



La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN

Maxime Maisonneuve

► To cite this version:

Maxime Maisonneuve. La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01514479

HAL Id: dumas-01514479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514479>

Submitted on 26 Apr 2017

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

La fréquence de la douleur comme motif de consultation en
médecine générale : résultats issus de l'étude ECOGEN.

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Maxime Maisonneuve

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 13/04/2017

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Pr Bosson

Membres

M. le Dr Vassort (directeur de thèse)

M. le Dr Gaboreau

M. le Pr Bouzat

Mme le Dr Fuentes

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Résumé

Afin d'extraire les leviers qui amélioreront la gestion de la douleur en médecine générale, l'étape préalable semblait être l'identification et la description du critère douleur au sein de la consultation du médecin généraliste.

C'est une étude épidémiologique descriptive et analytique ancillaire de l'Etude Ecogen. Les motifs de consultation (MC), résultats de consultation (RC) et procédures de soins (PC) ont été codés selon la classification internationale des soins primaires, version 2 (CISP-2). Les objectifs étaient de définir la fréquence du Motif « douleur » en médecine générale, dépeindre la population ayant consulté pour ce motif et décrire le contenu de cette consultation.

18647 patients ont été inclus. Parmi ces 18647 consultations, 6715 présentaient au moins un motif douloureux, soit 36%. Le sex-ratio s'élevait à 1.6 femmes pour un homme ($p < 0.001$). Les plus de 60 ans ($n=2542$) étaient les plus nombreux; mais le motif douloureux était sous représenté ($p=0.01$). Les MC et RC algiques les plus fréquents étaient respectivement, l'odynophagie ($n=940$) et l'infection des voies respiratoires supérieures ($n=625$), dans le cadre d'un recueil hivernal. Néanmoins plus globalement, les plaintes ostéoarticulaires étaient les plus fréquentes ($n=3947$ soit 49%). Les RC avaient une distribution symétrique aux MC. 20635 PC ont été recueillies, soit 3 procédures par consultation. 75% des consultations ont abouti à des ordonnances médicamenteuses.

Par conséquent le motif algique est fréquent en médecine générale. Le contenu de ces consultations a été décortiqué et l'importance de l'interrogatoire mis en exergue.

Abstract

To help general practitioners efficiently assess, manage and review patients with pain, the preliminary stage seemed to be the identification of « the criteria pain » in general practice.

This is a descriptive and analytical epidemiological ancillary study of Ecogen. The motives for consultation (MC), results of consultation (RC) and procedures of care (PC) were coded according to the international classification of primary care, version 2 (CISP-2). The objectives were to define frequency of the Motive "pain" in general medicine, to describe population having consulted for this motive and to describe contents of this consultation.

18647 patients were included. Among these 18647 consultations, 6715 presented at least a painful motive (36%). The sex-ratio amounted to 1.6 women for a man ($p < 0.001$). People over 60 years old ($n = 2542$) were the most numerous; but the painful motive was under represented ($p = 0.01$). The most frequent MC and RC was respectively, the throat pain ($n = 940$) and the infection of superior respiratory tracts ($n = 625$), in a context of winter data collection. Nevertheless there was bones and muscles pain the most frequent painful complaint ($n = 3947$ - 49 %). The RC had a symmetric casting in the MC. 20635 PC were collected, that is 3 procedures by consultation. 75 % of the consultations ended in medicinal prescriptions.

So the algique motive is frequent in general medicine. The contents of the consultations were described and the importance of questioning was highlighted.

Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Introduction	6
Matériel et Méthodes	8
1. ECOGEN :	8
1. Schéma de l'étude.....	8
2. Classification CISP-2 (5)	9
3. La structure de la consultation dans Ecogen	9
2. Le motif douloureux issu de l'étude Ecogen.....	10
3. Les procédures de soins issues de l'étude Ecogen.....	12
4. Objectifs de l'étude	12
5. Les outils d'analyse	13
Résultats	14
1. La fréquence du Motif douleur en médecine générale.....	14
2. Les caractéristiques de la population douloureuse.....	15
3. Les motifs de consultation algiques dans Ecogen.....	17
4. Les résultats de consultation associés au Motif douleur.....	19
5. Concordance entre le MC cité par le patient et le RC diagnostiqué par le praticien. ..	23
6. Les procédures de consultation	24
7. Durée des Consultations selon leur motif.....	26
Discussion	28
Conclusion	39

Annexes	41
1. CISP-2 – la grille de codification	42
2. Description de l'âge de notre population d'étude ayant présenté un motif algique	44
3. Les résultats de consultation.....	45
Bibliographie	48
Remerciements	51

Introduction

Pour le professionnel de santé la douleur revêt de multiples visages. Son expression dépend de l'étiologie douloureuse et du vécu exprimé par le patient. Cette interdépendance rend le phénomène douloureux complexe. Pour le patient la douleur peut s'apparenter à une chute, une rupture, un message d'alerte s'immisçant dans son quotidien. La complexité douloureuse réside dans la compréhension neurophysiologique et dans l'analyse du type, de l'intensité et du retentissement de cette douleur. Il s'agit à chaque patient d'une nouvelle démarche totalement personnalisée devant permettre un passage d'un état douloureux à un autre état d'équilibre, toujours différent d'avant. Eschyle le constatait déjà « Il est bon d'apprendre à être sage à l'école de la douleur. ».

Qu'en est-il de la fréquence de la plainte douloureuse en médecine générale ? En 1998 une étude publiée dans « Douleur et analgésie » mettait en exergue une prévalence de 43% du motif douleur en médecine générale(1). 5 ans auparavant une étude présentée au septième congrès mondial de la douleur fixait cette même prévalence à 54%(2). Ces deux pourcentages élevés corroboraient la réalisation du premier plan « douleur » en 1998 (1998-2000(3)). Ce premier plan douleur s'articulait autour de 3 axes principaux : le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins ; le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur ; la prise en compte de la demande du patient et l'information du public. Depuis d'autres plans se sont succédés tentant de renforcer les coopérations entre ville et hôpital. La question de l'efficacité du premier recours est posée par le dernier plan national. Son but était d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients *en sensibilisant les acteurs de premier recours*. Afin d'extraire les leviers qui permettront d'améliorer la gestion de la douleur en médecine ambulatoire, une première étape indispensable semblait être l'identification du critère douleur dans la consultation de médecine générale. Analysée scrupuleusement dans les services d'accueil des Urgences et

dans les services chirurgicaux, elle a été paradoxalement absente de la recherche en médecine générale, pourtant maillon de première ligne.

L'objectif principal de cette étude a été de définir la fréquence du motif « douleur » en consultation de médecine générale et d'y associer les résultats de consultation et procédures de soins en découlant. Pour cela nous avons utilisé les données fournies par l'étude Ecogen (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale)(4).

Matériel et Méthodes

1. ECOGEN :

1. Schéma de l'étude

L'étude ECOGEN est une étude descriptive transversale nationale multicentrique menée à l'initiative du Collège National des Généralistes Enseignants. Le recueil des données s'est déroulé du 28/11/2011 au 30/04/2012. Ce recueil a été réalisé par 54 internes de médecine générale pendant leur stage ambulatoire chez 128 médecins généralistes, maîtres de stage universitaires (MSU), de 27 facultés de médecine françaises. 20 613 consultations ont été incluses dans ECOGEN. L'interne effectuait la consultation, le MSU observait.

Etaient répertoriés par les internes : des données sociodémographiques concernant le patient (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle), les motifs de consultation, résultats de consultation et procédures de soins prescrites ou réalisées. Un motif de consultation (MC) était défini sur les propos rapportés par le patient – le motif de consultation était subjectif. Un résultat de consultation (RC) représentait la conclusion du médecin au terme de la consultation : c'était le diagnostic. Les procédures de soins (PC) étaient définies par les actions réalisées ou programmées par le médecin durant la consultation. Ces données étaient codées selon la classification internationale des soins primaires, version 2 (CISP-2). Les patients étaient informés du projet d'étude par un affichage dans la salle d'attente du cabinet. Lors de la consultation le médecin recevait ou non son consentement.

Les caractéristiques des MSU étaient les suivantes :

- 43 femmes sur la totalité des 128 MSU, soit 33.6%. La moyenne d'âge s'élève à 52.6 ans (écart type à 8 environ).
- 22.7 % exercent en rural (soit 29 MSU), 25.8% en semi-rural (33 MSU) et 51.6% en urbain (66 MSU).

Un dossier a été transmis de façon globale à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pour l'ensemble de l'étude ECOGEN.

2. Classification CISP-2 (5)

La CISP est une classification qui dérive de la classification internationale des maladies, version 6 (CIM-6 (actuellement CIM-10)) adaptée aux soins primaires. Elle a été conçue par la WONCA, la « World Organization of Family Doctors », et a été révisée en 1998 afin d'élaborer la CISP-2. Cette classification permet de coder les motifs et résultats de consultation ainsi que les procédures de soins. La CISP présente une structure bi-axiale. Elle comprend sur un axe 7 composants identifiés par un chiffre et sur un second axe 17 chapitres basés sur les systèmes corporels identifiés par une lettre.

