médecins, on note une différence significative dans la répartition des tranches d'âge des patients. On constate un pourcentage plus faible d'enfant de moins de 16 ans en milieu rural et à l'inverse un pourcentage plus important de patients entre 16 et 39 ans inclus en milieu urbain que rural.
- En ce qui concerne le mode d'exercice des patients seul ou en groupe, on constate une différence faiblement significative pour le lieu d'examen du patient. Le pourcentage de patients vus en visite est plus important chez les médecins exerçant seuls.

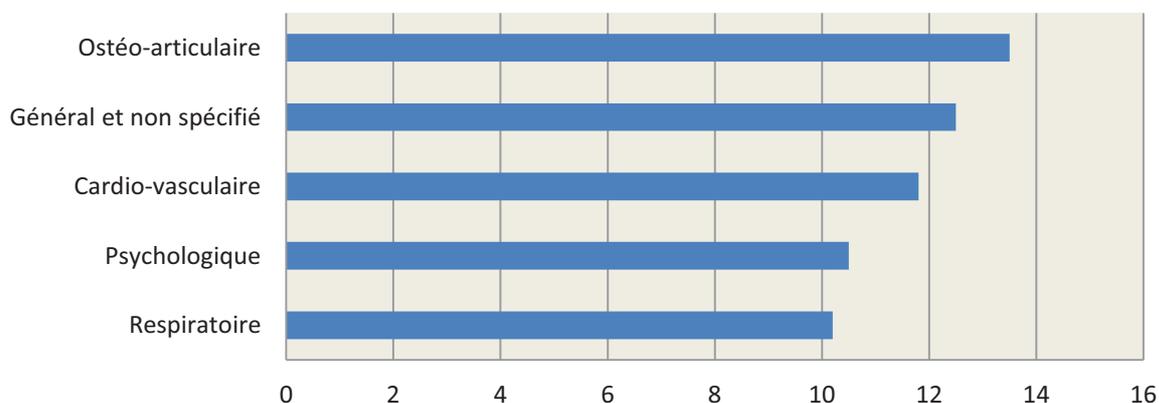
2.2. Types de résultats de consultation en fonction des caractéristiques des patients

A. En fonction du sexe des patients



Graphique 5 : 5 principales classes de résultats de consultation rencontrées chez les hommes en pourcentage

En ce qui concerne les hommes, les problèmes d'ordre cardiovasculaires sont les plus importants avec comme principal diagnostic « hypertension non compliquée » (5.21%). Puis on retrouve par ordre décroissant les problèmes d'ordre général avec comme diagnostic le plus rencontré « gestion de santé et médecine préventive » (6.84%), les problèmes respiratoires avec comme diagnostic le plus rencontré « infections respiratoires des voies supérieures » (3.16%), les problèmes ostéo-articulaires dont les diagnostics les plus rencontrés sont « syndrome dorsolombaire et irradiation » (1.24%) et « autre arthrose » (1.24%) et les problèmes d'ordre métabolique dont les problèmes les plus rencontrés sont « trouble du métabolisme des lipides » (4.16%) et « diabète non insulino-dépendant » (2.10%).



Graphique 6 : 5 principales classes de résultats de consultation rencontrées chez les femmes en pourcentage

En ce qui concerne les femmes, les résultats les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes ostéo-articulaires dont le principal diagnostic est « autre arthrose » (1.90%), les problèmes généraux dont le principal est « gestion de santé, médecine préventive » (6.00%), les problèmes cardio-vasculaires dont le principal diagnostic est « hypertension non compliquée » (5.64%), les problèmes psychologiques dont le principal diagnostic est « dépression » (2.72%) et les problèmes respiratoires dont le principal diagnostic est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.79%).

Classes de résultats de consultation	% femmes	% hommes	p
A-Général et non spécifié	12.5	13.8	0.200
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.6	0.7	0.996
D-Syst. Digestif	8.7	8.1	0.473
F-Œil	1.3	1.5	0.580
H-Oreille	2.0	2.3	0.464
K-Cardio-vasculaire	11.8	14.2	0.015
L-Ostéo-articulaire	13.5	11.2	0.018
N-Neurologique	3.6	2.0	<0.001
P-Psychologique	10.5	8.7	0.043
R-Respiratoire	10.2	13.2	0.001
S-Peau	5.2	6.4	0.091
T-Métabol., nutrit., endocrinien	91.	11.1	0.019
U-Système urinaire	1.7	2.3	0.151
W-Grossesse, accouchement et PF	4.3	0.0	
X-Syst. Génital féminin et sein	3.3	0.0	
Y-Syst. Génital masculin et sein	0.0	2.3	
Z-Social	1.9	2.4	0.259

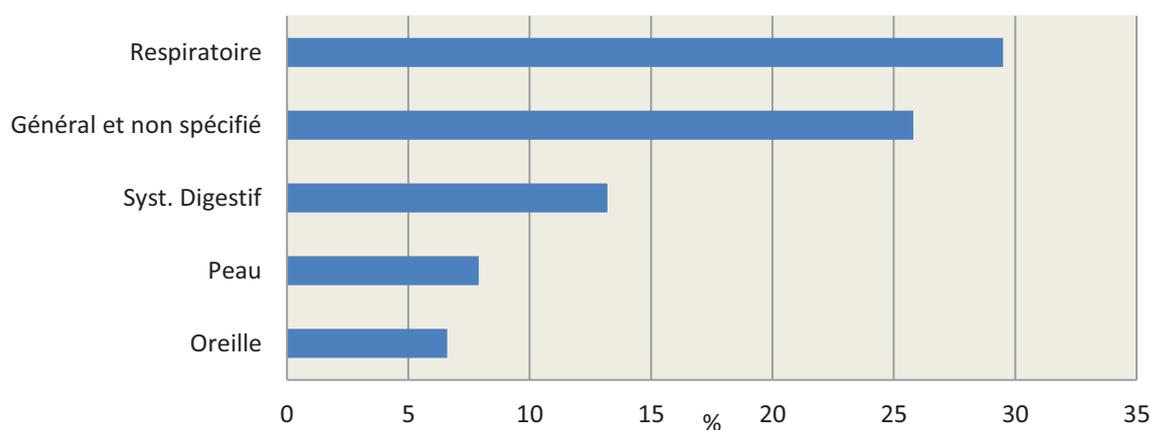
Tableau 6 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction du sexe

On constate des différences significatives selon le sexe des patients pour les problèmes d'ordre cardio-vasculaire, ostéo-articulaire, neurologique, psychologique, respiratoire et métabolique.

Pour les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires et métaboliques, on constate un pourcentage plus important chez les hommes.

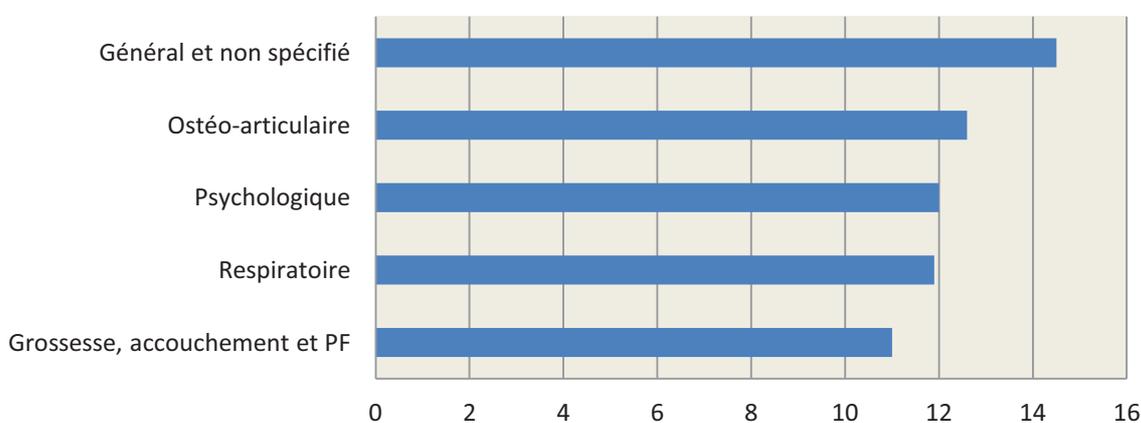
Pour les pathologies ostéo-articulaires, neurologiques et psychologiques, on constate un pourcentage plus élevé chez les femmes.

B. En fonction de l'âge des patients



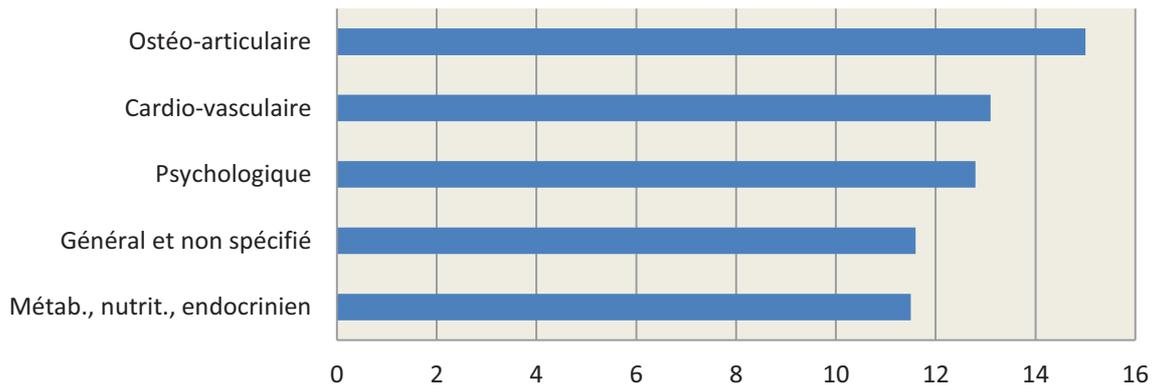
Graphique 7 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients de moins de 16 ans

En ce qui concerne les enfants (moins de 16 ans), les diagnostics les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes respiratoires dont le principal diagnostic est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (9.93%), les problèmes généraux dont le principal diagnostic est « gestion de santé, médecine préventive » (14.53%), les problèmes digestifs dont le principal diagnostic est « gastro-entérite aiguë présumée infectieuse » (3.31%), les problèmes dermatologiques dont les principaux diagnostics sont « dermatite atopique » (0.86%) et « gale » (0.86%) et les problèmes ORL dont le principal diagnostic est « otite moyenne aiguë » (4.03%).



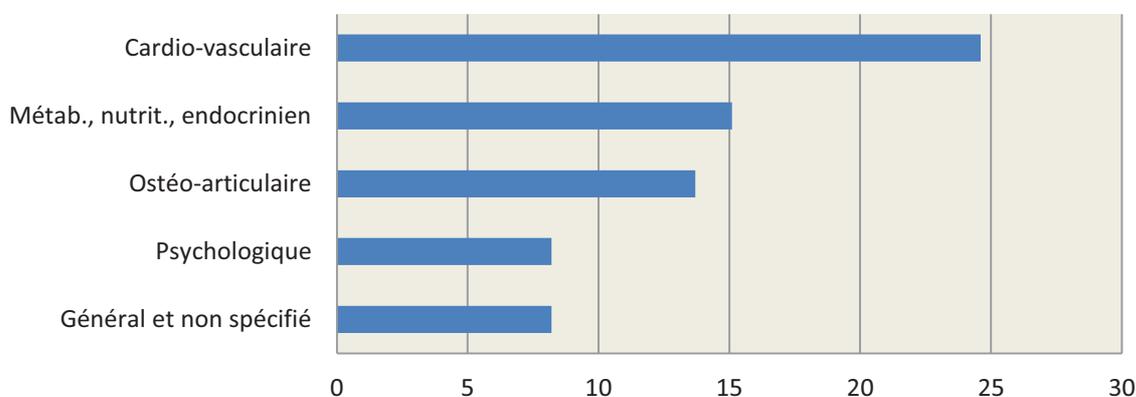
Graphique 8 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients de 16 à 39 ans

En ce qui concerne les patients de 16 à 39 ans inclus, les résultats les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (8.22%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « syndrome dorsolombaire et irradiation » (1.12%), les problèmes psychologiques dont les résultats principaux sont « usage abusif du tabac » (2.89%) et « dépression » (2.15%), les problèmes respiratoires dont le principal diagnostic est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (3.55%) et les problèmes liés à la grossesse, l'accouchement et la fertilité dont les problèmes principaux sont « contraception orale » (3.92%) et « autres plaintes du post-partum » (2.33%).



Graphique 9 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients de 40 à 64 ans

En ce qui concerne les patients de 40 à 64 ans inclus, les résultats de consultation les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « syndrome dorsolombaire et irradiation » (1.15%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (6.00%), les problèmes psychologiques dont les résultats principaux sont « dépression » (3.70%) et « perturbation du sommeil » (1.94%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (5.52%) et les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (3.64%).



Graphique 10 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients de 65 ans et plus

En ce qui concerne les patients de 65 ans et plus, les résultats de consultation les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (10.24%), les problèmes métaboliques dont les diagnostics principaux sont « trouble du métabolisme des lipides » (6.04%) et « diabète non insulino-dépendant » (3.55%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (2.49%), les problèmes psychologiques dont les résultats principaux sont « perturbation du sommeil » (2.31%) et « dépression » (2.07%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (2.60%).

Classes de diagnostics de consultation	% < 16 ans	% 16-39ans	% 40-64ans	% 65ans et plus	p
A-Général et non spécifié	25.8	14.5	11.6	8.2	<0.001
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.1	0.8	0.5	0.9	0.128
D-Syst. Digestif	13.2	8.7	6.8	7.9	<0.001
F-Œil	2.9	1.3	1.1	1.0	0.002
H-Oreille	6.6	2.0	1.6	0.8	0.002
K-Cardio-vasculaire	0.4	1.8	13.1	24.6	<0.001
L-Ostéo-articulaire	3.9	12.6	15.0	13.7	0.005
N-Neurologique	0.6	3.2	3.5	3.2	0.03
P-Psychologique	2.6	12.0	12.8	8.2	<0.001
R-Respiratoire	29.5	11.9	9.0	6.0	<0.001
S-Peau	7.9	8.3	4.5	4.2	<0.001
T-Métabol., nutrit., endocrinien	3.0	3.6	11.5	15.1	0.008
U-Système urinaire	0.7	1.5	2.4	2.2	0.31
W-Grossesse, accouchement et PF	0.3	11.0	0.6	0.1	
X-Syst. Génital féminin et sein	0.9	3.3	2.1	1.3	0.31
Y-Syst. Génital masculin et sein	1.0	0.6	0.9	1.2	0.21
Z-Social	0.6	3.0	2.8	1.4	0.99

Tableau 7 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction de l'âge

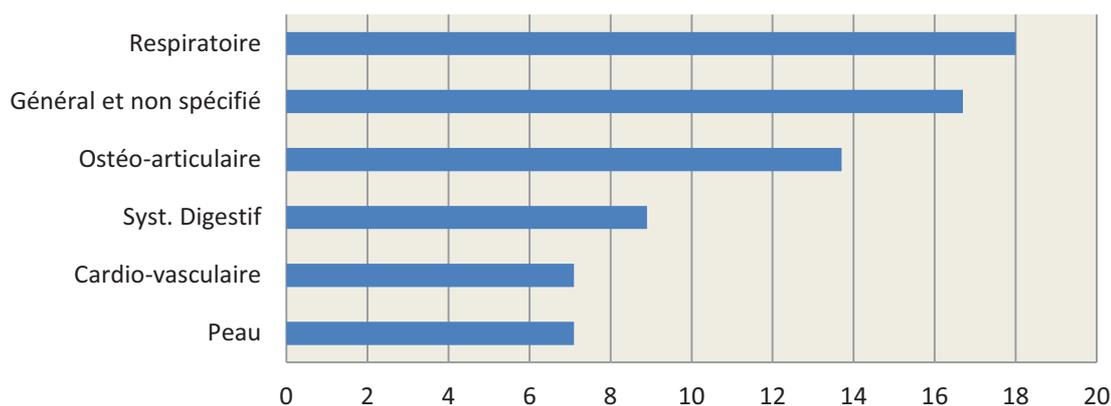
On constate de nombreuses différences significatives dans la répartition des principales classes de résultats de consultation en fonction de l'âge.