Les composants 1 à 7 se subdivisent en :

1. Symptômes et plaintes : 1 à 29
2. Procédures diagnostiques et préventives : 30 à 49
3. Procédures thérapeutiques et médication : 50 à 59
4. Résultats de tests : 60 à 61
5. Administratif : 62
6. Références et autres motifs de contact : 63 à 69
7. Diagnostics et maladies : 70 à 99

Les 17 chapitres identifiés par une lettre sont cités en annexe. L'ensemble forme des rubriques alphanumériques. Par exemple :

- A 01 = douleur générale
- D 04 = douleur anale/rectale
- L 34 = examen de sang sur trouble ostéoarticulaire
- N 90 = algie vasculaire de la face

3. La structure de la consultation dans Ecogen

Dans l'étude Ecogen, la consultation se structurait en 3 dimensions :

- Motif de consultation (MC) : demande de soins formulée par le patient

- Résultat de consultation (RC) : conclusion de la consultation rendue par le médecin
- Procédure de soin (PC) : acte effectué dans le cadre de soins médicaux, incluant les actes diagnostiques, thérapeutiques, administratifs et préventifs.

Un ou plusieurs motifs de consultations correspondaient à un seul résultat de consultation. En découlaient toujours une ou plusieurs procédures de soins. L'association *MC (1 ou plusieurs) + RC (1 seul) + PC (1 ou plusieurs)* formait un panier de soin ou épisode de soin (Fig 1). La consultation était alors constituée d'un ou plusieurs paniers de soins selon la pluralité des demandes émises par le patient.

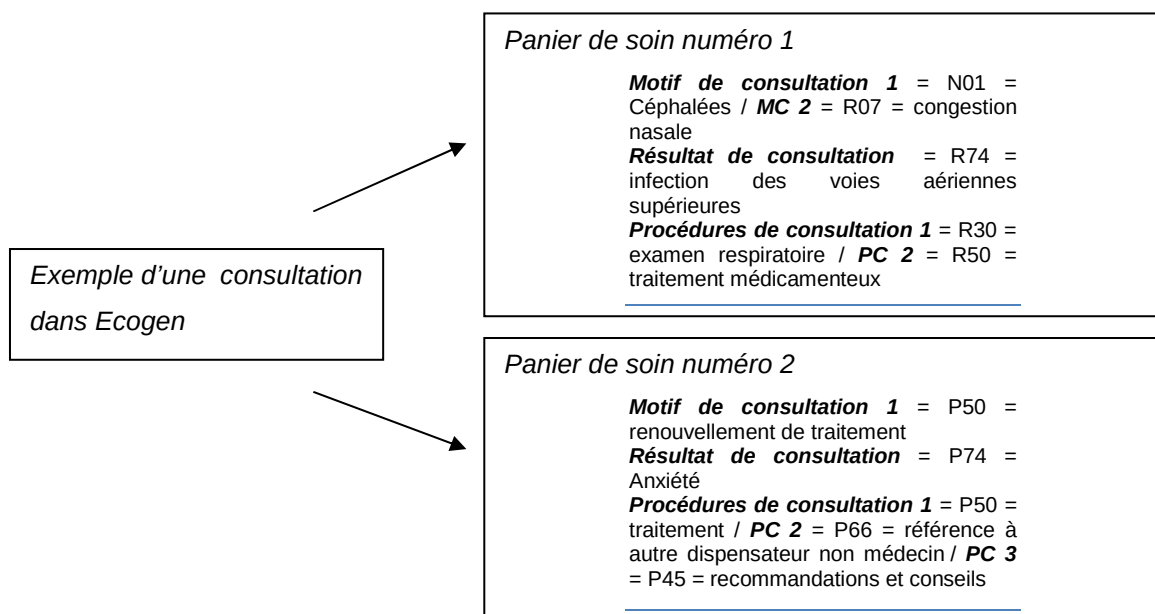


Fig.1 : Illustration de l'articulation d'une consultation dans Ecogen.

2. Le motif douloureux issu de l'étude Ecogen

Ce travail est étude épidémiologique descriptive et analytique ancillaire de l'Etude Ecogen. Les patients nés avant 2008, issus de la population d'Ecogen, ont constitué la population de notre étude. La population cible a exprimé une plainte douloureuse. Il n'y a pas eu d'échantillonnage.

Les motifs de consultations codés P 01 à P 29 n'ont pas été retenus dans notre étude. Ces codes représentaient les douleurs morales, l'angoisse et la tristesse de l'humeur.

Néanmoins toute douleur citée en motif de consultation a été sélectionnée, tant bien même son résultat de consultation était un diagnostic psychiatrique.

Une douleur exprimée lors d'un renouvellement de traitement d'une maladie chronique douloureuse a été incorporée à l'étude.

Les 47 codes associés à un motif douleur sont présentés dans le tableau 1.

<i>Codes de la CISP2</i>	<i>Motifs douloureux correspondants</i>
A Généralités et non spécifié	A01 : Douleur générale/ de sites multiples A11 : Douleur thoracique non classée ailleurs
B Système hématopoïétique	B02 : Adénopathie douloureuse
C Système digestif	D01 : Douleurs abdominales à type de crampes généralisées D02 : Epigastralgie D04 : Douleur anale D06 : Autre douleur abdominale localisée D19 : Symptôme ou plainte des dents/gencives D20 : Symptôme ou plainte buccal, labial ou lingual
F Oeil	F01 : Œil douloureux
H Oreille	H01 : Otalgie
K Cardiovasculaire	K01 : Douleur cardiaque K02 : Oppression thoracique K03 : Douleur cardiovasculaire non classée ailleurs
L Ostéoarticulaire	L01 à L20 (sauf L06) : Symptômes ou plaintes cervico-lombaire, thoracique, axillaire, mâchoire, épaule et tout le membre supérieur, hanche et tout le membre inférieur, myalgie, douleur articulaire ou musculaire non classée ailleurs
N Neurologique	N01 : Céphalées N03 : Douleur de la face
R Respiratoire	R01 : Douleur du système respiratoire R09 : Symptôme ou plainte des sinus R21 : Symptôme ou plainte de la gorge
S Cutanée	S01 : Douleur ou hyperesthésie cutanée
U Appareil urinaire	U01 : Dysurie/miction douloureuse
X Appareil génital féminin	X01 : Douleur génitale chez la femme X02 : Douleur menstruelle X03 : Douleur inter menstruelle X04 : Rapport sexuel douloureux X18 : Douleur mammaire
Y Appareil génital masculin	Y01 : Douleur du pénis Y02 : Douleur scrotale

Tableau 1 : Présentation des codes de la CISP2 classant comme motif douloureux.

3. Les procédures de soins issues de l'étude Ecogen

Afin de faciliter l'étude des procédures de soins inhérentes à chaque consultation douleur, elles ont été regroupées comme stipulé dans le tableau ci-dessous.

<u>Nouveaux groupes de procédures</u>	<u>Procédures et codes CISP-2</u>
L'examen clinique	30 et 31
Examens biologiques	32 à 38
Examens paracliniques morphologiques ou fonctionnels	39 à 42
Prévention, conseils et éducation pour la santé	44 45 49 et 58
Les traitements médicamenteux	50
Les autres thérapeutiques prescrites ou réalisées au cabinet (sutures, kinésithérapie...)	51 à 57, et 59
Demande d'avis spécialisé médical ou non via lettre ou adressage	66 à 68
Demande d'avis urgente durant la consultation	46 et 47
Procédures diverses – administratif	43, 48, 60 à 65, 69

Tableau 2. Les procédures de soins issues de la CISP-2 compartimentées en nouveaux groupes d'analyse.

4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de définir la fréquence du Motif « douleur » en consultation de médecine générale.

Les Objectifs secondaires étaient de :

- dépeindre la population ayant consulté pour un motif douloureux en explicitant les variables sexe, âge, et catégorie socioprofessionnelle
 - o la comparer à la population ayant consulté pour un motif non douloureux
- Définir les durées d'une consultation selon le type de motif douloureux évoqué
- Lister les RC liés aux différents motifs de douleurs et les classer par appareil.
 - o Exposer leur concordance par rapport au MC
- Répertorier les PC (diagnostiques, thérapeutiques, et préventives)

- o Comparer les PC (prescription d'actes de biologie, d'imagerie et le nombre d'avis spécialisés sollicités) en fonction du lieu d'exercice du MSU

5. Les outils d'analyse

La distribution des variables qualitatives a été exprimée en pourcentage. L'étude de la significativité des différences pour ces pourcentages a été testée par le calcul du Khi-2. Un p inférieur ou égal à 0.05 faisait office de valeur seuil de significativité.

La concordance entre le motif énoncé par le patient et le résultat de consultation a été illustrée par le coefficient Kappa de Cohen. Afin de tester la concordance entre le MC et le RC, le premier MC cité par le patient dans le panier de soin correspondant a été retenu. Le MC était dit concordant au RC si les deux appartenaient au même chapitre d'organe dans la CISP-2.

Les calculs et tests statistiques ont été réalisés sous Excel 2007.

Résultats

1. La fréquence du Motif douleur en médecine générale

Le diagramme de flux ci-dessous présente les modalités de sélection de la population cible de l'étude. 20781 consultations étaient éligibles pour Ecogen. Les 168 refus y ont été soustraits ainsi que les 1966 enfants nés après 2008. Notre population d'étude s'élevait donc à 18647 patients. **6715 consultations** présentaient au moins un motif douloureux: la fréquence des consultations issues d'Ecogen et contenant au moins un motif douloureux a été établie à **36%**.