Pour les problèmes généraux, digestifs, ophtalmologiques, ORL, respiratoires, dermatologiques, on note une diminution significative avec l'âge.

Pour les problèmes cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, métaboliques et urinaires, on note une augmentation significative avec l'âge.

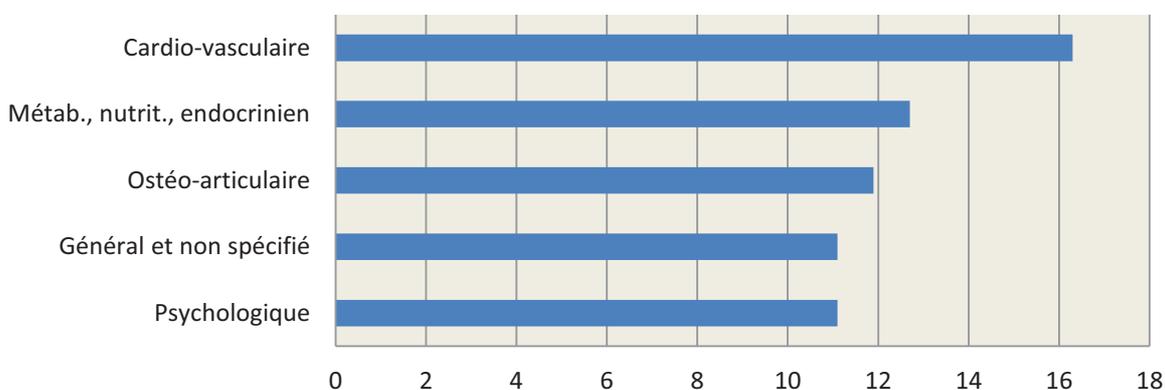
Pour les problèmes psychologiques et neurologiques, on note un pourcentage très faible chez les enfants puis relativement stable pour les autres tranches d'âge.

C. En fonction du nombre de résultats de consultation par patients



Graphique 11 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients ayant moins de 3 résultats de consultation

En ce qui concerne les patients ayant moins de 3 résultats de consultation, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes respiratoires dont le principal diagnostic est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (6.28%), les problèmes généraux dont le principal diagnostic est « gestion de santé, médecine préventive » (9.31%), les problèmes ostéo-articulaires dont le principal diagnostic est « syndrome dorso-lombaire et irradiation » (1.35%), les problèmes digestifs dont le principal diagnostic est « gastro-entérite présumée infectieuse » (2.24%), les problèmes cardio-vasculaires dont le principal diagnostic est « hypertension non compliquée » (2.86%), les problèmes cutanés dont les principaux diagnostics sont « dermatite atopique/eczéma » (0.62%) et « coupure/lacération ».



Graphique 12 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients ayant plus de 3 résultats de consultation

En ce qui concerne les patients ayant au moins 3 résultats de consultation, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes cardio-vasculaires dont le principal diagnostic est « hypertension non compliquée » (6.86%), les problèmes métaboliques dont les principaux diagnostics sont « trouble du métabolisme des lipides » (4.24%) et « diabète non insulino-dépendant » (2.41%), les problèmes ostéo-articulaires dont le principal diagnostic est « autre arthrose » (1.51%), les problèmes généraux dont le principal diagnostic est « gestion de santé, médecine préventive » (4.75%), les problèmes psychologiques dont le principal diagnostic est « dépression » (2.53%).

Classes de diagnostics de consultation	% RC<3	% RC > ou = 3	p
A-Général et non spécifié	16.7	11.1	<0.001
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.8	0.6	0.469
D-Syst. Digestif	8.9	8.2	0.398
F-Œil	1.8	1.1	0.060
H-Oreille	2.9	1.7	0.004
K-Cardio-vasculaire	6.3	16.3	<0.001
L-Ostéo-articulaire	13.7	11.9	0.062
N-Neurologique	2.0	3.4	0.004
P-Psychologique	7.1	1.1	<0.001
R-Respiratoire	18.0	7.9	<0.001
S-Peau	7.1	4.9	0.001
T-Métabol., nutrit., endocrinien	4.7	12.7	<0.001
U-Système urinaire	1.5	2.2	0.086
W-Grossesse, accouchement et PF	4.0	1.8	<0.001
X-Syst. Génital féminin et sein	1.4	2.2	0.062
Y-Syst. Génital masculin et sein	1.2	0.8	0.307
Z-Social	1.9	2.2	0.557

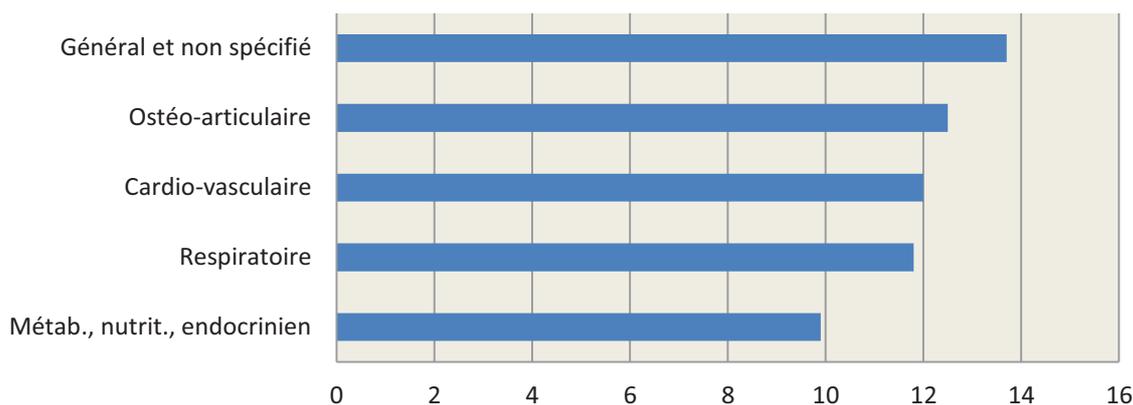
Tableau 8 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction du nombre de résultats de consultation

On constate de nombreuses différences significatives dans la répartition des problèmes de santé entre les patients ayant moins de 3 résultats de consultation et les patients ayant 3 résultats de consultation et plus. Les différences significatives sont retrouvées pour les problèmes généraux, les problèmes ORL, cardio-vasculaires, neurologiques, psychologiques, respiratoires, cutanés, métaboliques et problèmes liés à la grossesse, accouchement et fertilité.

Pour les problèmes généraux, ORL, psychologiques, respiratoires, cutanés et liés à la grossesse, accouchement et fertilité, on note un pourcentage plus élevé chez les patients ayant moins de 3 résultats de consultation.

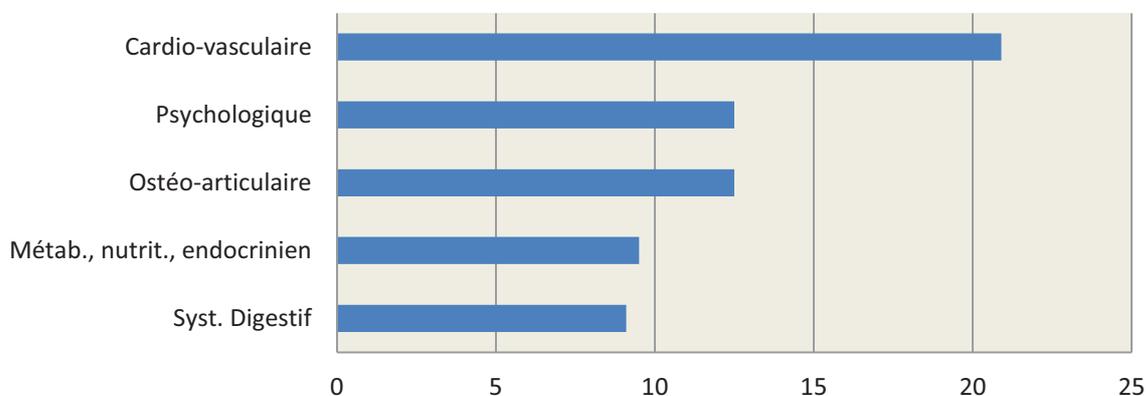
Pour les problèmes cardio-vasculaires, métaboliques et neurologiques, on note un pourcentage plus élevé chez les patients ayant 3 résultats de consultation ou plus.

D. En fonction du lieu d'examen du patient



Graphique 13 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients vus au cabinet médical

En ce qui concerne les patients vus au cabinet médical, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes généraux dont le principal diagnostic est « gestion de santé, médecine préventive » (6.84%), les problèmes ostéo-articulaires dont les principaux diagnostics sont « autre arthrose » (1.05%) et « syndrome dorso-lombaire et irradiation » (0.88%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.25%), les problèmes respiratoire dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (3.02%) et les problèmes métaboliques dont les diagnostics principaux sont « trouble du métabolisme des lipides » (3.30%) et « diabète non insulino-dépendant » (1.71%).



Graphique 14 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les patients vus en visite

En ce qui concerne les patients vus en visites, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes cardio-vasculaires dont les diagnostics principaux sont « hypertension non compliquée » (7.73%), fibrillation auriculaire/flutter » (2.50%) et « hypertension avec complication » (2.50%), les problèmes psychologiques dont le diagnostic principal est «dépression» (3.18%), les problèmes ostéo-articulaires dont les diagnostics principaux sont « autre arthrose » (2.27%), « gonarthrose » (1.36%) et « ostéoporose » (1.36%), les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (2.73%), « hypothyroïdie » (2.27%) et « diabète non insulino-dépendant » (2.27%) les problèmes digestifs dont le résultat principal est « constipation » (3.41%).

Classes de diagnostics de consultation	% cabinet	% visite	p
A-Général et non spécifié	13.7	5.5	<0.001
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.6	0.7	0.831
D-Syst. Digestif	8.4	9.1	0.672
F-Œil	1.3	1.6	0.811
H-Oreille	2.2	1.4	0.433
K-Cardio-vasculaire	12.0	20.9	<0.001
L-Ostéo-articulaire	12.5	12.5	0.958
N-Neurologique	2.6	5.9	<0.001
P-Psychologique	9.5	12.5	0.050
R-Respiratoire	11.8	7.3	0.008
S-Peau	5.6	6.8	0.331
T-Métabol., nutrit., endocrinien	9.9	9.5	0.865
U-Système urinaire	1.9	2.5	0.476
W-Grossesse, accouchement et PF	2.8	0.0	<0.001
X-Syst. Génital féminin et sein	2.0	0.9	0.152
Y-Syst. Génital masculin et sein	1.0	0.5	0.378
Z-Social	2.1	2.5	0.656

Tableau 9 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction du lieu d'examen

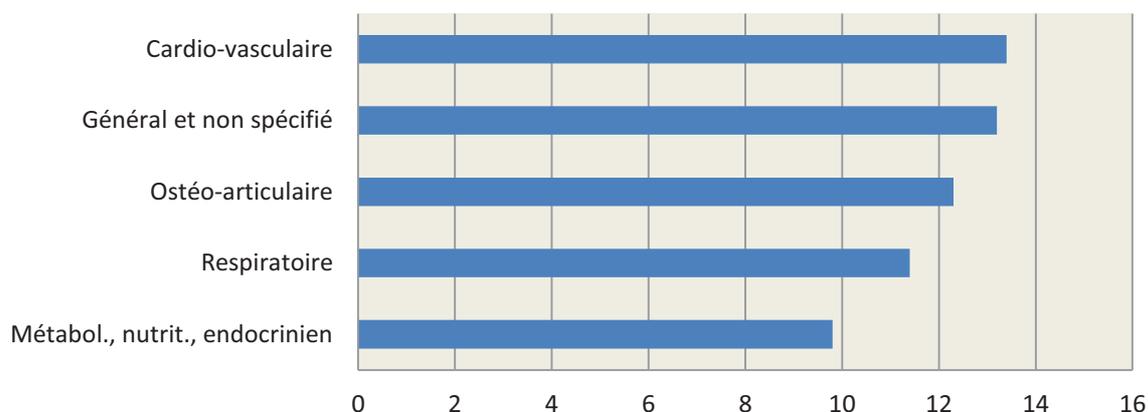
On constate des différences significatives dans la répartition des problèmes en fonction du lieu d'examen du patient pour les problèmes généraux, cardio-vasculaires, neurologiques, psychologiques, respiratoires et les problèmes liés à la grossesse, accouchement et fertilité.

Pour les problèmes généraux, respiratoires et liés à la grossesse, accouchement ou fertilité, on note un pourcentage plus élevé chez les patients examinés dans le cabinet médical.

Pour les problèmes cardio-vasculaires, neurologiques et psychologiques, on note un pourcentage plus élevé chez les patients examinés en visite.

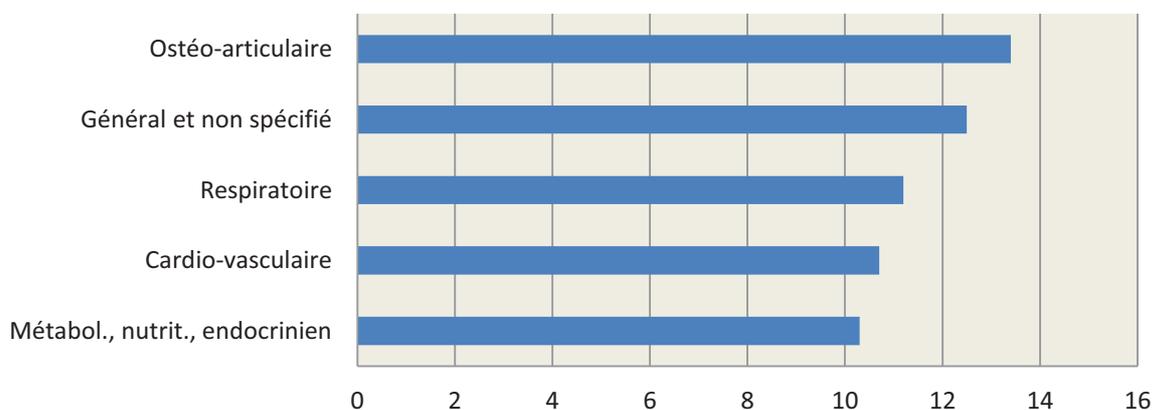
2.3. Types de résultats des consultations en fonction des caractéristiques des médecins

A. En fonction du sexe des médecins



Graphique 15 : 5 principales classes de diagnostics de consultation en pourcentage pour les médecins hommes

En ce qui concerne les médecins de sexe masculin, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.64%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (6.43%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.15%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.95%), les problèmes métaboliques dont les diagnostics principaux sont « trouble du métabolisme des lipides » (3.23%) et « diabète non insulino-dépendant » (1.97%).



Graphique 16 : 5 principales classes de diagnostics de consultation en pourcentage pour les médecins femmes

En ce qui concerne les médecins de sexe féminin, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.16%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (6.07%), les problèmes respiratoires dont les diagnostics principaux sont « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.91%) et « bronchite aiguë, bronchiolite » (1.58%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (4.91%), les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (3.33%).