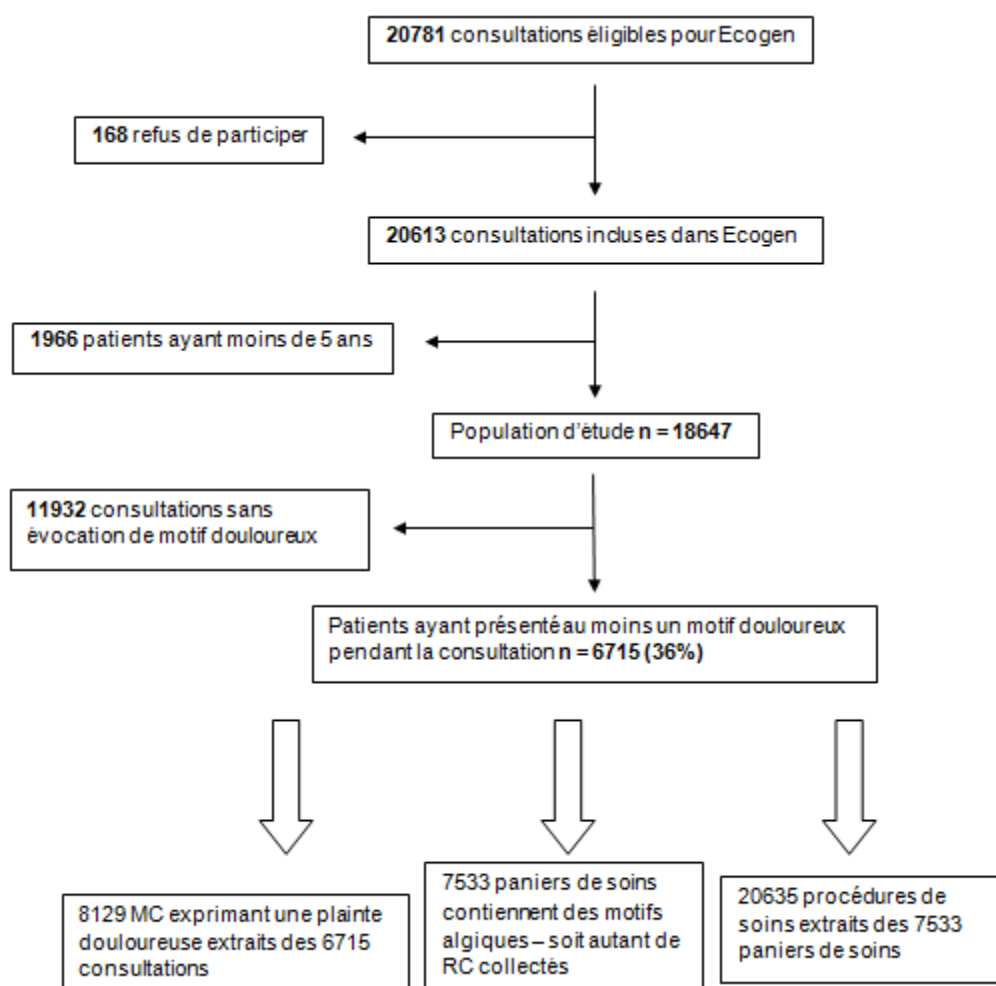


Diagramme de flux illustrant la sélection des patients issus de l'étude Ecogen.

2. Les caractéristiques de la population douloureuse

Population douloureuse (%)								
Sexe	Femmes	Hommes						
6715	4152 (62)	2536 (38)						
Catégorie socio professionnelle	Agriculteur	Artisan Commerçant	Cadre supérieur	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier	Retraité	Sans emploi
6715	31 (0,4)	249 (4)	378 (5,6)	469 (7)	1636 (24)	330 (5)	1947 (29)	1675 (25)
Age (ans)	Moins de 20	20-40	40-60	Plus de 60				
6715	819 (12)	1463 (22)	1981 (30)	2452 (36)				

Tableau 3. Caractéristiques de la population d'étude ayant présenté au moins motif algique.

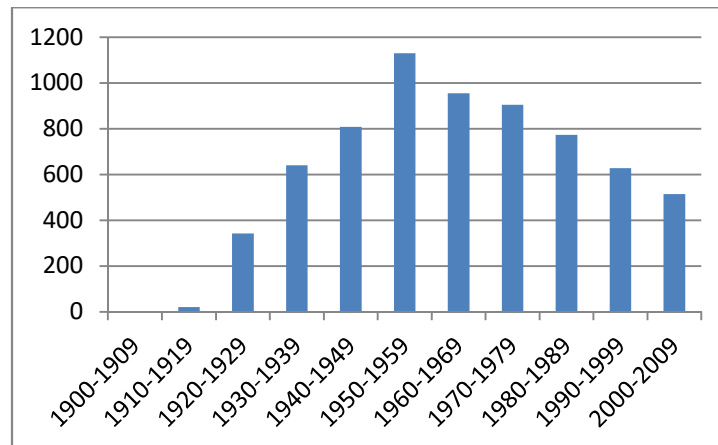
Nous avons dénombré 6715 consultations liées à un motif douloureux dans l'étude Ecogen. Le sex-ratio s'établissait à 1.6 femmes pour un homme, soit 4152 femmes pour 2563 hommes. Le motif douloureux concernait plus les femmes ($p<0.001$).

	Motif douloureux évoqué	Pas de motif douloureux	Total	Khi 2
Nombre de consultations	6715	11932	18647	
Femmes	4152 (62)	6861 (57)	11013	$p<0,001$
Professions				
Agriculteur	31 (0.4)	40 (0.3)	71	$p=0,17$
Artisan ou commerçant	249 (4)	314 (2)	563	$p<0,001$
Cadre supérieur - profession intellectuelle	378 (5.6)	646 (5.4)	1024	$p=0,55$
Profession intermédiaire	469 (7)	725 (6)	1194	$p=0,015$
Employé	1636 (24)	2291 (19)	3927	$p<0,001$
Ouvrier	330 (5)	470 (3.9)	800	$p=0,001$
Retraité	1947 (29)	4716 (39.7)	6663	$p<0,001$
Sans emploi	1675 (25)	2730 (23)	4405	$p=0,001$
Âge				
moins de 20 ans	819 (12)	1501 (12)	2320	$p=0,45$
20 40 ans	1463 (22)	2580 (23)	4043	$p=0,79$
40 60 ans	1981 (30)	3270 (27)	5251	$p=0,002$
Plus de 60 ans	2452 (36)	4581 (38)	7033	$p=0,01$

Tableau 4. Caractéristiques de la population ayant présenté un motif douloureux comparées aux caractéristiques des non douloureux dans Ecogen.

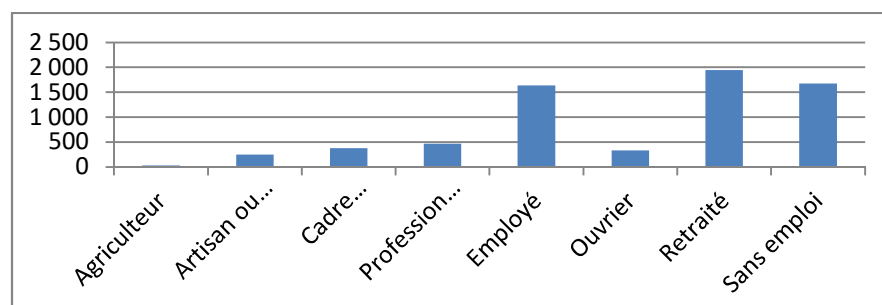
La médiane d'âge des patients sélectionnés pour l'étude s'élevait à 48 ans. L'écart type était évalué à 22 ans (cf. Box plot en annexe). Les patients âgés de 40 à 60 ans ($n=1981$ - 30%) consultaient plus souvent pour un motif douloureux que pour un autre motif ($p=0.002$). Les plus de 60 ans ($n=2542$ – 36%) étaient les plus nombreux à consulter pour un

motif douloureux – mais le motif douloureux était sous représenté par rapport aux autres motifs ($p=0.01$). Le tableau 15 en annexe présente l'effectif des patients inclus en fonction de la tranche d'âge. Ceci est illustré par le graphe 1.



Graph 1. Années de naissance des patients présentant au moins un motif douloureux dans Ecogen.

Les retraités étaient les plus représentés dans notre étude ($n=1947$), cependant ils consultaient moins pour un motif algique que pour d'autres motifs ($p<0.001$). Les personnes sans emploi ($n=1675$), les employés ($n=1636$) et les ouvriers ($n=330$) consultaient plus fréquemment (p inférieur ou égal à 0.001) pour un motif douloureux que pour un autre motif (cf. Tableau 4). L'analyse exclusive des motifs douloureux ostéoarticulaires retrouvait une surexposition douloureuse des employés ($n=846$ soit 26% - $p=0.01$) et des retraités ($n=1116$ soit 35% - $p<0.001$). Les sans emplois sont moins exposés ($n=544$ soit 17% - $p<0.001$).



Graph 2. Professions des patients ayant consulté pour un motif douloureux dans l'étude ECOGEN.