Classes de diagnostics de consultation	% Médecins femmes	% Médecins hommes	p
A-Général et non spécifié	12.5	13.2	0.553
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.4	0.7	0.350
D-Syst. Digestif	8.7	8.4	0.809
F-Œil	1.6	1.3	0.519
H-Oreille	2.2	2.1	0.943
K-Cardio-vasculaire	10.7	13.4	0.016
L-Ostéo-articulaire	13.4	12.3	0.327
N-Neurologique	2.7	3.0	0.614
P-Psychologique	10.1	9.6	0.616
R-Respiratoire	11.2	11.4	0.876
S-Peau	5.8	5.6	0.861
T-Métabol., nutrit., endocrinien	10.3	9.8	0.610
U-Système urinaire	1.7	2.0	0.666
W-Grossesse, accouchement et PF	3.6	2.3	0.015
X-Syst. Génital féminin et sein	2.7	1.7	0.023
Y-Syst. Génital masculin et sein	0.5	1.1	0.088
Z-Social	1.8	2.2	0.536

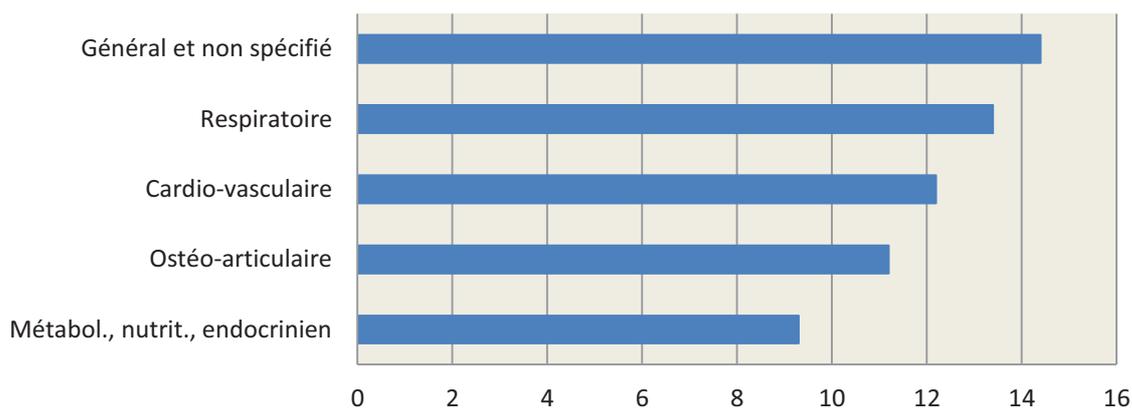
Tableau 10 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction du sexe du médecin

On constate des différences significatives dans la répartition des résultats de consultation en fonction du sexe du médecin pour les problèmes cardio-vasculaires, les problèmes du système génital féminin et les problèmes liés à la grossesse, l'accouchement et la fertilité.

Pour les problèmes cardio-vasculaires, on note un pourcentage plus élevé chez les médecins de sexe masculin.

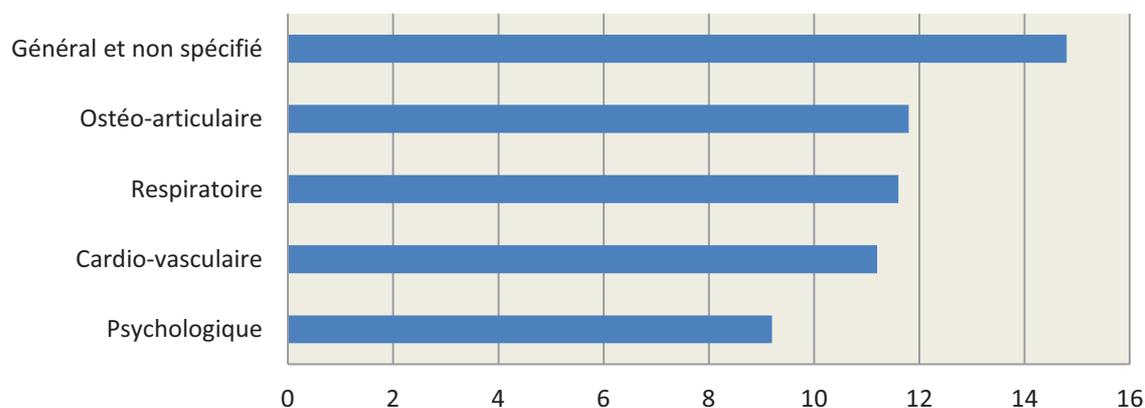
Pour les problèmes concernant le système génital féminin, la grossesse, l'accouchement et la fertilité on note un pourcentage plus élevé chez les médecins de sexe féminin.

B. En fonction de l'âge des médecins



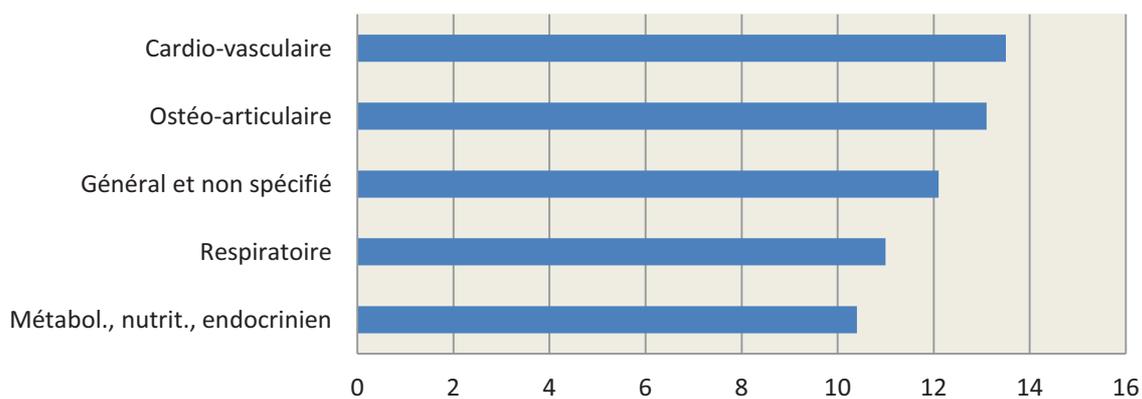
Graphique 17 : 5 principales classes de résultats de consultation pour les médecins de moins de 40 ans

En ce qui concerne les médecins de moins de 40 ans, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (6.78%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures (2.88%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée (5.59%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « syndrome dorso-lombaire et irradiation » (1.53%), les problèmes métaboliques dont les diagnostics principaux sont « trouble du métabolisme des lipides » (2.03%) et « diabète non insulino-dépendant » (1.69%).



Graphique 18 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les médecins de 40 à 49 ans inclus

En ce qui concerne les médecins de 40 à 49 ans inclus, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (7.75%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.08%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (3.42%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (4.67%), les problèmes psychologiques dont le diagnostic principal est « dépression » (2.58%).



Graphique 19 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les médecins de 50 ans et plus

En ce qui concerne les médecins de 50 ans et plus, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.73%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.27%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (5.76%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.77%), les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (3.56%).

Classes de diagnostics de consultation	% Médecins <40 ans	% Médecins 40-49 ans	% Médecins 50 ans et plus	p
A-Général et non spécifié	14.4	14.8	12.1	0.022
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.7	0.8	0.6	0.683
D-Syst. Digestif	8.3	8.7	8.4	0.936
F-Œil	1.2	1.6	1.3	0.244
H-Oreille	2.0	2.2	2.1	0.986
K-Cardio-vasculaire	12.2	11.2	13.5	0.105
L-Ostéo-articulaire	11.2	11.8	13.1	0.122
N-Neurologique	3.4	2.3	3.0	0.862
P-Psychologique	8.1	9.2	10.2	0.080
R-Respiratoire	13.4	11.6	11.0	0.102
S-Peau	6.6	6.7	5.2	0.046
T-Métabol., nutrit., endocrinien	9.3	8.8	10.4	0.190
U-Système urinaire	1.4	2.1	2.0	0.451
W-Grossesse, accouchement et PF	2.5	3.0	2.4	0.258
X-Syst. Génital féminin et sein	2.0	1.8	2.0	0.920
Y-Syst. Génital masculin et sein	0.7	1.0	1.0	0.556
Z-Social	2.5	2.7	1.8	0.087

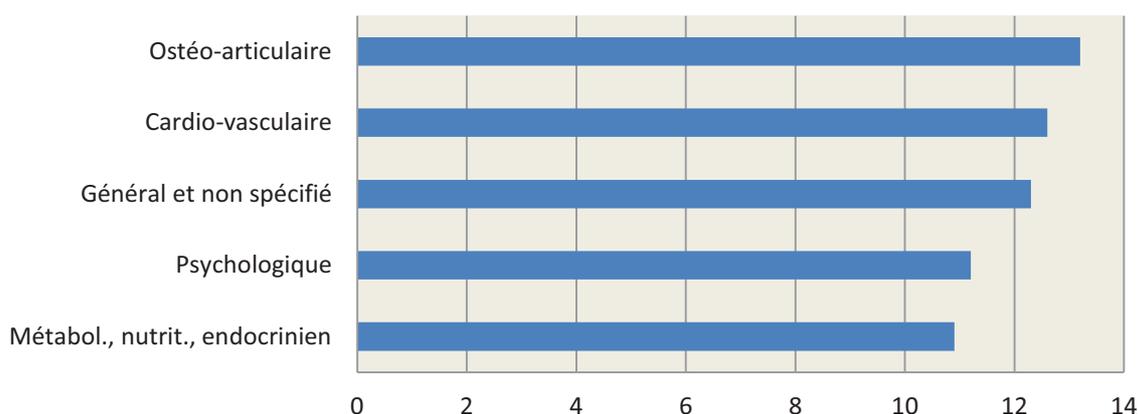
Tableau 11 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction de l'âge du médecin

On constate des différences significatives pour la répartition des résultats de consultation en fonction de l'âge des médecins pour les problèmes généraux et cutanés.

On note une diminution significative des problèmes généraux pour les médecins de 50 ans et plus et une diminution faiblement significative (p proche de 0.05) des problèmes cutanés avec l'âge du médecin.

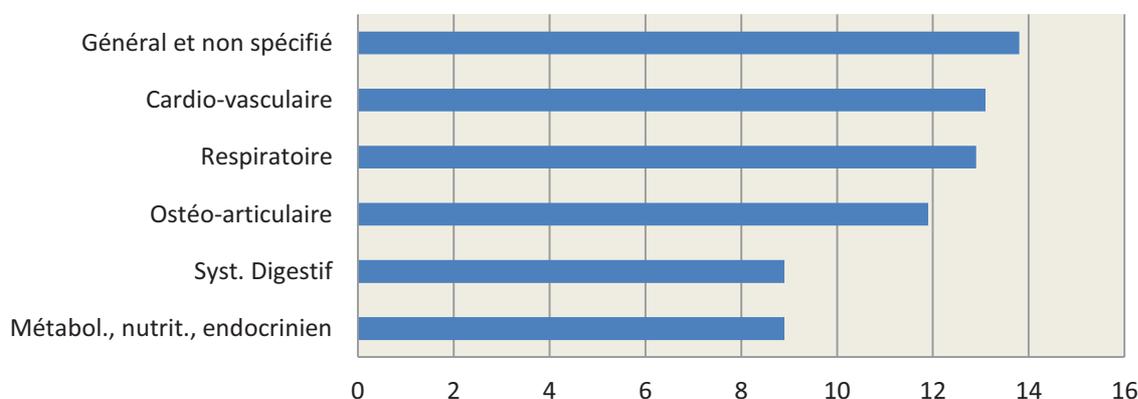
On retrouve les mêmes résultats si on compare le nombre d'années d'installation des médecins

C. En fonction du lieu d'exercice



Graphique 20 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les médecins exerçant en milieu urbain

En ce qui concerne les médecins exerçant en milieu urbain, les problèmes les plus rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.38%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.52%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (5.67%), les problèmes psychologiques dont le diagnostic principal est « dépression » (2.72%), les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (3.64%).



Graphique 21 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les médecins exerçant en milieu rural

En ce qui concerne les médecins exerçant en milieu rural, les principaux problèmes sont par, ordre décroissant, les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (7.05%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.41%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (3.41%), les problèmes ostéo-articulaires dont les diagnostics principaux sont « syndrome dorso-lombaire et irradiation » (1.00%) et « autre arthrose » (0.92%), les problèmes digestifs dont le diagnostic principal est « gastro-entérite aiguë présumée infectieuse » (1.20%) et les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (2.84%).

Classes de diagnostics de consultation	% Milieu urbain	% Milieu rural	p
A-Général et non spécifié	12.3	13.8	0.125
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.7	0.6	0.898
D-Syst. Digestif	8.0	8.9	0.323
F-Œil	1.4	1.3	0.956
H-Oreille	2.0	2.2	0.668
K-Cardio-vasculaire	12.6	13.1	0.627
L-Ostéo-articulaire	13.2	11.9	0.167
N-Neurologique	3.3	2.5	0.120
P-Psychologique	11.2	8.2	<0.001
R-Respiratoire	10.0	12.9	0.001
S-Peau	5.5	5.9	0.567
T-Métabol., nutrit., endocrinien	10.9	8.9	0.017
U-Système urinaire	1.8	2.1	0.405
W-Grossesse, accouchement et PF	2.5	2.6	0.796
X-Syst. Génital féminin et sein	1.9	1.9	0.934
Y-Syst. Génital masculin et sein	0.8	1.1	0.308
Z-Social	2.1	2.1	0.970

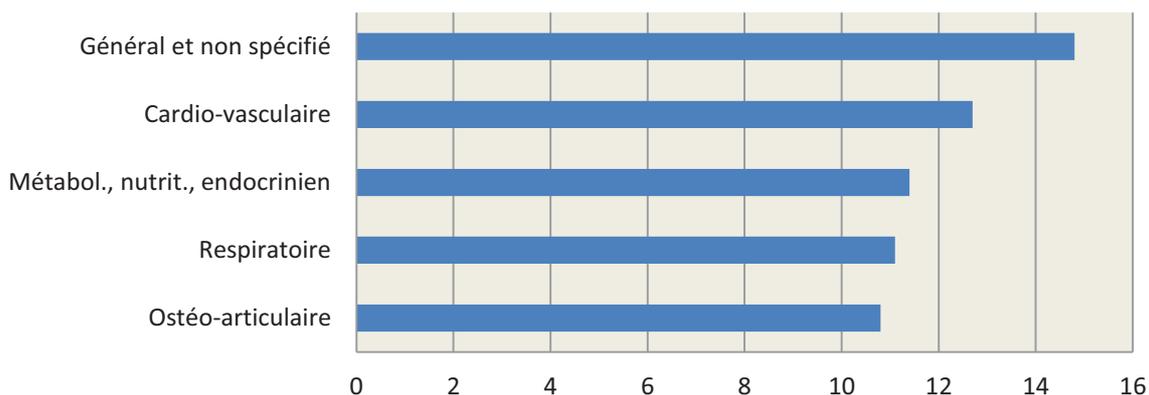
Tableau 12 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction du lieu d'exercice des médecins

On constate des différences significatives dans la répartition des résultats de consultation en fonction du lieu d'exercice des médecins pour les problèmes psychologiques, respiratoires et métaboliques.

On note un pourcentage plus élevé de problèmes respiratoires en milieu rural.

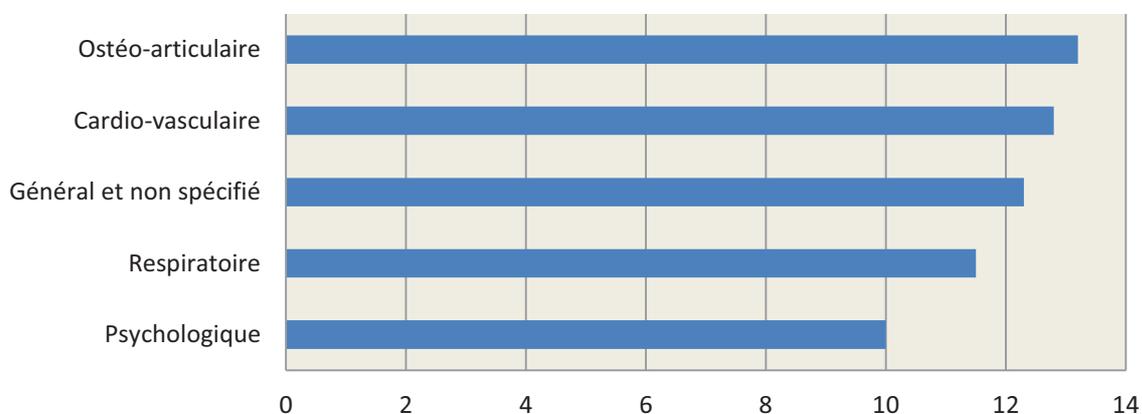
Pour les problèmes métaboliques et psychologiques, les pourcentages sont plus élevés en milieu urbain.

D. En fonction du mode d'exercice



Graphique 22 : 5 principales classes de résultats de consultation en pourcentage pour les médecins exerçant seuls

En ce qui concerne les médecins exerçant seuls, les problèmes les plus rencontrés, par ordre décroissant, sont les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (7.17%) ; les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.50%), les problèmes métaboliques dont le diagnostic principal est « trouble du métabolisme des lipides » (4.04%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.23%), les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.39%).



Graphique 23 : 5 principales classes de diagnostics de consultation en pourcentage pour les médecins exerçant en groupe

En ce qui concerne les médecins exerçant en groupe, les problèmes rencontrés sont, par ordre décroissant, les problèmes ostéo-articulaires dont le diagnostic principal est « autre arthrose » (1.06%), les problèmes cardio-vasculaires dont le diagnostic principal est « hypertension non compliquée » (5.45%), les problèmes généraux dont le diagnostic principal est « gestion de santé, médecine préventive » (6.02%), les problèmes respiratoires dont le diagnostic principal est « infections aiguës des voies respiratoires supérieures » (2.97%), les problèmes psychologiques dont le diagnostic principal est « dépression » (2.37%) .

Classes de diagnostics de consultation	% Médecins seuls	% Médecins en groupe	p
A-Général et non spécifié	14.8	12.3	0.018
B-Sang, syst.hématop/immunol.	0.8	0.6	0.636
D-Syst. Digestif	9.4	8.1	0.137
F-Œil	1.0	1.5	0.186
H-Oreille	2.2	2.0	0.760
K-Cardio-vasculaire	12.7	12.8	0.968
L-Ostéo-articulaire	10.8	13.2	0.021
N-Neurologique	3.2	2.8	0.506
P-Psychologique	9.0	10.0	0.281
R-Respiratoire	11.1	11.5	0.682
S-Peau	4.6	6.1	0.043
T-Métabol., nutrit., endocrinien	11.4	9.3	0.033
U-Système urinaire	2.4	1.7	0.133
W-Grossesse, accouchement et PF	1.9	2.8	0.100
X-Syst. Génital féminin et sein	1.7	2.0	0.640
Y-Syst. Génital masculin et sein	1.3	0.8	0.235
Z-Social	1.7	2.3	0.224

Tableau 13 : Répartition des 17 chapitres de résultats de consultation en pourcentage en fonction de la situation d'exercice du médecin

On constate des différences significatives dans la répartition des résultats de consultation en fonction du mode d'exercice des médecins sur les problèmes généraux, ostéo-articulaires et métaboliques.

On note un pourcentage plus élevé de problèmes généraux et métaboliques chez les médecins exerçant seuls.

On note un pourcentage plus élevé de problèmes ostéo-articulaires chez les médecins exerçant en groupe.

3. Analyse multivariée

L'analyse de correspondance multiple permet d'analyser toutes les variables et d'essayer de trouver des corrélations entre plusieurs variables et également des oppositions entre les variables.

Pour l'analyse, nous avons donc établi 29 variables :

- M30 (médecins entre 30 et 44 ans inclus)
 - O (oui)
 - N (non)
- M45 (médecins entre 45 et 54 ans inclus)
 - O (oui)
 - N (non)
- M55 (médecins de 55 ans et plus)
 - O (oui)
 - N (non)
- SM (sexe des médecins)
 - O (sexe féminin)
 - N (sexe masculin)
- GRP (groupe)
 - O (oui : médecins travaillant en groupe)
 - N (non : médecins travaillant seuls)
- RUR (rural)
 - O (oui : médecins exerçant en milieu rural)
 - N (non : médecins exerçant en milieu urbain)
- C (cabinet médical)
 - O (oui : patients vus au cabinet médical)
 - N (non : patients vus en visite)
- PENF (patients enfants jusqu'à 16 ans inclus)
 - O (oui)
 - N (non)
- PJEUN (patients jeunes entre 17 et 44 ans inclus)
 - O (oui)
 - N (non)
- PAD (patients de 45 ans à 74 ans inclus)
 - O (oui)
 - N (non)
- P75 (patients de 75 ans et plus)
 - O (oui)
 - N (non)
- SP (sexe patients)
 - O (sexe féminin)
 - N (sexe masculin)
- CA (consultations liées à des problèmes généraux)
 - O (oui)
 - N (non)
- CB (consultations liées à des problèmes du sang, système hématopoïétique ou immunologique)
 - O (oui)
 - N (non)
- CD (consultations liées à des problèmes digestifs)
 - O (oui)
 - N (non)
- CF (consultations liées à des problèmes ophtalmologiques)
 - O (oui)
 - N (non)

- CH (consultations liées à des problèmes de l'oreille)
 - O (oui)
 - N (non)
- CK (consultations liées à des problèmes cardio-vasculaires)
 - O (oui)
 - N (non)
- CL (consultations liées à des problèmes ostéo-articulaires)
 - O (oui)
 - N (non)
- CN (consultations liées à des problèmes neurologiques)
 - O (oui)
 - N (non)
- CP (consultations liées à des problèmes psychologiques)
 - O (oui)
 - N (non)
- CR (consultations liées à des problèmes respiratoires)
 - O (oui)
 - N (non)
- CS (consultations liées à des problèmes de la peau)
 - O (oui)
 - N (non)
- CT (consultations liées à des problèmes métaboliques, nutritionnels ou endocrinien)
 - O (oui)
 - N (non)
- CU (consultations liées à des problèmes urinaires)
 - O (oui)
 - N (non)
- CW (consultations liées à des problèmes de grossesse, accouchement et problèmes de fertilité)
 - O (oui)
 - N (non)
- CX (consultations liées à des problèmes du système génital féminin et sein)
 - O (oui)
 - N (non)
- CY (consultations liées à des problèmes du système génital masculin et sein)
 - O (oui)
 - N (non)
- CZ (consultations liées à des problèmes sociaux)
 - O (oui)
 - N (non)

Toutes ces variables vont être étudiées selon différents axes.

Pour que l'analyse soit compétente, il faudrait qu'elle soit faite selon 27 axes différents mais les premiers axes sont les plus informatifs.

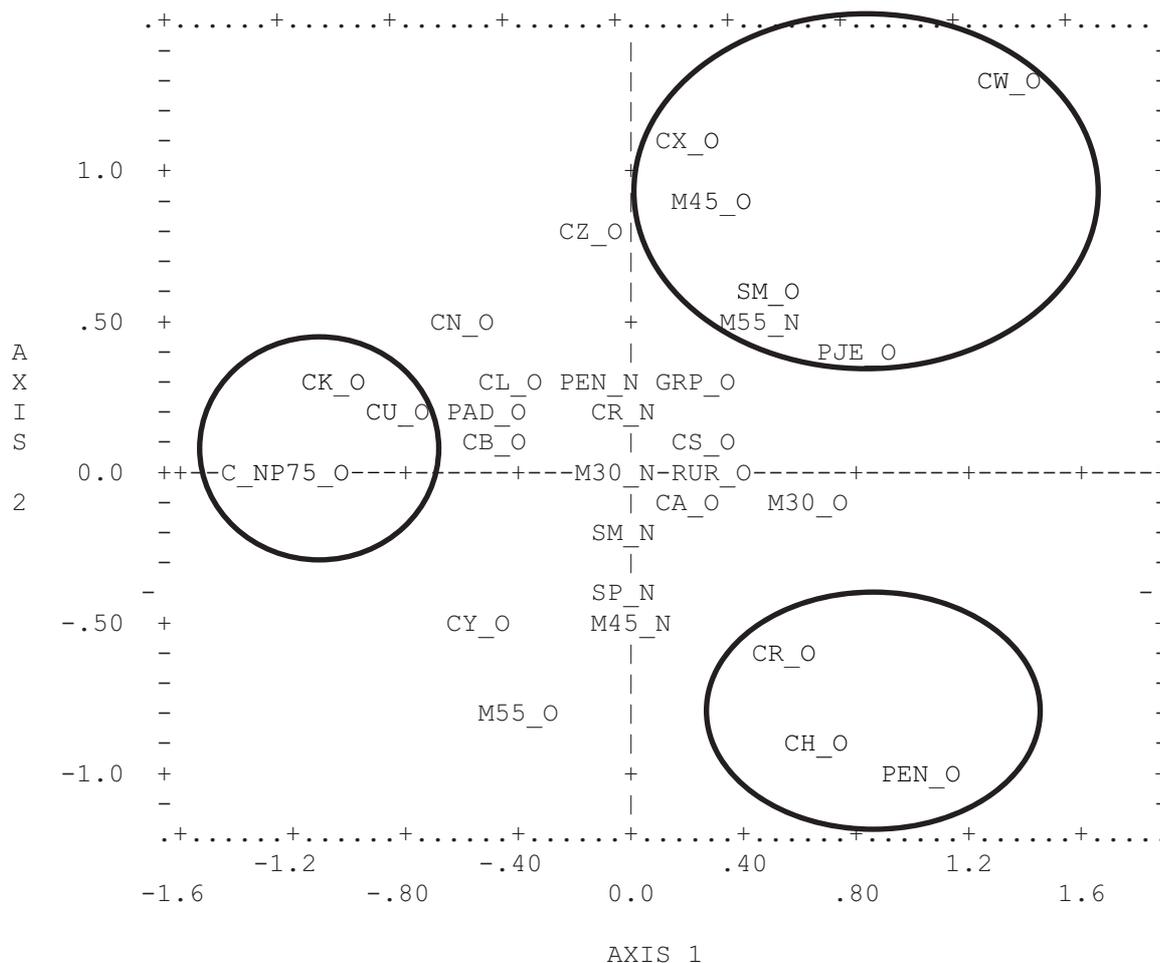
Les 5 premiers axes nous apportent en effet 32.7 % de l'information, les autres apportent peu d'information chacun.

Nous allons donc étudier les 5 premiers axes de cette analyse qui sont disposés sous forme de graphiques.

Chaque graphique comporte 2 axes (un horizontal et un vertical).

Sur chacun des graphiques sont représentées les variables présentées ci-dessus. Pour une bonne lisibilité du graphique, toutes les variables ne sont pas représentées mais elles ont dans ce cas leurs coordonnées indiquées sous le graphique.

On interprète les proximités et les oppositions entre les différentes variables et on privilégie les interprétations sur les variables suffisamment éloignées du centre du graphique.

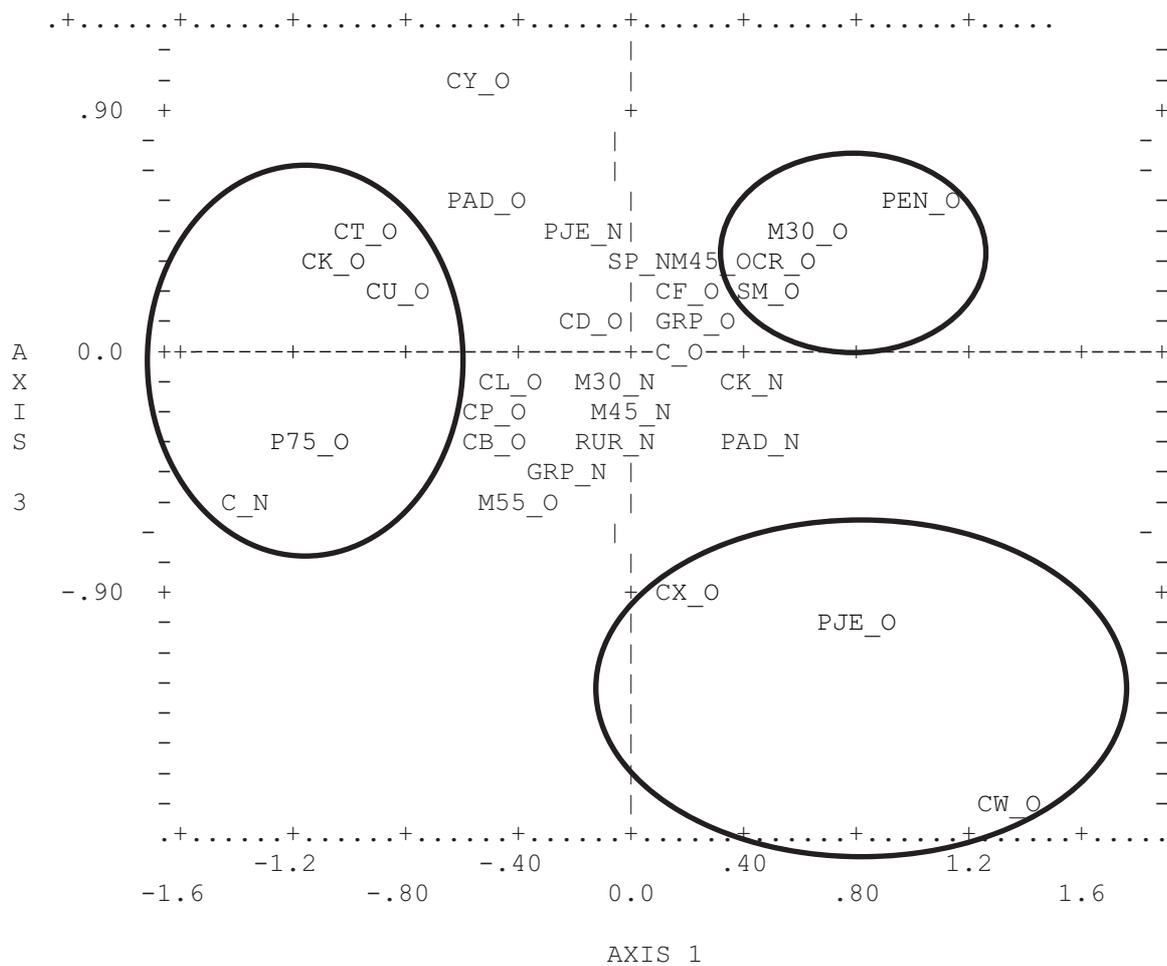


LABEL	AXIS 1	AXIS 2
GRP_N	-0.37	-0.75
RUR_N	-0.17	0.03
C_O	0.11	0.00
PJE_N	-0.29	-0.17
PAD_N	0.33	-0.11
P75_N	0.20	-0.01
SP_O	0.03	0.26
CA_N	-0.04	0.03
CB_N	0.01	0.00