3. Les motifs de consultation algiques dans Ecogen

Codes (NCA : non classée ailleurs)	Effectifs	Codes	Effectifs
A01 Douleur générale/ de sites multiples	227	K02 Oppression thoracique	21
A11 Douleur thoracique NCA	131	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	6
B02 Adénopathie douloureuse	44	L01 Symptôme ou plainte (S/P) du cou	278
D01 Crampes abdominales généralisées	659	L02 S/P du dos	373
D02 Epigastralgie	231	L03 S/P des lombes	625
D04 Douleur anale	44	L04 S/P du thorax	123
D06 Autre douleur abdominale localisée	128	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	2
D19 Symptôme des dents/gencives	61	L07 S/P de la mâchoire	16
D20 Symptôme buccal, labial, lingual	116	L08 S/P de l'épaule	381
F01 Œil douloureux	57	L09 S/P du bras	98
H01 Otalgie	341	L10 S/P du coude	88
K01 Douleur cardiaque	41	L11 S/P du poignet	90
L12 S/P de la main et du doigt	192	R09 Symptôme ou plainte des sinus	52
L13 S/P de la hanche	156	R21 Symptôme ou plainte de la gorge	940
L14 S/P de la jambe et de la cuisse	363	S01 Douleur ou hyperesthésie cutanée	52
L15 S/P du genou	467	U01 Dysurie/miction douloureuse	193
L16 S/P de la cheville	117	X01 Douleur génitale chez la femme	30
L17 S/P du pied ou de l'orteil	281	X02 Douleur menstruelle	13
L18 Douleur musculaire	245	X03 Douleur inter menstruelle	1
L19 Myalgie NCA	11	X04 Rapport sexuel douloureux	16
L20 S/P d'une articulation NCA	41	X18 Douleur mammaire	36
N01 Céphalées	662	Y01 Douleur du pénis	12
N03 Douleur de la face	6	Y02 Douleur scrotale	21
R01 Douleur du système respiratoire	41		

Tableau 5. Récapitulatif des 47 codes douloureux et leur effectif dans notre étude.

On comptait 8129 motifs algiques exprimés. Soit 1.2 motifs douloureux en moyenne par consultation. 751 (soit 11%) consultations voyaient le motif algique apparaître après le deuxième panier de soin.

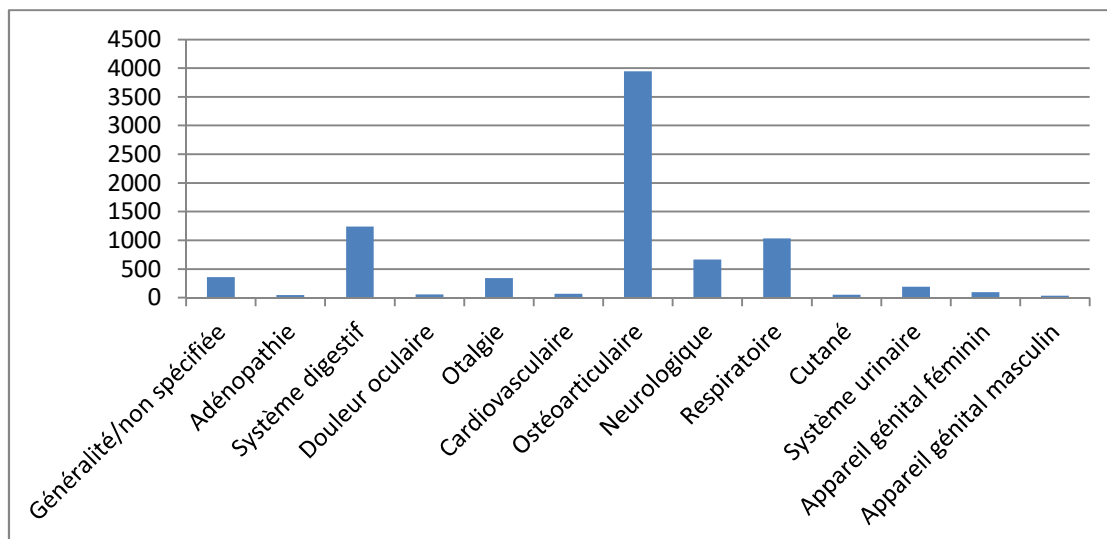
Les cinq motifs douloureux les plus fréquents étaient:

- Odynophagie (n= 940 (R21))
- Céphalée (n=662 (N01))
- Douleur abdominale et crampe (n=659 (D01))
- Lombalgie (n=625 (L03))
- Gonalgie (n=467 (L15))

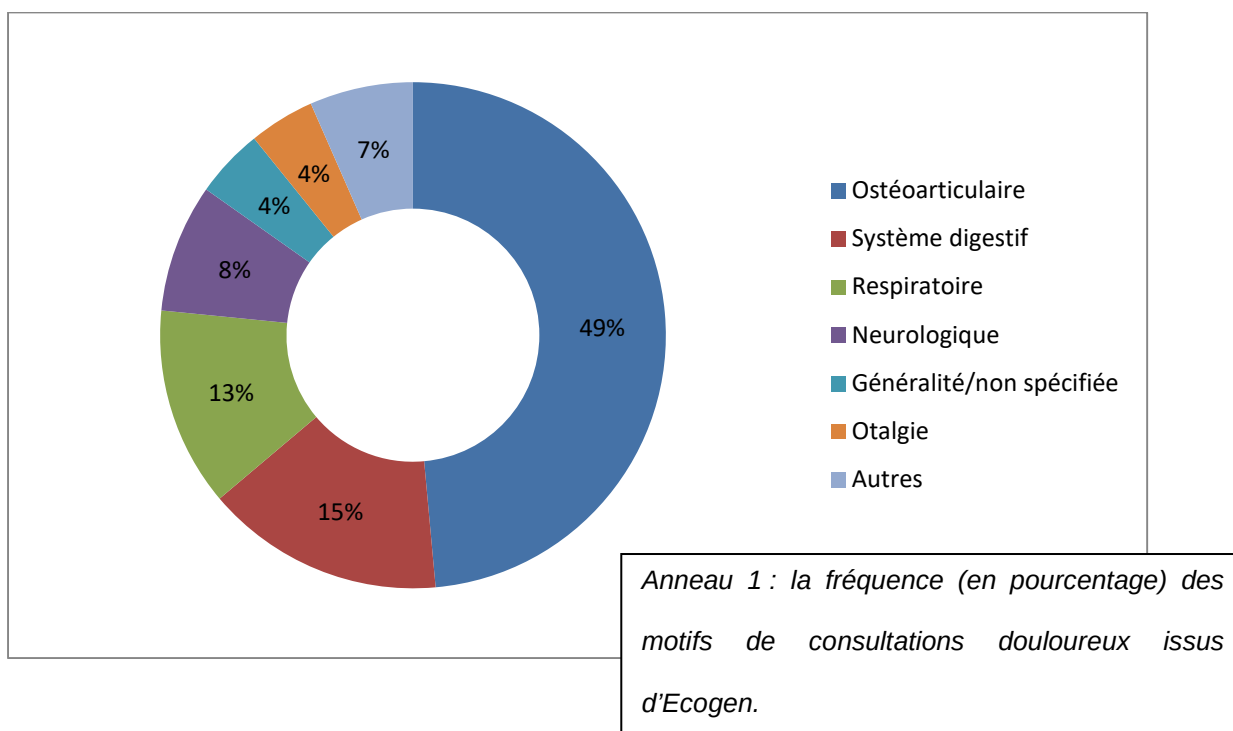
Ils sont classés en fonction des organes de la CISP-2 dans le graphe 3, l'anneau 1 et le tableau 6. Les douleurs d'origine ostéoarticulaire étaient les plus représentées, soit 3947 consultations (49%). On dénombrait 1239 consultations (15%) imputables à une douleur digestive et 1033 (13%) liées à une douleur ORL ou de l'arbre trachéo-bronchique.

Généralité/non spécifiée	358 (4%)
Adénopathie	44 (1%)
Système digestif	1239 (15%)
Douleur oculaire	57 (1%)
Otalgie	341(4%)
Cardiovasculaire	68 (1%)
Ostéoarticulaire	3947 (49%)
Neurologique	668 (8%)
Respiratoire	1033 (13%)
Cutané	52 (1%)
Système urinaire	193 (2%)
Appareil génital féminin	96 (1%)
Appareil génital masculin	33 (0%)
Total général	8129 (100%)

Tableau 6. Effectifs des MC classés par appareil selon la CISP-2 (et leur pourcentage)



Graph 3. Motifs de consultation classés selon la CISP-2. En ordonnées sont inscrits les effectifs. En abscisses sont inscrits les noms de ces organes selon la CISP-2.