Graphique 24 : analyse des correspondances multiples axes 1 et 2

Ce premier schéma comportant les deux premiers axes de l'analyse de correspondances multiples (axe 1 en vertical et axe 2 en horizontal) permet d'isoler trois groupes de plusieurs variables :

- Association entre personnes de 75 ans et plus, patients examinés à domicile, problèmes cardio-vasculaires et urologiques.
- Association entre médecins de sexe féminin entre 45 et 54 ans pour des patients jeunes entre 17 et 44 ans pour des problèmes gynécologiques ou liés à la grossesse, accouchement ou fertilité.
- Association entre les enfants jusqu'à 16 ans et les problèmes respiratoires et ORL.
- Association entre les médecins de 55 ans et plus et le mode d'exercice seul. (Non représenté sur le graphique car les coordonnées sont superposables)

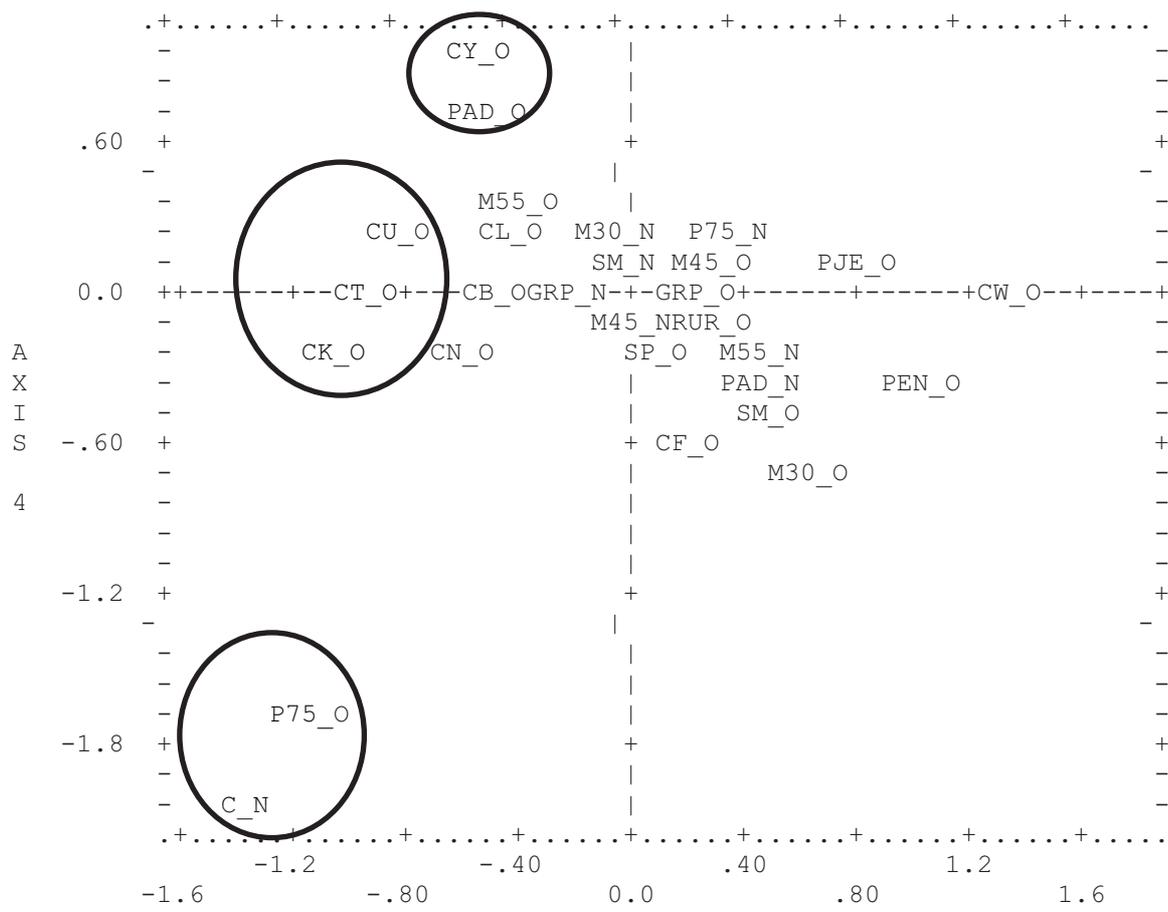


LABEL	AXIS 1	AXIS 3
M55_N	0.32	0.39
SM_N	-0.12	-0.08
RUR_O	0.16	0.34
PEN_N	-0.24	-0.16
P75_N	0.20	0.06
SP_O	0.03	-0.21
CA_N	-0.04	-0.06
CA_O	0.11	0.14
CB_N	0.01	0.01
CD_N	0.05	-0.03

Graphique 25 : analyse des correspondances multiples axes 1 et 3

Sur ce graphique on peut également retrouver 3 groupes :

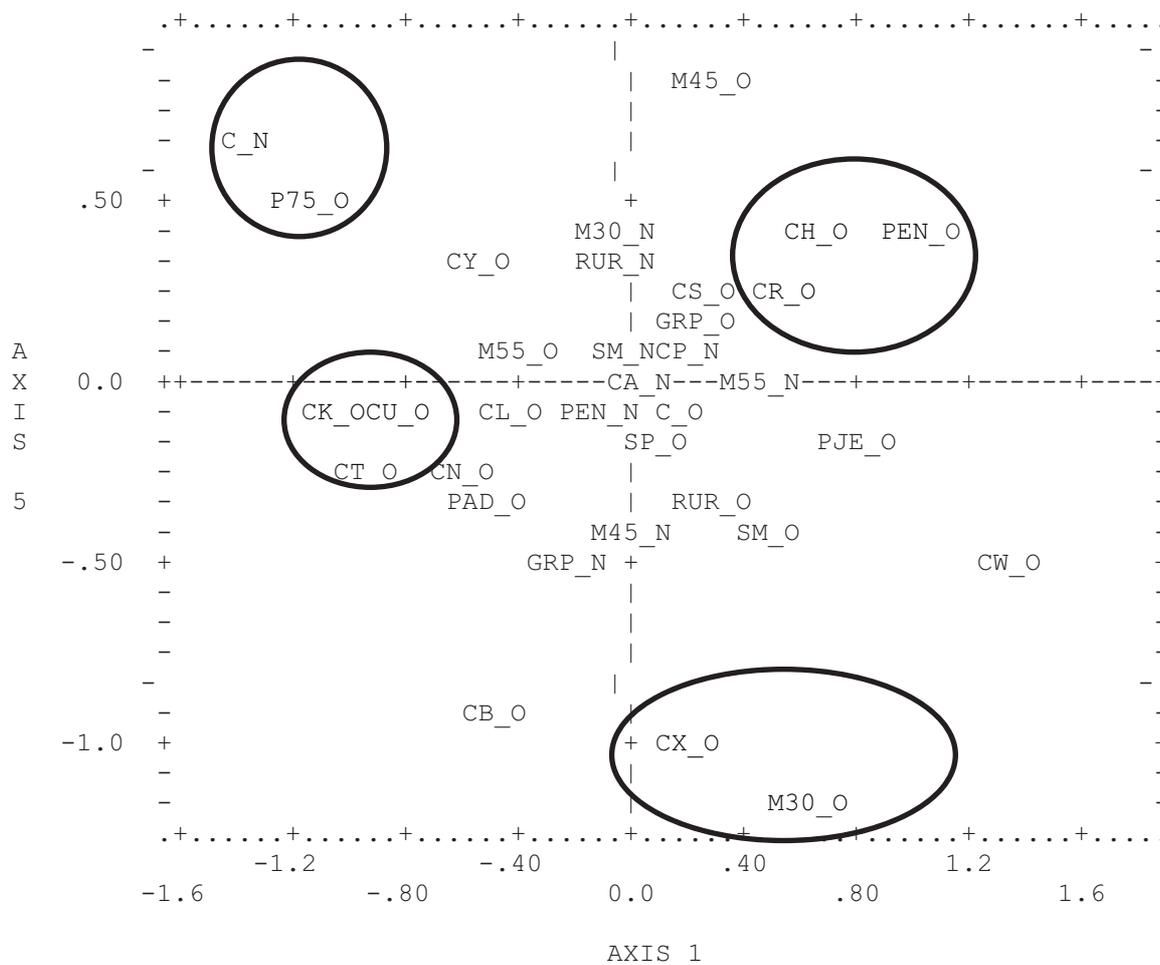
- Association comme précédemment des personnes de 75 ans et plus, des visites à domicile et association de problèmes cardio-vasculaire, métaboliques et urologiques.
- Association patients enfants de moins de 16 ans avec des médecins femmes de 30 à 44 ans et des problèmes respiratoires.
- Association entre patients jeunes de 16 à 44 ans et problèmes gynécologiques ou liés à la grossesse, accouchement et problèmes de fertilité.



LABEL	AXIS 1	AXIS 4
RUR_N	-0.17	0.17
C_O	0.11	0.15
PEN_N	-0.24	0.09
PJE_N	-0.29	-0.07
SP_N	-0.04	0.26
CA_N	-0.04	-0.08
CA_O	0.11	0.19
CB_N	0.01	0.00
CD_N	0.05	0.04
CD_O	-0.23	-0.17

Graphique 26 : analyse des correspondances multiples axes 1 et 4

- Ce schéma nous montre peu d'informations nouvelles. On retrouve :
- Association nette entre personnes de 75 ans et plus et visitées à domicile.
 - Association entre les problèmes cardio-vasculaires, métaboliques et urologiques.
 - Association entre les personnes de 45 à 74 ans et les problèmes du système génital masculin et sein.



LABEL	AXIS 1	AXIS 5
PJE_N	-0.29	0.06
PAD_N	0.33	0.19
P75_N	0.20	-0.08
SP_N	-0.04	0.20
CA_O	0.11	-0.07
CB_N	0.01	0.01
CD_N	0.05	0.01
CD_O	-0.23	-0.05
CF_N	0.00	-0.03
CF_O	0.12	0.84

Graphique 27 : analyse des correspondances multiples axes 1 et 5

Ce graphique nous remontre les associations précédemment citées et montre également l'association entre les médecins de 30 à 44 ans et les problèmes du système génital féminin et sein.

4. Résultats de faisabilité

4.1. Taux de participation des internes en médecine générale

Pendant la période du codage, il y avait 55 internes en stages chez le praticien. Chaque interne était réparti sur 2 ou 3 maîtres de stages. Le nombre total de maîtres de stage était de 113. La participation des internes a permis de récupérer les données pour 87 des praticiens.

Le taux de participations des 55 internes était de :

- 100 % pour 27 internes
- 66 % pour 10 internes
- 50 % pour 5 internes
- 33 % pour 2 internes
- 0 % pour 10 internes
- Fichier non exploitable pour un interne car manque le fichier concernant les enquêteurs

Parmi les internes qui n'ont pas codé ou codé partiellement, deux d'entre eux avaient un lieu de stage non adapté, deux autres avaient un des praticiens refusant le codage, un d'entre eux n'avait pas été chez un de ses praticiens pendant la période du codage, une interne était en autonomie totale pour l'un de ses praticiens et ne pouvait pas coder, une interne était enceinte et les autres n'ont pas justifié leur absence de codage.

4.2. Faisabilité du recueil de donnée et du codage CISP

A. Erreurs non liées à la CISP

Plusieurs erreurs de recueil ne concernant pas le codage CISP ont été rencontrées :

- Une erreur de décalage de ligne à la suite de laquelle tous les codes notés étaient en décalage d'un rang avec les patients concernés.
- Erreurs de doublon de patient : 8 patients ont été codés 2 fois
- Erreurs de sexe : 5 erreurs de sexe vues (problèmes de grossesse chez un homme par exemple) ont été corrigées.
- Erreurs sur le nombre de diagnostic : 16 erreurs concernant le nombre de diagnostic ont été corrigées.
- Données manquantes ne permettant pas d'exploiter les données : tous les recueils concernant 3 praticiens n'ont pas pu être analysés car les fichiers enquêteurs n'étaient pas remplis. Il y a également 4 patients qui ont été retirés car le sexe n'était pas indiqué.

B. Erreurs liées au codage avec la CISP

Plusieurs erreurs concernant le codage ont été relevées :

- Erreurs « d'étourderie » à 18 reprises (soit 0.35 %) :
 - 7 erreurs de décalage d'une ligne en recopiant le code ; exemple T81 (hypoglycémie) au lieu de T86 (hypothyroïdie).
 - 5 erreurs de doublon de codes pour un même patient

- 6 erreurs de lettre (appareil corporel touché) ; exemple D76 (cancer du pancréas) au lieu de U76 (cancer de la vessie)
- Erreurs par manque de précision dans le codage à 24 reprises (soit 0.47 %)

Exemples : A 78 (autre maladie infectieuse) pour une angine alors qu'il existe le code R76 (angine aiguë) ou encore K86 (hypertension non compliquée) chez un patient hypertendu ayant un antécédent d'AVC pour qui il faut coder K87 (hypertension avec complication).
- Erreurs par omission de codes ou codes non trouvés à 22 reprises (soit 0.43 %)

Les 2 principaux codes non mis ou oubliés sont U28 (limitation de la fonction urinaire) pour insuffisance rénale à 6 reprises et A98 (gestion de santé, médecins préventive) à 4 reprises.

IV. Discussion

1. Méthode

1.1. Population étudiée

La population étudiée avait pour point positif son nombre élevé puisque le recueil nous a permis d'obtenir 2010 patients.

Il s'agissait d'une patientèle qui avait pour caractéristique d'avoir comme médecin traitant un maître de stage accueillant des internes. Nous pouvons donc nous interroger sur la représentativité de ces patients par rapport à la population générale.

De même, il s'agissait uniquement d'un panel de patients en Haute-Normandie, ce qui ne permet pas une vision globale de l'ensemble de la France.

1.2. Le support du recueil

Le support informatique nous a permis de récupérer les données par le biais d'un site internet qui transférait automatiquement les données ensuite sur Excel. Cela permet un gain de temps puisqu'il n'y avait pas à recopier toutes ces données par nous-mêmes.

Cela demande cependant une bonne lecture pour relever toutes les erreurs qui ont pu être commises, notamment dans le cadre de notre étude, on a constaté un décalage d'une ligne qui faussait toutes les données.

1.3. Le questionnaire

Le questionnaire recueillant les données de consultation permettait de mettre un nombre illimité de résultats de consultation sans ordre préférentiel. Cela nous permettait une grande liberté et le nombre de diagnostics était compris entre 1 et 13. En contrepartie, cela rendait l'analyse statistique plus difficile ; le nombre de diagnostics variant entre chaque patient, nous avons pu faire des statistiques à partir de l'ensemble des résultats de consultation mais il était très difficile de faire des statistiques sur les résultats de consultation à partir de l'ensemble des patients.

1.4. Les paramètres étudiés

Les paramètres étudiés concernant les médecins et les patients sont nombreux et pertinents. Cela nous a permis de mettre en évidence de nombreuses affinités entre les diagnostics de consultation, les patients et les médecins même si de nombreuses d'entre-elles semblent logiques.

Cependant, les médecins étudiés étaient tous des maîtres de stage qui exerçaient en Haute-Normandie et n'étaient pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes.

Le recueil des diagnostics de consultation par l'intermédiaire de la CISP permet de recueillir un grand nombre de diagnostics et d'utiliser cette classification internationale et spécifique aux soins primaires.

Les commentaires libres ont permis aux étudiants de noter les difficultés qu'ils ont pu rencontrer pendant le codage.

1.5. Les modalités de recueil

La date du recueil, entre le 22 Mars 2010 et le 30 Avril 2010, ne nous permet pas de faire une analyse sur l'ensemble de l'année et les diagnostics rencontrés ne sont pas représentatifs de ceux qui sont rencontrés sur l'ensemble d'une année.

De même, la faisabilité de l'utilisation de la CISP est difficile à évaluer sur une période si courte puisque les internes n'ont pas le temps de s'adapter à toutes ses spécificités.

Le fait de coder les diagnostics pendant toute une journée permet d'avoir l'ensemble des consultations y compris visites. Cependant, cela peut également entraîner des biais. Par exemple, on peut imaginer que le mercredi il y ait plus de suivi d'enfants puisque c'est la journée où ils ne vont pas à l'école ou encore certains praticiens ont une activité spécifique certains jours de la semaine (exemple EHPAD).

Les personnes effectuant les recueils étaient les internes de médecine générale, cela permet de les sensibiliser au travail de recherche. Pour réaliser cette étude, la participation des internes était obligatoire pour valider leurs stages ce qui nous a permis d'avoir un grand recueil mais l'investissement des internes n'était peut-être pas le même pour chacun.

1.6. Méthodes statistiques

Les tests de logiciels statistiques sont performants.

2. Résultats de consultation

2.1. Rappel des principaux résultats

A. Analyses descriptives

➤ Les patients

La population de patients étudiés était composée de 58 % de femmes et 42 % d'hommes. Ces résultats sont en corrélation avec une étude¹⁴ réalisée par la DREES en 2004 qui retrouve 55 % de femmes et une étude¹⁵ de la SFMG en 2003 retrouve le même résultat.

On retrouve 25 % de patients de plus de 65 ans, l'étude réalisée par la DREES retrouve 28 % de septuagénaires.

Le nombre moyen de diagnostics par consultation est 2.5 pour notre étude et 2.18 pour l'étude réalisée par la SFMG en 2003.

➤ Les médecins

Les médecins généralistes de notre étude ne sont pas représentatifs des médecins de l'ensemble de la France.

Selon la DREES¹⁶ (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des

Statistiques) au 1^{er} Janvier 2011 les omnipraticiens exerçant la médecine générale avec une activité libérale ou mixte en France métropole comptent 45.2 % des médecins qui travaillent en groupe ce qui est très nettement inférieur à notre étude pour laquelle 75 % des médecins sont en groupe. On retrouve une différence significative avec le test de khi deux ($p=0<0.001\%$).

De même, selon la DRESS, 23.9 % des médecins généralistes exercent en milieu urbain ou unité urbaine de moins de 5000 habitants ce qui est très nettement inférieur à notre étude qui retrouve 53 % de médecins en milieu urbain ($p<0.001\%$).

En ce qui concerne la répartition en fonction du sexe, la DRESS retrouve 33.7 % de femmes, ce qui est plus élevé que le taux retrouvé dans notre étude de 26 %. Cependant il n'y pas de différence significative retrouvée avec le test de khi deux ($p=0.15$).

La répartition des tranches d'âge dans notre étude est à peu près similaire à celle des médecins généralistes de France. La répartition des médecins généralistes en fonction des tranches d'âge : moins de 40 ans, 40 à 49 ans et 50 ans et plus sont respectivement de 13 %, 26 % et 61 % dans notre étude et 14.2 %, 23.4 % et 63.5 % pour les médecins généralistes de France selon la DREES. Il n'y a pas de différence significative retrouvée ($p=0.71$).

➤ Les résultats de consultation

La présentation par classes de résultats de consultation permet d'avoir une bonne vision d'ensemble même si c'est moins précis que les résultats de consultation en eux-mêmes.

Les résultats de consultation étant nombreux, leur pourcentage est rapidement minime, en effet le 10^{ème} résultat le plus fréquent ne représente que 1.21 % des résultats de consultation.

Pour plus de clarté, les diagnostics sont donc présentés en fonction de l'appareil corporel touché et, pour chaque appareil, le ou les principaux diagnostics sont cités.

Concernant les principales classes de diagnostics rencontrées, on constate que les 17 chapitres de la CISP 2 sont utilisés mais en proportion différente avec une prédominance des problèmes d'ordre général qui sont principalement représentés par la médecine préventive avec le code A98.

Le code A98 correspond à « gestion de santé et médecine préventive ». Cependant, il s'agit d'un terme peu précis. Il serait peut-être intéressant de le détailler : certificat médical, frotti cervico-vaginal, surveillance de la tension, hémocult, mammographie, examen de surveillance enfant...

L'utilisation des procédures dans le cadre de la CISP permet de détailler plus cet item ; exemple : examen médical/bilan de santé détaillé, vaccination/médication préventive, Recom/éducation santé/avis/régime' rencontre de suivi...

Par la suite, j'ai souhaité analyser d'une part les motifs de consultation et d'autre part les symptômes ou plaintes des patients sans diagnostics de consultation retrouvés. En effet,

notre étude relève les résultats de consultation mais ils ne sont pas tous des diagnostics de consultation, pour certains patients aucun diagnostic n'est retrouvé.

On remarque l'importance du pourcentage de consultations sans diagnostic retrouvé puisqu'elles représentent près d'un tiers des consultations. Cela rejoint ma première partie de thèse avec la définition de médecine générale et ses conditions d'exercice avec des patients qui ne sont pas tous malades au sens propre où on l'entend mais qui viennent pour une demande ou une plainte en attendant une réponse de notre part.

Parmi les principales classes de symptômes reportés, on note l'importance des problèmes d'ordre psychologique (17.7 %) avec la perturbation du sommeil, l'usage abusif du tabac ou la sensation d'anxiété. Il est important de rappeler que, dans notre étude, seuls les résultats de consultation ont été relevés ainsi les symptômes des patients ne sont pas forcément le motif de contact du patient. Ainsi, l'usage abusif du tabac qui correspond à 4 % des plaintes ne correspond pas toujours à une demande d'un patient mais à un problème évoqué par le médecin. Puis viennent ensuite les problèmes ostéo-articulaires (15 %) avec symptômes concernant les lombes et les genoux suivis des problèmes digestifs (14.3%) avec constipation et douleur abdominale.

Parmi les diagnostics de consultation, on remarque l'importance de la prévention avec comme premier diagnostic gestion de santé/médecine préventive (9.3 %) puis en deuxième et troisième position « HTA non compliquée » (8 %) et trouble du métabolisme des lipides (4.8 %) et en sixième et septième position HTA compliquée (2.6 %) et DNID (1.9 %). Tous ces diagnostics peuvent entrer également dans le domaine de la prévention avec une prise de la tension faite par le médecin sans qu'il n'y ait nécessairement de demande par le patient ou encore un bilan sanguin de routine où l'on retrouve une dyslipidémie ou un diabète.

Ainsi on peut noter une démarche pro-active du médecin en terme de prévention.

B. Analyses uni variées

➤ Caractéristiques des patients selon les médecins

Les analyses uni variées étudiées sont très nombreuses, On recherche donc des différences significatives pour un grand nombre de données. Il est donc plus risqué d'avoir des différences significatives à tort parmi tous ces tests réalisés.

Les caractéristiques des patients selon les médecins montrent une augmentation de l'âge des patients ainsi que du nombre de visites à domicile avec l'âge des médecins. Cela pourrait s'expliquer du fait que les médecins plus âgés suivent leurs patients depuis longtemps et ont donc des patients plus âgés qui ne souhaitent pas changer de médecin. Le nombre plus important de visite à domicile chez les médecins plus âgés s'explique également par leur plus grand nombre de personnes âgées nécessitant des visites à domicile.

Les médecins femmes voient plus de femmes que les hommes. Cette différence peut être liée aux difficultés pour certaines femmes d'être suivies par un homme pour leurs problèmes gynécologiques et obstétricaux.

Les médecins hommes voient plus de personnes âgées que les médecins femmes. Cela peut s'expliquer en partie par le plus jeune âge des médecins femmes dans notre étude. En effet, l'âge moyen des femmes est de 47.6 ans et 51.8 pour les hommes. Par ailleurs, les suivis gynécologiques et obstétriques de patientes plus fréquents avec des médecins femmes concernent surtout des patientes jeunes.

Pour ce qui est de la situation d'exercice, les médecins travaillant en milieu urbain voient un nombre moins important d'enfants de moins de 16 ans. Cela pourrait être lié au faible nombre de pédiatres en milieu rural. En milieu urbain, les enfants sont peut-être plus souvent suivis par des pédiatres.

Les médecins travaillant en milieu urbain ont un plus grand nombre de patients entre 16 et 39 ans. Cela pourrait être lié à l'installation en ville pour les études et le début de la vie professionnelle.

Pour ce qui concerne le mode d'exercice, la seule différence constatée est le nombre plus important de visites mais il s'agit d'une différence faiblement significative ($p=0.04$).

Les caractéristiques des patients ne changent pas ou peu avec le mode d'exercice.

➤ Types de consultation en fonction des caractéristiques des patients

- En fonction du sexe :

Parmi les 5 types de résultats de consultation les plus fréquents chez les femmes et chez les hommes, on constate que 4 sont identiques : les problèmes généraux, ostéo-articulaires, cardio-vasculaires et respiratoires. Les diagnostics les plus rencontrés pour chaque classe de diagnostics sont également les mêmes : gestion de santé et médecine préventive, autre arthrose, syndrome dorsolombaire et irradiation, HTA et infections des voies respiratoires supérieures.

Les différences significatives sont marquées par un risque cardio-vasculaire (pathologies cardio-vasculaires et métaboliques avec trouble du métabolisme des lipides plus important) et respiratoire plus important chez les hommes.

Le risque pourrait être en partie expliqué par la plus grande proportion d'hommes que de femmes fumeurs il y a 20 ans.

A l'inverse, les femmes souffrent plus d'arthrose. Cela pourrait être en rapport avec la ménopause puisqu'il est connu que l'arthrose augmente chez les femmes ménopausées et est plus fréquente que chez les hommes.

- En fonction de l'âge :

Pour les enfants de moins de 16 ans, les principaux problèmes retrouvés sont d'ordre infectieux (infections aiguës des voies respiratoires, otites moyennes aiguës, gastro-entérite aiguë...) et général. On note un nombre important de dermatite atopique.

Les problèmes infectieux pourraient s'expliquer par la mise en place du système immunitaire chez l'enfant, leur proximité et, pour les nourrissons, leur tendance à tout

mettre à la bouche.

Les problèmes généraux semblent logiques puisqu'il y a un grand nombre de consultations pour des suivis simples ou des vaccinations chez les enfants.

En ce qui concerne la dermatite atopique, il s'agit d'une forme d'expression de l'allergie très fréquente chez l'enfant qui tend à diminuer avec l'âge.

Pour les personnes de 16 à 39 ans, on constate toujours l'importance des problèmes généraux et l'apparition des problèmes ostéo-articulaires, psychologiques et problèmes liés à la grossesse, l'accouchement et la fertilité.

Parmi les problèmes ostéo-articulaires, il s'agit peu de pathologies dégénératives mais surtout des syndromes dorsolombaires avec irradiations.

Les problèmes psychologiques apparaissent fortement dans cette tranche d'âge et restent stables par la suite. Chez les enfants, ils sont très rares.

Les problèmes liés à la grossesse, l'accouchement et la fertilité sont logiques dans cette tranche d'âge.

Les problèmes infectieux sont beaucoup plus limités et concernent principalement les infections des voies respiratoires supérieures.

Pour les personnes de 40 à 64 ans, le grand changement est l'arrivée des problèmes cardio-vasculaires et métaboliques. Chez les femmes, cela peut-être corrélée à la ménopause qui entraîne une augmentation des risques cardio-vasculaires.

Il y a une place nettement moins importante pour les problèmes infectieux.

Pour les personnes de 65 ans et plus, il y a une prédominance des problèmes cardio-vasculaires et métaboliques et pour ce qui est des problèmes ostéo-articulaires l'augmentation importante des pathologies dégénératives (arthrose). Le facteur de l'âge dans l'arthrose est d'ailleurs bien connu.

- En fonction du nombre de consultations

Les problèmes rencontrés pour les patients ayant un nombre de résultats de consultation inférieur ou égal à 2 sont principalement ceux retrouvés dans les premières tranches d'âge : infection des voies respiratoires supérieures, gastro-entérite aiguë et syndrome dorsolombaire. Les problèmes cardio-vasculaires n'arrivent qu'à la cinquième place.

A l'inverse, les problèmes rencontrés pour les patients ayant plus de 2 résultats de consultation sont les problèmes rencontrés chez les patients de 65 ans et plus : problèmes cardio-vasculaires et métaboliques en tête puis les pathologies ostéo-articulaires avec comme principal diagnostic l'arthrose qui est une maladie dégénérative liée à l'âge. Un nombre de diagnostics plus important chez les personnes de 65 ans et plus semble logique compte tenu du caractère poly pathologique des personnes âgées.

- En fonction du lieu d'examen

Les consultations à domicile sont marquées par une prédominance de problèmes cardio-vasculaires qui concernent surtout les personnes âgées comme nous l'avons vu précédemment.

On note l'importance des problèmes psychologiques qui arrivent en deuxième avec comme principal diagnostic la dépression. On peut comprendre que des patients dépressifs aient plus de difficultés à quitter leur domicile, compte tenu du ralentissement psychomoteur lié à cette pathologie avec parfois une claustrophobie (ex : ne plus bouger de son fauteuil ou ne plus sortir de sa chambre) voire une clinophilie (ne plus vouloir sortir de son lit) et à l'extrême un état stuporeux avec un patient figé.

On pourrait également penser que, chez les personnes ayant des difficultés à se mobiliser et donc nécessitant des visites à domicile, un état dépressif soit induit par cette grabatisation.

En troisième position, on retrouve les problèmes ostéo-articulaires avec comme principaux diagnostics « autres arthrose » et « gonarthrose » qui sont des pathologies dégénératives pouvant entraîner des difficultés à la mobilisation et une grabatisation.

➤ Types de consultations en fonction des caractéristiques des médecins

- En fonction du sexe des médecins

Quelque soit le sexe du médecin, les 5 pathologies les plus fréquentes restent les mêmes avec un ordre différent : problèmes généraux, cardio-vasculaires, respiratoires, ostéo-articulaires et métaboliques.

On observe un plus grand nombre de pathologies cardio-vasculaires avec les médecins hommes. Cela pourrait être expliqué par une augmentation des problèmes cardio-vasculaires chez les personnes âgées et comme nous l'avons vu précédemment les médecins hommes ont des patients plus âgés dans notre étude.

Comme nous l'avons vu précédemment, on retrouve une augmentation des problèmes gynécologiques, liés à la grossesse, l'accouchement et les problèmes de fertilité chez les médecins femmes.

- En fonction de l'âge des médecins

Sur les 5 principales classes de résultats de consultation en fonction de l'âge des médecins, 4 sont les mêmes : problèmes généraux, respiratoires, cardio-vasculaires et ostéo-articulaires, la cinquième classe étant soit les problèmes métaboliques soit les problèmes psychologiques.

Il y a peu de différences significatives dans les motifs de consultation en fonction de l'âge des médecins et les différences sont faiblement significatives.

On constate une diminution des problèmes généraux avec l'âge des médecins. Cela pourrait être lié à l'augmentation de l'âge des patients avec l'augmentation de l'âge des médecins ainsi qu'à la diminution des problèmes généraux chez les patients âgés.