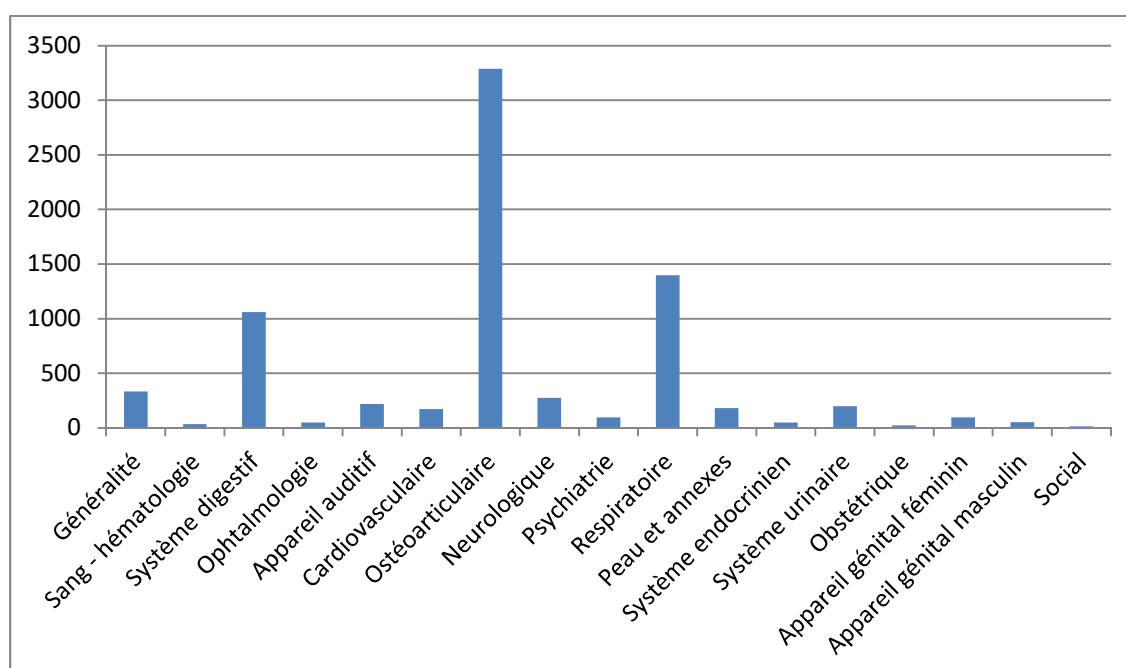
4. Les résultats de consultation associés au Motif douleur

On dénombrait 7533 paniers de soins contenant au moins un motif douloureux exprimé par le patient. En annexe le tableau 17 présente tous les RC par code.

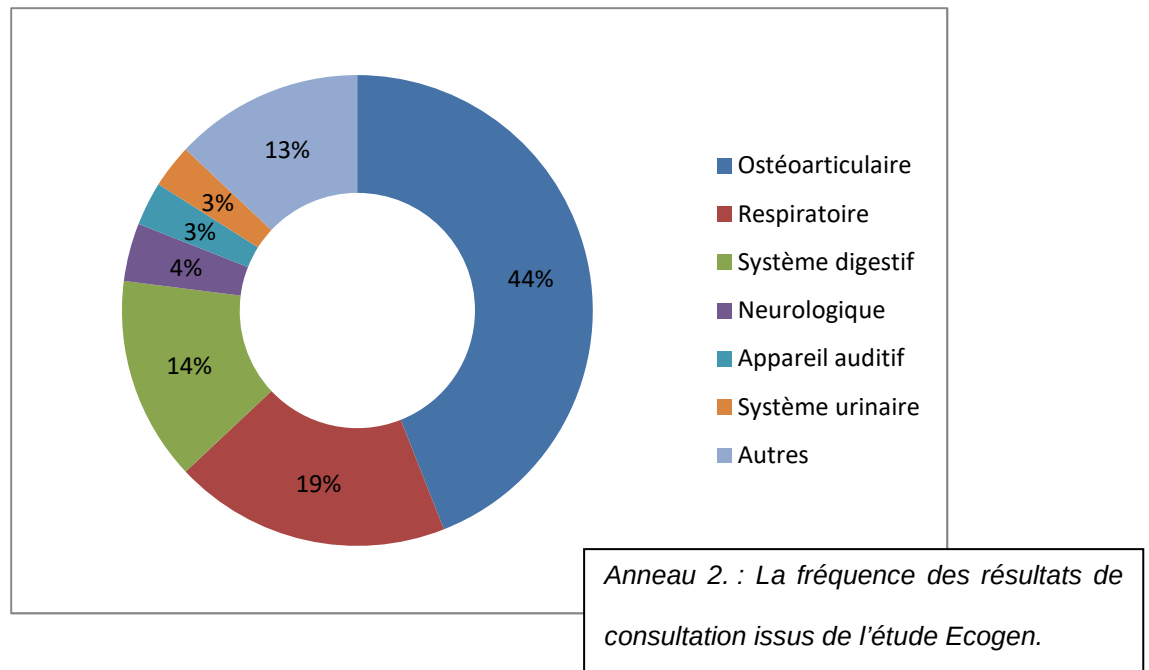
Les résultats de consultation classés par appareil mettaient en évidence une sur représentation des causes ostéoarticulaires (n=3288 – 44%) devant les étiologies respiratoires (n=1397 – 19%) et digestives (n=1059 – 14%).

Généralité	332	4%
Sang - hématologie	34	0%
Système digestif	1059	14%
Ophtalmologie	50	1%
Appareil auditif	220	3%
Cardiovasculaire	171	2%
Ostéoarticulaire	3288	44%
Neurologique	274	4%
Psychiatrie	95	1%
Respiratoire	1397	19%
Peau et annexes	181	2%
Système endocrinien	48	1%
Système urinaire	198	3%
Obstétrique	24	0%
Appareil génital féminin	97	1%
Appareil génital masculin	51	1%
Social	14	0%

Tableau 7. Effectifs des RC classés par organe d'appartenance selon la CISP-2 (et leur pourcentage).



Graphe 4. Les résultats de consultation classés par appareil selon la CISP-2.



Les 3 résultats de consultation les plus fréquemment retrouvés étaient:

- Infection des voies respiratoires supérieures R74 (n=625)
- Syndrome dorsolombaire sans irradiation L84 (n=352)
- Bursite, tendinite, synovite non classées ailleurs L87 (n=311)

51% des RC classés dans l'appareil digestif correspondaient à un des symptômes présentés par le patient. Autrement dit le diagnostic était l'un des motifs de consultation exposés par le patient. Il en était de même pour les RC cutanés (55%), ceux concernant l'appareil génital féminin (73%) et les adénopathies (65%).

Parmi les 541 RC d'origine digestive étiquetés symptômes, étaient citées:

- 175 crampes abdominales généralisées (D01)
- 106 épigastralgies (D02)
- 70 constipations (D12)

Les 22 RC d'origine hématologiques étiquetés symptômes étaient des adénopathies (B02). Parmi les 99 RC cutanés, apparaissaient 34 ecchymoses (S16) et 12 infections de doigts/orteils (S09) notamment. Parmi les 71 RC liés à l'appareil génital féminin, les douleurs

menstruelles (X02 - n=19) et les douleurs mammaires (X18 - n=15) étaient les symptômes les plus fréquemment retrouvés.

Organes selon CISP-2	Nombre de RC étiquetés symptômes	Pourcentages
Généralité	132	40%
Sang - hématologie	22	65%
Système digestif	541	51%
Ophtalmologie	9	18%
Appareil auditif	22	10%
Cardiovasculaire	30	18%
Ostéoarticulaire	1322	40%
Neurologique	103	38%
Psychiatrie	27	28%
Respiratoire	63	5%
Peau et annexes	99	55%
Système endocrinien	5	10%
Système urinaire	48	24%
Obstétrique	9	38%
Appareil génital féminin	71	73%
Appareil génital masculin	10	20%
Social	0	0%
Total/Moyenne	2513	33%

Tableau 8. Pourcentages de symptômes reconnus comme résultats de consultation.

A contrario les douleurs de l'arbre trachéo-bronchique étaient très souvent associées à un diagnostic précis (95%).

Au total 33% des paniers de soins ont abouti à un des MC exprimés par le patient en début de consultation (cf. tableau 8).

5. Concordance entre le MC cité par le patient et le RC diagnostiqué par le praticien.

Le tableau 9 présente les taux de concordance entre MC et RC en fonction de l'organe codé par la CISP-2.

MC et RC selon la CISP-2	Concordance
Généralité/non spécifiée	29%
Adénopathie	48%
Système digestif	79%
Douleur oculaire	87%
Otalgie	69%
Cardiovasculaire	51%
Ostéoarticulaire	84%
Neurologique	27%
Respiratoire	94%
Cutané	73%
Système urinaire	79%
Appareil génital féminin	77%
Appareil génital masculin	78%
Moyenne des concordances	67%

Tableau 9. Taux de concordance entre MC et RC.

Le motif de consultation énoncé par le patient correspondait dans 67 % des cas au résultat de consultation élaboré par le médecin (coefficient Kappa de Cohen à 0.67). Le meilleur taux de concordance se situait au niveau des douleurs de l'arbre trachéo-bronchique. Une plainte respiratoire exprimée par le patient était reconnue dans 94% des cas comme d'origine respiratoire par le médecin.

Seulement 27% des céphalées aboutissaient à un résultat de consultation neurologique. Au sein de celles-ci 72 étaient définies en tant que symptômes en fin de consultation (soit 11%). Il apparaissait que 51% des céphalées étaient associées à une infection des voies aériennes supérieures, étiquetées dans un tiers des cas comme une sinusite. Les autres principaux RC associés au Motif céphalée sont cités dans le tableau 10.