Il y a une petite augmentation des problèmes cutanés chez les médecins de moins de 40 ans mais peu significative ($p=0.046$).

- En fonction du lieu d'exercice des médecins

Il y a peu de différences significatives dans les résultats de consultation en fonction du lieu d'exercice des médecins.

Elles sont marquées par une augmentation des problèmes psychologiques et métaboliques en milieu urbain et une augmentation des problèmes respiratoires en milieu rural.

Cette dernière pourrait être expliquée par un nombre plus important d'enfants en milieu rural et la forte fréquence de problèmes respiratoires chez les enfants.

- En fonction du mode d'exercice

Il y a également peu de différences significatives. Il s'agit de l'augmentation des problèmes généraux et métaboliques chez les médecins exerçant seuls et l'augmentation des problèmes ostéo-articulaires chez les médecins exerçant en groupe.

2.2. Comparaisons des résultats de consultation avec d'autres données françaises

A. Comparaisons des résultats avec l'observatoire de médecine générale¹⁷

Comme nous l'avons vu, il existe peu de données concernant les problèmes de santé en médecine de ville. Elles sont issues notamment de groupes industriels spécialisés dans le traitement de l'information en réseau (réseau Thalès de cegecim, observatoire d'IMS Heath), du monde industriel public (Cnamts), mutualiste ou privé, d'institut de santé public (credes) et de réseaux de recherche thématiques publics (réseau sentinelle de l'INSERM) ou privé mais le principal réseau est constitué par l'observatoire de médecine générale.

C'est la société française de médecine générale qui a mis en place en 1992 l'observatoire de médecine générale. Le recueil des résultats de consultation se fait à partir d'un dictionnaire des résultats de consultations. Celui-ci contient 278 résultats de consultations qui contrairement à la CISP ne prennent pas en compte les motifs de consultation mais les résultats de consultation après analyse du médecin.

1. examens systématiques et prévention (24.28%)
2. état fébrile (17.38%)
3. HTA (13.10%)
4. rhinopharyngite, rhume (12.34%)
5. vaccination (12.06%)
6. état morbide afebrile (11.49%)
7. hyperlipidémie (8.36%)
8. lombalgie (6.88%)
9. arthropathie périarthropathie (5.96%)
10. douleur non caractéristique (5.11%)

Tableau 14 : top 10 des résultats de consultation de l'observatoire de médecine générale pendant l'année 2009

Les résultats retrouvés dans notre étude sont en accord avec ceux de l'observatoire de médecine générale. On remarque dans les deux cas que le domaine de la prévention arrive en premier puis on retrouve l'HTA, les troubles du métabolisme des lipides (hyperlipidémie dans le DRC), les infections des voies respiratoires supérieures (rhinopharyngite, rhume dans le DRC).

On peut constater que le domaine de la prévention est plus détaillé dans les résultats de l'observatoire de médecine générale que dans notre étude. Cela vient du fait que les procédures ont été exclues dans notre étude et qu'elles permettent de préciser certains actes de prévention comme la vaccination par exemple.

On remarque également que les pourcentages des 10 diagnostics de consultation les plus rencontrés sont plus élevés avec l'observatoire de médecine générale. Cela provient du fait que le nombre de diagnostics possibles est beaucoup plus important avec la CISP (plus de 1000 possibilités pour la CISP contre 278 pour Le DRC).

De même, le nombre plus important de diagnostics avec la CISP apporte des précisions supplémentaires ; par exemple HTA compliquée ou HTA non compliquée n'est pas différenciée dans le DRC.

Le nombre moins important de possibilités de codes dans le DRC permet d'avoir déjà une bonne vision des diagnostics de consultation avec les 10 premiers diagnostics contrairement à la CISP pour qui le nombre de diagnostics est trop important.

Par contre, le caractère classificatoire de la CISP permet d'avoir une vue d'ensemble de tous les diagnostics de consultation en fonction de l'appareil corporel touché ce qui n'est pas le cas du DRC qui est une nomenclature

Femmes	Hommes
1. Examens systématiques et prévention	1. Examens systématiques et prévention
2. Etat fébrile	2. Etat fébrile
3. HTA	3. HTA
4. Rhinopharyngite, rhume	4. Rhinopharyngite, rhume
5. Vaccination	5. Vaccination
6. Etat morbide afébrile	6. Etat morbide afébrile
7. Contraception	7. Hyperlipidémie
8. Hyperlipidémie	8. Lombalgie
9. Lombalgie	9. arthropathie, périarthropathie
10. Arthropathie, périarthropathie	10. Douleur non caractéristique

***Tableau 15** : top 10 des diagnostics de consultation chez les hommes et chez les femmes avec l'observatoire de médecine générale pendant l'année 2009*

On constate que beaucoup de résultats de consultation sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes.

On retrouve beaucoup de similitudes avec les principaux résultats de notre étude : prévention, HTA, hyperlipidémie, lombalgie.

0 à 1 an	De 2 à 9 ans	De 10 à 19 ans	De 20 à 29 ans
1. Examens systématiques et prévention	1. État fébrile	1. Examens systématiques et prévention	1. Examens systématiques et prévention
2. Vaccination	2. Examens systématiques et prévention	2. État fébrile	2. Etat fébrile
3. Etat fébrile	3. Rhinopharyngite, rhume	3. Vaccination	3. Contraception
4. Rhinopharyngite, rhume	4. Etat morbide afébrile	4. Rhinopharyngite, rhume	4. Rhinopharyngite, rhume
5. État morbide afébrile	5. vaccination	5. Etat morbide afébrile	5. Etat morbide afébrile

Tableau 16 : Top 5 des diagnostics de consultation en fonction de l'âge avec l'observatoire de médecine générale pendant l'année 2009

De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans
1. examens systématiques et prévention	1. Examens systématiques et prévention	1. Examens systématiques et prévention	1. HTA
2. État fébrile	2. État fébrile	2. HTA	2. Hyperlipidémie
3. État morbide afébrile	3. État morbide afébrile	3. Hyperlipidémie	3. Examens systématiques et prévention
4. Rhinopharyngite, rhume	4. Lombalgie	4. État fébrile	4. Vaccination
5. Lombalgie	5. HTA	5. Lombalgie	5. Arthropathie, périarthropathie

Tableau 17 : Top 5 des diagnostics de consultation en fonction de l'âge des patients avec l'observatoire de médecine générale

De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	De 90 à 99 ans
1. HTA	1. HTA	1. HTA
2. Hyperlipidémie	2. Hyperlipidémie	2. Insomnie
3. Vaccination	3. Arthrose	3. Arthrose
4. Examens systématiques et prévention	4. Vaccination	4. Vaccination
5. Arthropathie, périarthropathie	5. Arthropathie, périarthropathie	5. Insuffisance cardiaque

Tableau 18 : Top 5 des diagnostics de consultation en fonction de l'âge des patients avec l'observatoire de médecine générale

On retrouve les mêmes grandes variations de diagnostics de consultation en fonction de l'âge des patients avec l'observatoire de médecine générale et notre étude :

- prédominance des pathologies infectieuses et de la prévention pour les enfants
- pour les jeunes adultes, on constate l'arrivée des problèmes d'ordre gynécologique avec la contraception et également l'arrivée des lombalgies.

- à partir de 40 ans, les problèmes cardiovasculaires avec l'HTA arrivent puis augmentent avec l'âge.
- à partir de 50 ans, on note les troubles lipidiques dans les 5 premiers diagnostics puis à 80 ans l'arthrose.

Les diagnostics de consultation en fonction des autres caractéristiques des patients et des caractéristiques des médecins ne sont pas indiqués dans l'observatoire de médecine générale.

On peut donc en conclure que les résultats retrouvés avec notre étude sont similaires à ceux retrouvés par l'observatoire de médecine générale malgré le plus grand nombre de diagnostics possibles avec la CISP.

B. Évaluation du projet Prometheus de codage des problèmes de santé diagnostiqués en médecine générale, Réseau alpha Medica Dr Laurent Letrilliart Mai 2004 2

Il s'agit d'une étude dont l'objectif principal est d'expérimenter les systèmes de classification des problèmes de santé en médecine générale d'île de France afin d'en évaluer l'acceptabilité et la faisabilité.

Le recueil s'est fait par 61 médecins généralistes libéraux volontaires sur une période continue de 6 mois, le début de la période d'expérimentation étant échelonné selon les médecins entre Décembre 2001 et Juin 2003. Parmi les 61 médecins, 36 ont utilisé la CISP2 et 25 le DRC.

Je peux donc comparer les résultats obtenus au cours de cette étude et nos résultats.

Dix premiers résultats de consultation selon la CISP2

Résultats de consultation	%
Hypertension non compliquée	6.9
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	6.5
Gestion de santé/médecine préventive	5.9
Trouble du métabolisme des lipides	3.8
Dépression	3.3
Bronchite aigüe, bronchiolite	2.2
Diabète non insulino-dépendant	2.1
Symptôme/plainte des lombes	1.8
Angine aigüe	1.7
Sensation anxiété/nervosité/tension	1.6

Tableau 19 : dix premiers résultats de consultation en pourcentage avec la CISP2

On peut constater que les dix premiers résultats représentent 35.8 % des résultats de consultation. Dans notre étude, les dix premiers résultats de consultation représentent 27.5 % des résultats de consultation.

Parmi les dix premiers résultats de consultation, il y en a sept qui sont similaires, les sept

premiers résultats de cette étude sont retrouvés dans les dix premiers résultats de notre étude.

Les cinq premiers résultats des 2 études sont similaires dans un ordre différent.

Dix premiers résultats de consultation selon le DRC

Résultats de consultation	%
HTA	6.8
Etat fébrile	5.1
Hyperlipidémie	3.2
Examens systématiques et prévention	3.1
Arthropathie-périarthropathie	2.7
Arthrose	2.2
Lombalgie	2.0
Humeur dépressive	1.9
Vaccination	1.9
Réaction à une situation éprouvante	1.7

Tableau 20 : dix premiers résultats de consultation en pourcentage avec le DRC

On constate que les dix premiers résultats représentent 30.6 % de l'ensemble des résultats, ce qui est similaire au pourcentage observé des dix premiers résultats de consultation avec la CISP2 malgré le nombre plus important de résultats de consultation possible avec la CISP2.

Parmi les dix premiers résultats de consultation, on en retrouve 5 similaires à ceux de notre étude : HTA, hyperlipidémie, humeur dépressive et examen systématique et prévention ainsi que vaccination qui rentrent dans le cadre de la gestion de santé/médecine préventive.

C. Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS¹⁸

Il s'agit d'une étude réalisée par une interne de 30 ans en SASPAS chez 2 médecins de sexe masculin âgés de 48 et 50 ans.

Il s'agit d'une étude comparative descriptive entre l'activité de l'interne et de ses deux maitres de stage.

Les médecins et l'interne relevaient en continu l'ensemble de leurs actes.

Au total, pour l'activité de l'interne, 579 actes ont été relevé pendant la période du 1er Mai au 31 Octobre 2004.

Les résultats de consultation étaient relevés par l'intermédiaire du dictionnaire de résultats de consultation de la SFMG.

diagnostics	%
Examens systématiques et prévention	15.20
Angine	7.6
Rhinopharyngite	7.08
Vaccination	6.39
Hypertension artérielle	4.15
Douleur non caractéristique	3.63
Troubles psychiques	3.28
Humeur dépressive	3.11
Hyperlipidémie	3.11
Anxiété angoisse	2.94

Tableau 21 : dix diagnostics les plus rencontrés en pourcentage

On constate un pourcentage très important dans le domaine de la prévention.

Parmi ces dix premiers diagnostics, on retrouve 6 résultats de consultation identiques à ceux de notre étude : gestion de santé et médecine préventive représentée par les examens systématiques et prévention et la vaccination puis rhinopharyngite, HTA, humeur dépressive et hyperlipidémie.

<16 ans	16 à 39 ans	40 à 65 ans	> 65 ans
Rhinopharyngite	Ex. systématique et prévention	Hypertension artérielle	Hypertension artérielle
Ex. systématique et prévention	Angine	Ex. systématique et prévention	Troubles psychiques
Vaccination	Vaccination	Humeur dépressive	Constipation
Angine	Rhinopharyngite	Problème avec l'alcool	Rhinopharyngite
tous	contraception	Anxiété fatigue	Syndrome colique

Tableau 22 : 5 diagnostics les plus rencontrés en pourcentage

Ces résultats ont de grandes similitudes avec les nôtres si ce n'est que pour les personnes âgées on ne retrouve pas les pathologies métaboliques comme le DNID les troubles du métabolisme des lipides.

Cela peut s'expliquer par le fait que l'interne voit moins de pathologies chroniques que les médecins généralistes. En effet, la comparaison de l'activité des 2 médecins généralistes avec l'interne montre une proportion plus importante de pathologies chroniques vues par les médecins généralistes.

L'interne avait également une patientèle avec proportionnellement plus de femmes et plus jeune que les deux médecins généralistes. Ces résultats sont en corrélation avec les résultats de notre étude avec plus de patientes pour les médecins femmes et une augmentation de l'âge des patients avec l'âge des médecins.

D. Les consultations et visites des médecins généralistes un essai de typologie¹⁴

Il s'agit d'une étude réalisée par la DREES.

L'objectif principal était d'étudier le contenu et l'issue des consultations pratiquées par les médecins généralistes en rapprochant ces éléments des caractéristiques des médecins et des patients qu'ils examinent.

L'enquête a été réalisée à partir de 922 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine.

Le recueil a été fait par l'intermédiaire du réseau Thalès avec les 30 diagnostics les plus rencontrés en médecine générale, entre Juin 2002 et Janvier 2003.

Une analyse de correspondance multiple puis une classification ascendante hiérarchique a permis de dégager des « séances types ».

On retrouve, dans les résultats une augmentation de l'âge des patients avec l'âge des médecins tout comme notre étude.

Parmi les séances types de cette étude, on retrouve des similitudes avec nos analyses multivariées :

- patients jeunes de moins de 25 ans vus pour des problèmes d'affections aiguës des voies aériennes avec un taux minime de problèmes cardio-vasculaires ou psychologiques.
- patients de 70 ans et plus, vus en visites pour des problèmes cardiovasculaires

3. Faisabilité de la CISP2 et adaptation à la médecine générale

3.1. Faisabilité de la CISP

A. Rappel des principaux résultats de la faisabilité

- Les points forts

On constate un taux important de participation des étudiants en médecine avec un faible taux d'erreurs liés au codage par la CISP. En effet, les erreurs « d'étourderie » représentent 0.35 % sur l'ensemble du codage et sont évitables, les erreurs par manque de précision représentent 0.47 % sur l'ensemble du codage et les erreurs par omission d'un code ou code non trouvé représentent 0.43 % sur l'ensemble du codage.

Les erreurs par manque de précision et codes non trouvés peuvent être évitées par une formation sur la CISP.

On peut donc conclure que la faisabilité du codage par la CISP est bonne.

- Les points faibles

Les codages étaient effectués pendant les consultations par les internes de médecine générale et donc n'entraînaient pas une perte de temps pour les médecins généralistes. La faisabilité serait peut-être moins bonne si le codage avait été fait directement par les médecins généralistes.

Les codages ne concernaient que les résultats de consultation ou les motifs de consultation qui étaient considérés comme des diagnostics si aucun diagnostic n'avait été posé. Les procédures n'ont pas été prises en compte. L'utilisation de la CISP était donc incomplète et n'utilisait pas l'ensemble de ses capacités.

B. Comparaison de la faisabilité de la CISP avec l'étude Prometheus sur le codage en médecine générale²

L'étude Prometheus avait pour but d'expérimenter l'utilisation de deux systèmes de codage des problèmes de santé dans la pratique clinique des médecins généralistes, afin d'en évaluer la faisabilité et l'accessibilité. Les 2 systèmes de codage utilisés étaient le dictionnaire de résultats de consultation et la CISP. Les médecins participant à cette étude étaient tous des médecins libéraux provenant de l'île de France.

Cette étude montre que pour les médecins généralistes n'ayant pas d'expérience antérieure avec le logiciel utilisé, que ce soit le DRC ou la CISP, la proportion déclarée de consultations codées est plus élevée pour les médecins utilisant le DRC (95 % vs 82 %).

Cependant, si l'on approfondit les résultats, on constate une proportion de consultations codées sensiblement identique chez les utilisateurs expérimentés du DRC, les utilisateurs inexpérimentés du DRC et les utilisateurs expérimentés de la CISP, ce qui suggère que

l'utilisation antérieure du logiciel n'influence la proportion de consultations codées que pour les utilisateurs de la CISP et donc l'effet apprentissage concerne la CISP et pas le DRC. En revanche le temps moyen de codage différait peu : 2.7 minutes pour le DRC et 2.4 minutes pour la CISP.

Cela nous permet de penser que la CISP nécessite une formation préalable mais, une fois maîtrisée, a une très bonne faisabilité.

Ces résultats sont donc superposables à notre étude qui montre une très bonne faisabilité de la CISP malgré quelques erreurs qui pourraient être évitées par une formation préalable.

3.2. Une classification internationale

La CISP2 est donc adaptée aux soins primaires et a également pour avantage son caractère international. Cela nous permet d'analyser les différences en médecine générale selon les pays.

Ainsi une étude publiée dans « family practice »¹⁹ : « the role of family practice in different health care system » compare le rôle de la médecine générale dans différents pays : Pays Bas, Japon, Pologne et Etats Unis.

Le recueil s'est fait par 10 médecins de famille au Pays Bas entre 1995 et 2000, 6 médecins de famille au Japon entre 1996 et 1999, 22 médecins de famille en Pologne entre 1997 et 1999 et aux Etats Unis entre 1995 et 1997.

Le recueil se faisait donc par l'intermédiaire de la CISP2 et prenait en compte les motifs de contacts des patients, les diagnostics de médecins et les procédures de soins réalisées.

Les résultats montrent des similitudes beaucoup plus élevées dans les motifs de contact que dans les diagnostics établis par les médecins avec seulement 35 groupes de symptômes pour le top 30 de l'ensemble des symptômes des 4 pays représentant entre 45 et 60 % des motifs en fonction des pays.

Cette ressemblance frappante appuie le concept de la raison de rencontre comme élément de consultation essentiel en médecine générale.

En ce qui concerne les diagnostics de consultation, il y avait des similitudes mais également des différences notamment en matière de prévention et de problèmes psychologiques qui étaient très faibles au Japon contrairement aux problèmes intestinaux.

De grandes différences existaient également pour les problèmes gynécologiques qui étaient au cœur du métier pour les Pays Bas et les Etats Unis, quasi inexistantes au Japon et très limitées en Pologne.

Ces différences de maladies rencontrées proviennent de plusieurs facteurs en dehors des répartitions inégales des pathologies liées aux conditions de vie et facteurs locaux, la politique de santé, les différences de moyens, de formation ou encore de recours aux spécialistes influencent les maladies retrouvées.

3.3. Adaptation à la médecine générale

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la médecine générale a ses propres caractéristiques et compétences requises qui déterminent des spécificités d'exercice.

La CISP 2 répond bien à ces différentes spécificités :

➤ Les types de patient

La CISP2 répond bien aux différents types de patients. En effet, elle permet de recueillir les symptômes ou plaintes des patients même si aucun diagnostic est retrouvé. Ainsi, dans notre étude, 33 % des résultats sont des symptômes ou plaintes. Elle permet de prendre en compte les patients « non malades » qui sont fréquemment rencontrés en médecine générale.

Cette classification permet également de prendre en compte les patients au stade de dépistage en utilisant les procédures de soins réalisées par le médecin.

➤ Les maladies

La CISP2 nous permet de prendre en compte l'ensemble des maladies rencontrées en médecine générale : organiques, psychologiques, sociales. Elle permet également de relever une perception de maladie par le patient.

Cela nous permet une approche holistique du patient.

➤ Le rôle du médecin dans le système de soin

Le rôle du médecin généraliste est très différent du spécialiste, il n'y a pas obligatoirement un diagnostic précis à la fin de la consultation.

Le médecin généraliste connaît bien ses patients, ses craintes et ses problèmes dans la vie quotidienne.

La CISP2 permet de coder l'ensemble des problèmes y compris sociaux ou « non médicaux », ex : Z03 : problème d'habitat ou de voisinage.

➤ Le plateau technique

Dans notre étude, nous n'avons pas codé les procédures de soins réalisés par le médecin mais cela peut se faire avec la CISP2.

De même, comme nous venons de le voir, la sémiologie du patient hors du cabinet très importante en médecine générale peut-être codé avec la CISP2.

➤ L'influence du temps

Notre étude s'est fait sur les patients d'une seule journée de chacun des médecins généralistes. L'influence du temps n'a donc pas pu être étudiée.

Cependant, comme nous l'avons vu à l'introduction, la CISP2 nous permet une prise en charge dans le temps avec une succession d'épisode de rencontre et une structuration au sein de chacune des rencontres avec le schéma SOPAP.

➤ L'environnement social

Le chapitre social est très utile pour la médecine de soins primaires.

V. Conclusion

Notre étude sur la description des consultations en médecine générale retrouve en moyenne 2.5 résultats par consultation et on remarque la proportion importante de résultats de consultation correspondant à des symptômes sans diagnostics retrouvés (près d'un tiers).

On retrouve des affinités entre les patients et les médecins qui sont principalement une augmentation de l'âge du patient avec l'âge du médecin et une augmentation de patientes pour les médecins de sexe féminin.

Les principaux problèmes retrouvés sont les problèmes d'ordre général, cardiovasculaire, ostéo articulaire, respiratoire, métabolique et psychiatrique.

On note une place très importante de la prévention avec probablement un rôle pro actif du médecin généraliste.

Il existe de nombreuses affinités entre les caractéristiques des patients et des résultats de consultation. Ces affinités sont beaucoup moins marquées entre les caractéristiques des médecins et les résultats de consultation et sont probablement en corrélation avec les différences de patientèle des médecins.

Les analyses multivariées nous permettent de distinguer 3 grands groupes :

- Patients de 75 ans et plus, vus à domicile pour des problèmes cardiovasculaires, urologiques et métaboliques.
- Médecins de sexe féminin entre 45 et 54 ans avec des problèmes gynécologiques, liés à la grossesse, l'accouchement ou la fertilité.
- Médecins de 30 à 44 ans, enfants jusqu'à 16 ans et problèmes ORL ou respiratoires

L'ensemble des résultats par les internes de médecine générale avec la CISP2 nous a permis de décrire précisément les pathologies rencontrées et leurs liens avec les patients. L'exploitation de ses résultats pourra renforcer la formation pratique, théorique et la validité de l'évaluation des internes en DES de médecine générale.

En ce qui concerne la faisabilité de la CISP2, elle est très bonne pour des étudiants en médecine générale en stage de supervision directe pour coder les résultats de consultation. Son utilisation a cependant été incomplète ; les motifs de consultation et les procédures n'ont pas été pris en compte.

Une étude sur l'ensemble de la France utilisant la CISP2 dans son intégralité (motifs, diagnostics et procédures de soins) est en cours : étude ECOGEN. Il s'agit d'une étude multicentrique sur environ 60 centres rattachés à des départements universitaires.

Le recueil se fait également par les internes en médecine générale sur 200 consultations consécutives.

Elle aura pour objectif de décrire la distribution des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé pris en charge par les médecins généralistes de France et également de décrire les procédures de soins réalisés, associés aux principaux problèmes de santé.

L'utilisation complète de la CISP2 permet une prise en compte de l'ensemble du système patient-médecin.

La CISP2 est centrée sur le patient avec une approche multidimensionnelle et elle montre également les réponses des acteurs producteurs de soins que sont les médecins (démarche clinique et procédures effectuées).

Son caractère international peut nous permettre de comparer les différentes pathologies rencontrées en fonction des pays.

Son utilisation dans la clinique quotidienne pourrait apporter des éléments en matière de recherche (diagnostics retrouvés en fonction des symptômes rapportés par le patient, procédures réalisées en fonction des diagnostics...). Elle pourrait également répondre aux besoins pédagogiques pour les médecins généralistes et les étudiants en ayant une meilleure connaissance des pathologies rencontrées.

De même, des perspectives cliniques peuvent être envisagées avec par exemple un accès direct à des bases de connaissance informatisées pour les médecins généralistes (aide à la démarche diagnostique, conduite à tenir ou encore aide à la prescription en fonction des codes retrouvés).

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques qui ont été utilisées pour l'écriture de ce travail sont classées par ordre de première citation dans le texte :

1. CHEVREUIL K, LE FUR P, RENAUD T, SERMET C
Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville
IRDES
Biblio n°1648 Oct.2006
2. LETRILLIART Laurent
Evaluation du projet prometheus de codage des problèmes de santé diagnostiqués en médecine générale-Réseau alpha médica
Mai 2004
3. World family doctors. Caring for People (WONCA Europe)
La définition européenne de la médecine générale
2002
4. HONNORAT Charles
L'approche clinique en médecine générale
Faculté de médecine de Rennes
Cours de sémiologie de second cycle de médecine DCEM1
14 Septembre 2009
5. LETRILLIART Laurent
Etude ECOGEN (Eléments de Consultation en médecine Générale) : protocole
15 Mars 2011
6. CITEE J
Evaluer les référentiels de codage de la morbidité en médecine générale de ville
Santé publique 1999, volume 11, n°4, pp.503-512
7. CLERC Pascal
Des classifications médicales
Document de recherche en médecine générale6SFMG
Juillet 1997, DRMG n°49 (pages 8-19)
8. MAESEMANS Michel
Atelier du CISP Club, Namur 28 et 29 Octobre 2000
CISP ou Braun faut-il choisir ?
9. Société française de médecine générale
Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale révision 2010
N°66-70 Juin 2010
10. CISP club
www.cispclub.org

11. ROLAND M, JAMOULLE M, DENDEAU B
Approche taxinomiques en médecine de famille
Dendeau Care Edition Bruxelles
Décembre 1996
12. HEINZ Bhend
ICPC-2 Premiers pas
Primary care 2008;8n°6
13. CASSEL Eric
Classification des actes (focus sur le CISP) et réseau intranet médical
L Flament 04-2003
[http : //www.ulb.ac.be/esp/cisp/](http://www.ulb.ac.be/esp/cisp/) (à partir du site CISP club belges)
chapitre 3 : structuration des données médicales
14. ELBAUM Mireille
Les consultations et visites des médecins généralistes. un essai de typologie
DRESS n°315 Juin 2004
15. KANDEL O, DUHOT O, VERY G, LEMASSON F, BOISNAULT P
Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale?
La revue du praticien médecine générale
Tome 18 n°656/657 Juin 2004
16. SICART Daniel
Les médecins au premier Janvier 2011
Document de travail de la DREES n°157 Mai 2011
17. Société française de médecine générale
www.sfm.org
18. DELEAU E, KANDEL O, MAUGARD JF
Activité d'une interne de médecine générale en SASPAS
La revue du praticien médecine générale
Tome 19 n°684/685 7 Mars 2005
19. OKKES IM , POLDERMAN GO, FRYER GE, YAMADA T, BUJAK M, OSKAM SK, GREEN
LA, LAMBERTS H
The role of family practice in different health care systems
The journal of family practice, January 2002
Vol 51 n°1
20. NGUYEN TAN LH, PAULUS D, PESTIAUX D
Pourquoi les patients âgés belges consultent-ils leur médecin généraliste ?
Louvain médical 124, Février 2005
21. SILVA N, MENDIS K
One day general practice morbidity survey in Sri Lanka
Family practice Oxford university, Press 1998
Vol 15 n° 4

22. HUIBERS et AL

Diagnostics scope in out of hours primary care services in eight European countries : an observational study

BMC Family Practice 2011,12:30

[http : //www.biomedcentral.com/1471-2296/12/30](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/30)

23. BONIOL Clement

L'exercice de la médecine générale au sein d'une UCSA

Thèse de médecine générale année 2011

Annexe 3 : questionnaire médecin

	ECA (Nom Prénom)
	Age ECA
	Sexe ECA (Homme=0, Femme=1)
	Durée d'installation (Années)
	Adresse mail de l'ECA
	Commune
	Code postal
	Caractère de la commune (1=Rural 0= Urbain)
	Mode d'exercice (Groupe=1, Seul=0)
	Date de saisie des données (Format: JJ/MM/AAAA)
	Jour de cotation (Lu Ma Me Je Ve)
	Interne (Nom, Prénom)
	Adresse mail de l'interne
	Code d'identification (Deux premières lettres des noms et prénoms de l'interne ET ECA suivies du code postal)

Annexe 4 : questionnaire patients

						Code d'identification
						Cabinet (1), Visite (0)
						N° patient
						Âge
						Sexe (Femme=1, Homme=0)
						Problèmes de santé
						Code 1
						Code 2
						Code 3
						Code 4
						Code 5
						Code 6
						Code 7
						Code 8
						Code 9
						Code 10
						Code 11
						Code 12
						Code 13
						Code 14
						Nombre de Codes saisis

Résumé et mots clés :

Titre : description des consultations en médecine générale à partir de la CISP2 sur un échantillon de médecins généralistes en Haute Normandie

Résumé :

Décrire la diversité de la médecine générale, l'enseigner et la comprendre nécessite un outil adapté. La CISP2 est un outil de codage des consultations. Elle permet le recensement et le suivi du patient dans les trois composantes bio-psycho-sociale.

L'objectif de notre étude était de mieux cerner les résultats de consultation en médecine générale, de rechercher des affinités avec les caractéristiques des médecins et des patients et d'évaluer la faisabilité de la CISP2 pour le codage des actes en médecine générale.

Le recueil a été effectué par 44 internes en stage de supervision directe lors d'une journée de consultation auprès de 87 médecins généralistes.

2010 patients et 5106 diagnostics furent répertoriés.

On observe une augmentation de l'âge des patients avec celui des médecins et une augmentation de la proportion de patientes chez les médecins de sexe féminin.

On retrouve en moyenne 2.5 résultats de consultation par patient et par consultation.

Les principaux problèmes retrouvés sont d'ordre général, cardio-vasculaire, ostéo-articulaire, respiratoire, métabolique et psychologique.

On constate une place très importante de la prévention.

Les analyses multivariées montrent une association de problèmes cardio-vasculaires urologiques et métaboliques chez les patients de 75 ans et plus vus à domicile, des diagnostics ORL et respiratoires plus fréquents chez les enfants de moins de 16 ans, des problèmes gynécologiques associés à une population de 16 à 44 ans consultant des médecins femmes de 30 à 44 ans.

La faisabilité du codage avec la CISP2 par les internes en stage de supervision directe chez le médecin généraliste est très bonne.

Le codage des actes par les internes en médecine générale en stage avec la CISP2 décrit précisément les pathologies rencontrées et leurs liens avec les caractéristiques des patients.

L'exploitation des résultats renforcera la formation pratique et la validité de l'évaluation des étudiants en médecine générale.

Mots clés : CISP2, codage, consultation, médecine générale