Les RC issus de N01	RC
	72 (N01) Céphalées
27 % diagnostics neurologiques	50 (N89) Migraines
	20 (N95) Céphalées de tension
51 % de diagnostics respiratoires	235 (R74 et R75) Infections voies aériennes respiratoires dont sinusites
	15 (K86 et K87) HTA
22% d'autres diagnostics	16 (A77) Maladies virales non classées ailleurs
	30 (D70 et D73) Gastro-entérites virales ou plus largement infectieuses

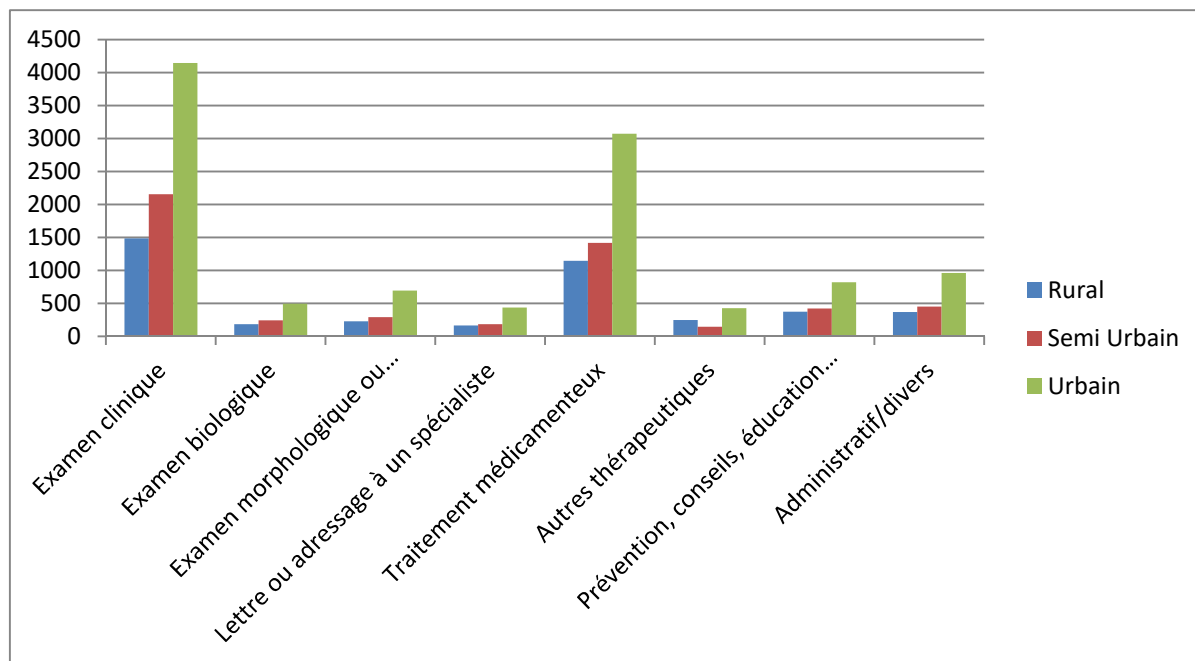
Tableau 10. Les RC issus du MC céphalées (N01=662).

6. Les procédures de consultation

Nous avons extrait 20635 PC au sein des 7533 paniers de soins et des 6715 consultations comprenant un motif douloureux exprimé. Soit 3 procédures/consultation en moyenne.

Procédures de soins/Milieu d'exercice du MSU	Rural (%)	Semi rural (%)	Urbain (%)	Total (%)
Examen clinique	1488 (35)	2155 (40)	4144 (37)	7787 (38)
Examen biologique	188 (5)	243 (5)	498 (4)	929 (4)
Examen morphologique ou fonctionnel	228 (5)	292 (5)	697 (6)	1217 (6)
Avis spécialisé via un adressage ou courrier	169 (4)	186 (3)	440 (4)	795 (4)
Avis spécialisé urgent durant la consultation	5 (0)	6 (0)	35 (0)	46 (0)
Traitements médicamenteux	1145 (27)	1417 (27)	3070 (28)	5626 (27)
Autres thérapeutiques	250 (6)	147 (3)	428 (4)	825 (4)
Prévention, conseils	374 (9)	426 (8)	821 (7)	1621 (8)
Administratif/divers	373 (9)	452 (9)	964 (9)	1789 (9)
Total	4220 (100)	5324 (100)	11097 (100)	20635 (100)

Tableau 11. Les procédures de consultation au sein d'un même lieu d'exercice.



Graph 5. Les procédures de soins réalisées en fonction du lieu d'exercice du MSU.

Un examen clinique (partiel ou non) était réalisé dans 93% des consultations. L'examen clinique représentait 38% des PC totales réalisées (Cf. tableau 11). 5626 prescriptions médicamenteuses étaient citées. C'est-à-dire que 3 paniers de soins sur 4 ont été ponctués par une ordonnance médicamenteuse. Les prescriptions médicamenteuses représentaient 27% des PC totales. 14% des consultations (n=929) ont donné lieu à des ordonnances de biologie et 18% (n=1217) à des prescriptions d'examens morphologiques ou fonctionnels.

Procédures de soins/Milieu d'exercice du MSU	Rural (22.7%)	Semi rural (25.8%)	Urbain (51.6%)	Total
Examen clinique	1488 (19)	2155 (28)	4144 (53)	7787
Examen biologique	188 (20)	243 (26)	498 (54)	929
Examen morphologique ou fonctionnel	228 (19)	292 (24)	697 (57)	1217
Avis spécialisé via un adressage ou courrier	169 (21)	186 (23)	440 (55)	795
Avis spécialisé urgent durant la consultation	5 (11)	6 (13)	35 (76)	46
Traitements médicamenteux	1145 (20)	1417 (25)	3070 (55)	5626
Autres thérapeutiques	250 (30)	147 (18)	428 (52)	825
Prévention, conseils	374 (23)	426 (25)	821 (51)	1621
Administratif/Divers	373 (21)	452 (26)	964 (54)	1789
Total	4220 (20)	5324 (26)	11907 (54)	20635

Tableau 12. Les PC exprimées en fonctions des 3 milieux d'exercice du MSU.

795 lettres ont été rédigées pour avis spécialisé (soit 12% des consultations) et 46 (0.7% des consultations) avis immédiats ont été sollicités. Les PC administratives et les conseils pour l'éducation pour la santé représentaient entre 8 et 10 % des PC réalisées.

En rural l'examen clinique était un peu moins pratiqué (n=1488 soit 19%) et la prescription de thérapeutiques autres que l'ordonnance médicamenteuse traditionnelle était surreprésentée (n=250 soit 30% - cf. Tableau 12). Le corolaire était la sur-prescription médicamenteuse en ville (n= 3070 ordonnances soit 55% des prescriptions pharmaceutiques réalisées). De même en ville, l'avis spécialisé au moment même de la consultation était plus usité (n=35 soit 76%).

Les médecins ruraux prescrivaient significativement moins d'examens morphologiques que les médecins urbains ($p=0.009$ – cf. Tableau 12). Au niveau des prescriptions d'examens biologiques il existait une sur prescription en urbain et semi-rural par rapport à la campagne ($p=0.02$). En matière de nombre d'avis spécialisés sollicités, les médecins ruraux et semi ruraux en pratiquaient moins que les médecins installés en ville ($p=0.04$).

Procédures de soins étudiées	Milieu rural	Milieu semi-rural	Milieu urbain	Total	Significativité
Avis spécialisé	169 (21)	186 (23)	440 (55)	795	$p=0,04$
Examen biologique	188 (20)	243 (26)	498 (54)	929	$p=0,02$
Examen morphologique	228 (19)	292 (24)	697 (57)	1217	$p=0,009$
Total	585	721	1635	2941	$p=0,003$

Tableau 13. PC réalisées selon le lieu de pratique du MSU et significativité.

7. Durée des Consultations selon leur motif

En l'absence de motif douleur, la moyenne de la durée de la consultation était estimée à 17.2 minutes. La moyenne de la durée d'une consultation était évaluée à 17.5 minutes quand un motif douloureux était cité. Mais cette durée variait selon le type de douleur présentée. Les consultations les plus longues, en moyenne 22 minutes, étaient les

douleurs thoraciques. A contrario la consultation de virose respiratoire était plus courte, en moyenne à 14 minutes.

Type de douleur selon CISP 2	Moyennes des durées
Douleur généralisée	19
Adénopathie	15
Douleur abdominale	17
Douleur oculaire	14
Otalgie	15
Douleur thoracique	22
Douleur ostéoarticulaire	19
Céphalées	16
Douleur respiratoire	14
Douleur cutanée	19
Douleur Urinaire	18
Douleur génitale féminine	18
Douleur génitale masculine	17
Moyenne des Cs douleur	17,5
Moyenne des Cs sans douleur	17

Tableau 14. Moyenne des durées d'une consultation selon type de motif douloureux.

Discussion

36 % des consultations extraites de l'étude ECOGEN comportaient au moins un motif douloureux; soit 6715 consultations chez les 5 ans ou plus.

L'âge de 5 ans a été fixé afin que l'enfant puisse exprimer une plainte douloureuse et afin d'exclure l'interprétation parentale. Les théories piagésiennes placent le stade préopératoire entre 2 et 7 ans. Marc Zabalía en 2006 (6) écrivait que « la répartition piagésienne de la conception de la douleur n'était observée qu'en consultation libérale ». Il posait également les limites de ce cadre interprétatif : « la douleur n'est pas un objet conceptuel définissable de manière logique et rationnelle, c'est une expérience sensorielle, affective et émotionnelle ». Par conséquent le cadre piagésien ne paraissait pas des plus adaptés lorsque l'objectif était de cibler un âge d'intérêt pour l'étude. D'autant plus qu'il existe des variabilités inter individus en termes d'avancée intellectuelle et de maturité affective. L'étude de Ross et Ross (1984) (7) stipulait que 70 % des enfants de 5 à 12 ans ($n = 994$) étaient en capacité d'utiliser de nombreux adjectifs pour décrire une douleur unique. L'âge de 5 ans a donc été retenu.

La fréquence d'apparition d'un motif douloureux dans une consultation de médecine générale varie dans la littérature. Une étude épidémiologique rétrospective suédoise, datant de 2002, avançait un chiffre de 30% (8). Dans la thèse de Claire Cesbron (9) ce pourcentage pouvait même atteindre 60%, mais l'effectif de la population d'étude était faible. Tajfel et Al (1) en 2002 et Boureau et Al (2) en 1993 retrouvaient respectivement 43% et 54% de consultations motivées par une plainte douloureuse. Notre étude présente un chiffre intermédiaire. Fort d'une bonne puissance statistique, le chiffre de 36% paraît coller pleinement à l'activité quotidienne d'un médecin généraliste.

Le projet Prometheus (10) fut une étape préalable à l'étude Ecogen. Il a validé la possibilité de codage informatique des données de consultation dans la pratique quotidienne de la médecine générale. Ecogen est allé plus loin: son objectif était de décrire la distribution

des motifs de consultation associés aux principaux problèmes de santé (résultats de consultation) pris en charge en médecine générale en France. Avec un panel de MSU considéré comme représentatif de la population médicale française (4), la validité extrinsèque de notre chiffre de 36% en ressort renforcée.

Le mode d'inclusion des consultations dans Ecogen permettait d'éliminer un biais de déclaration médical, l'interne se trouvant au cœur de la consultation. Mais placé en observateur, le maître de stage universitaire impliquait un biais de pratique. En effet, 93% des consultations ont vu la réalisation d'un examen clinique. Le fait que la consultation soit menée par l'interne en stage explique probablement cette valeur élevée. La redondance des examens cliniques, 7787 pour 7533 paniers de soins, est expliquée par sa comptabilisation pour chaque organe. Par exemple un examen clinique cardiologique et une palpation abdominale au sein d'une même consultation sont comptabilisés comme deux examens cliniques.

Nous avons inclus 47 MC (cf. tableau 1) qui collaient pleinement à l'expression d'une douleur. Dans le chapitre des causes ostéoarticulaires, tous les motifs « symptômes et plaintes » furent assimilés à des phénomènes douloureux. Ceci nous paraissait justifié de part l'expérience clinique quotidienne. Nous avons choisi de ne pas inclure les douleurs morales mais également de ne pas préjuger du caractère organique ou psychogène du motif algique évoqué. L'objectif était de respecter l'expression douloureuse du patient.

Le sex-ratio s'élevait à 1.6 femmes pour un homme. Notre population douloureuse comportait 62% de femmes (n=4152) alors que la population non douloureuse, issue d'Ecogen, comptait 57% de femmes (n=6861). Cette différence était significative, $p < 0.001$ (cf. tableau 4.). Cette donnée est récurrente dans la littérature. Tajfel et Al présentait un chiffre de 3 femmes pour un homme. Sébastien-Ludovic Mak en 2014 exposait (11): «la proportion des femmes consultantes pour motif douloureux est supérieure aux hommes notamment au-delà de 15 ans ». Son travail était une étude rétrospective longitudinale se

basant sur les données du réseau de l'observatoire de médecine générale. Données recueillies sur 17 ans de 1994 à 2010.

La douleur toucherait autant les hommes que les femmes mais la gestion de celle-ci serait différente et amènerait les femmes à consulter plus fréquemment. Cette différence épidémiologique serait basée sur 2 concepts:

- Une différence sexuelle : physiologiquement les seuils douloureux de la femme sont abaissés. La participation des hormones sexuelles dans l'élaboration du niveau du seuil douloureux n'est plus à prouver (12). De plus la répétition des phénomènes douloureux émaillant la vie d'une femme, comme les règles ou l'accouchement, abaisserait indéniablement le seuil douloureux.
- Une différence de genre : l'expression culturelle de la douleur diffère selon le genre. L'homme s'interdira une expression trop fréquente ou trop appuyée de sa propre douleur afin de coller au standard de la masculinité.

La moyenne d'âge des patients douloureux (échantillon 2010) dans l'étude épidémiologique rétrospective de S.L Mak (11) était de 44 ans. Ce chiffre est proche de la médiane d'âge de nos patients douloureux établie à 48 ans. Peut-on conclure à 2 groupes distincts de douloureux selon l'âge? Une douleur aiguë du jeune et une douleur volontiers chronique l'âge s'élevant? Notre étude ne permettait pas de trancher cette « transition épidémiologique douloureuse ». S.L Mak indiquait néanmoins que les seniors souffrent plus de douleurs chroniques.

En parallèle, les personnes de plus de 60 ans, bien que les plus nombreuses dans notre étude (n=7033), consultaient statistiquement moins fréquemment pour un motif douloureux. En effet 36% (n=2452) consultaient pour un motif douloureux contre 38% (n=4581) pour un autre motif – p=0.01 (cf. tableau 4). Deux questions abondent alors. La douleur ne remplirait-elle plus son rôle d'alerte plus l'âge avançant? Ou est-ce un biais de sélection des patients? Il est avéré que l'incidence douloureuse augmente avec l'âge et que la fréquence des douleurs chroniques augmente. Dans le cas de l'étude Ecogen, l'absence

de visite à domicile pourrait donc biaiser nos résultats. Une population gériatrique douloureuse étant le plus souvent cloîtrée au domicile, son pourcentage pourrait bien être sous estimé dans notre travail.

Au final le facteur âge pourrait être un argument d'alerte intéressant dans le cadre d'une consultation douloureuse en médecine ambulatoire. La quarantaine semblant voir se jouer en son sein une transition d'un stimulus douloureux aigu vers du chronique.

Que dire à propos du lien entre douleur et catégorie socio professionnelle (CSP)? Les personnes sans emploi (25% n=1675), les employés (24% n= 1636), les artisans (4% n= 249) et les ouvriers (5% n=330) consultaient plus fréquemment pour un motif douloureux que pour un autre motif.

- Pour exemple, les employés: 24% VS 19% $p < 0.001$ cf. Tableau 4.

Au contraire les retraités consultaient plus pour d'autres motifs (29% de MC algiques VS 39.7% autres motifs, $p < 0.001$), comme par exemple un renouvellement d'ordonnance. Il n'y avait pas de différence significative pour les agriculteurs ou les professions intermédiaires.

Le rapport SV 50 produit en 2003 par les médecins du groupe épidémiologique du Cisme (Association représentative des Services de Santé au Travail Interentreprises) et des chercheurs du Creapt – CEE (Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail – Centre d'Etudes de l'Emploi) (13) mettait en exergue une douleur plus fréquente chez les ouvriers par rapport aux salariés du tertiaire (page 19 – graphique 4. Santé). De même cette enquête affirmait que 2/3 des femmes et 58% des hommes salariés de plus de 50 ans ressentaient des douleurs au travail: un risque algique socio professionnel est clairement défini et augmenterait avec l'âge.

L'étude Eurogrip en 2000 stipulait que « 34% des travailleurs européens souffraient de problèmes de dos, et 23% de douleurs musculaires dans le cou et les épaules » (14). Cette étude mettait l'accent sur la fréquence des troubles musculo squelettiques dans le monde du travail. Ceci est corroboré par notre focus sur les motifs algiques ostéoarticulaires.

Nous retrouvons une différence significative pour les employés (26% VS 24% $p=0.01$) qui consultent plus fréquemment pour une douleur ostéoarticulaire. Les sans emplois consultent plus pour d'autres douleurs que pour un motif musculo squelettique ($p<0.001$).

Les métiers les plus difficiles physiquement et les horaires décalés apparaissent comme plus pourvoyeurs de douleurs (13). Mais également un travail mal reconnu, non enrichissant, voire l'absence de travail, altère la sensation de bien être. Au total ces trois aspects (dureté physique, horaires et valorisation) rendent complexe la prévention du risque algique au travail. Pour illustration, citons le rapport SV50 dans deux domaines très contrastés :

- « La construction concentre des facteurs d'usure physique et l'exposition aux risques, ainsi que les traces de ces expositions (douleurs, vieillissement précoce) ; mais il se signale aussi par de nombreuses réponses positives sur l'utilité du travail, les occasions d'apprendre, voire les changements positifs dans la situation de travail »
- « Les activités financières, à l'abri des astreintes physiques, mais fortement en butte au travail sous pression, aux changements mal vécus est – peut-être pour ces raisons – en tête de tous les secteurs pour les intentions de quitter le travail avant l'âge de plein droits ».

Les motifs de consultations les plus cités parmi les 47 retenus étaient l'odynophagie ($n=940$), les céphalées ($n=662$), et les douleurs abdominales ($n=659$). Néanmoins lorsque les MC sont classés en fonction des organes de la CISP-2, il est retrouvé:

- 49% ($n= 3947$) de motifs ostéoarticulaires
- 15% ($n=1239$) de motifs digestifs
- 13% ($n= 1033$) de motifs trachéobronchiques ou respiratoires
- 8% ($n= 668$) de motifs neurologiques largement représentés par les céphalées ($n=662$)

7533 résultats de consultations ont été répertoriés; ces résultats correspondaient au panier de soins auquel ils étaient rattachés. On cite:

- 44% (n= 3288) de RC ostéoarticulaires
- 19% (n= 1397) de RC bronchiques et respiratoires
- 14% (n= 1059) de RC digestifs

Avec 625 infections des voies aériennes (R74), cette étiologie était la plus fréquemment retrouvée lorsqu'un motif douloureux était évoqué. Un biais de saisonnalité du recueil de données prend ici une place prépondérante. On retrouve seulement 4% de RC neurologiques car les céphalées masquaient en fait, pour moitié, un diagnostic d'infection des voies aériennes supérieures dont les sinusites.

Les étiologies ostéoarticulaires restaient les plus représentées. La littérature abonde en ce sens également (1): l'étude de Tajfel plaçait la sphère rhumatologique (31%) en premier puis les douleurs ORL (24%) et digestives (14%). De plus, les troubles musculo squelettiques sont responsables de la majorité des douleurs chroniques: sur 148 patients 90% des douleurs étaient dues à une cause rhumatismale dans une étude parue dans Exercer en 2005 (15).

Une étude anglaise plaçait en 1999 la douleur chronique comme atteignant 46.5% de la population générale (16). En France l'enquête STOPNEP indiquait que 32% de la population souffre de douleurs chroniques (17). Cette fréquence augmente au fil des années. Dans notre étude il est difficile de départager l'aigu du chronique.

Dans le cas de douleurs chroniques, l'impact psychologique pour le patient n'est pas négligeable. L'objectif serait d'anticiper ces phénomènes de chronicisation. Nous avons vu précédemment que l'âge pouvait aider: la quarantaine serait propice à la chronicisation. Les médecins québécois livrent des pistes de réflexion quant à la gestion de la lombalgie et le risque de passage à la chronicité. Ils évoquent l'existence de «yellow flags» pouvant faire suspecter une chronicisation future. Il s'agit de:

- Facteurs cliniques (intensité de la douleur)
- Facteurs professionnels (Conflit notamment)
- Facteurs psychologiques (burn out, attitude passive)

Ceci révèle une nouvelle fois le caractère multidisciplinaire de la prise en charge de ces douleurs chroniques et l'intérêt de les dépister en soins ambulatoires.

Dans 67% des cas, le motif imputé par le patient comme motivant la consultation correspondait au résultat consigné par le médecin. Méthodologiquement nous avons apprécié ce taux de concordance en nous basant sur la classification par organe spécifié par la CISP-2. Un RC était dit correspondant au MC si les deux se situaient dans la même catégorie organique selon la CISP-2. Par exemple si un œil douloureux (comme MC (F01)) aboutissait à un diagnostic de conjonctivite infectieuse (F70), le RC était concordant. Cette tentative de corrélation doit donc être relativisée par un biais de classification inhérent à notre méthodologie. En effet un MC «adénopathie» B01 pouvait aboutir à une angine R76 – rendant ces 2 données non concordantes sur le plan méthodologique alors que leur concordance clinique se vérifie.

Néanmoins c'est un chiffre d'un grand intérêt car le motif de consultation est une donnée très simple à recueillir. L'utilité de l'écoute de son patient est ainsi soulignée. Il pourrait permettre un sérieux élagage diagnostique en début de consultation. Dans notre travail ce haut niveau de corrélation est à relativiser selon l'organe responsable de la douleur. Par exemple « la céphalée » (N01) était un MC qui aboutissait à une pluralité diagnostique: seulement 27% de diagnostics d'origine neurologiques; dont la migraine était la tête de gondole. 50 migraines (soit 7.5% des céphalées) et 20 céphalées de tension étaient citées. Elle était souvent une conséquence d'autres pathologies: HTA, causes vasculaires et surtout infectieuses, dans 51% des cas. La saisonnalité de l'étude prend ici toute sa place. A contrario les plaintes douloureuses respiratoires étaient très souvent (94%) associées à un RC classé dans la catégorie trachéobronchique. Ce chiffre abonde dans le sens d'un diagnostic clinique plus simple à obtenir devant ce type de douleur.

Cette étude de concordance s'intègre aisément au bouillonnement actuel de la recherche à propos des outils d'aide au diagnostic. Au congrès de médecine générale de Nice en 2010 une enquête s'intéressait à ces outils (18) et concluait qu'un effort

d'harmonisation et de vulgarisation devait être réalisé. Le dictionnaire des résultats de consultation (DRC) mis en forme par la société française de médecine générale (SFMG) est l'outil d'aide au diagnostic (19) le plus abouti à ce jour, d'autant plus depuis sa mise en abyme avec la CISP-2.

Dans notre étude 51% des RC d'origine digestive étaient en fait des symptômes et non des diagnostics. De même pour 55% des RC cutanés et 73% des RC concernant l'appareil génital féminin. Soit globalement 33% des paniers de soins aboutissaient à un RC de type symptôme. Dans le détail les 71 RC-symptômes de l'appareil génital féminin correspondaient pour moitié à des douleurs menstruelles et des douleurs mammaires. Autant les douleurs mammaires n'ont pas de cadre diagnostique, autant les douleurs menstruelles peuvent être considérées comme un cadre nosologique clair: c'est un biais de classification. De plus les ecchymoses cutanées ou les infections de doigt, les deux plus gros pourvoyeurs de RC-symptômes cutanés, sont considérés comme des symptômes selon la CISP-2 – cette considération paraît critiquable.

Néanmoins les 33% des paniers de soins aboutissant à un RC de type symptôme se rapprochent largement des 27% de résultat de consultation correspondant à un symptôme cardinal (cf. abrégé de gestion de l'incertitude en médecine générale – cité par l'observatoire de médecine générale) (20). Ce «tiers» de RC moins précis semble peu compressible. La certitude diagnostique n'est pas tenable dans notre activité de médecin généraliste.

Certaines douleurs sont donc de diagnostic facile et d'autres plus complexes, comme la céphalée. Malgré les outils dont nous disposons au cabinet, certains RC resteront toujours flous, de part le cadre spatiotemporel restreint de notre consultation. Et cela même si l'interrogatoire apparaît crucial: Maurice Bellet, estime que l'écoute active permet 70% des diagnostics (21). La consultation motivée par une plainte douloureuse nous paraît alors adéquate à l'analyse de l'incertitude diagnostique. La schématisation des positionnements (15) face à cette incertitude en médecine générale est décrite par Géraldine Bloy. Les mots comme miroirs des maux? Une position mesurée entre vigilance scientifique, outils

diagnostics basés sur l'*Evidence based médecine* et écoute active du patient nous semble opportune.

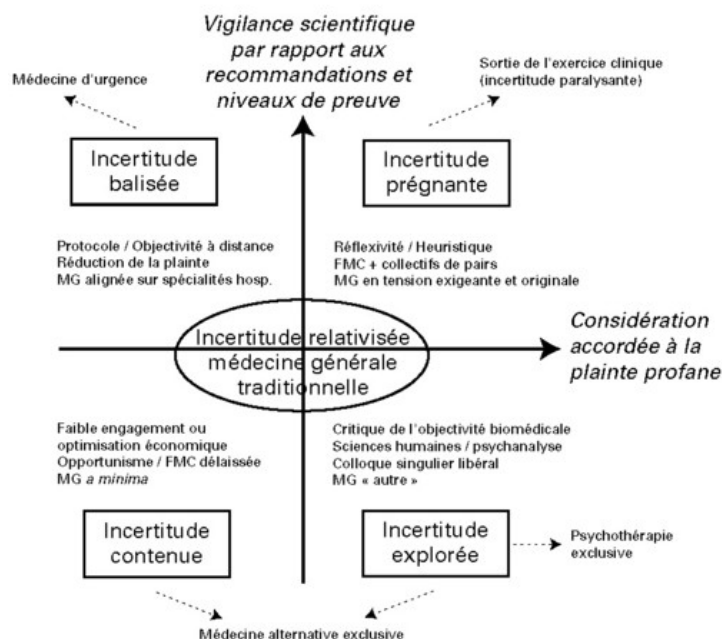


Schéma 1: illustration de la gestion de l'incertitude clinique en médecine générale.(22)

Enfin les difficultés d'appréhension diagnostique de certaines douleurs ne cacheraient-elles pas des douleurs fonctionnelles? La problématique somato-psychique semble sous-évaluée en France. Notre étude ne permet pas d'étayer ce questionnement. Mais en l'absence de diagnostic certain, il est tout de même possible de soulager son patient.

Nous avons extrait 20635 procédures de consultations (PC) concluant une consultation motivée par une douleur. Chaque consultation était à l'origine de 3 PC environ, bien que de grosses disparités existent. Cécile Raber (23) explicitait 2.92 procédures/consultations lorsque celles-ci étaient conclues par un diagnostic de lombalgie. Au sein de l'étude Ecogen globale, 80,7 % des consultations ont donné lieu à une prescription médicamenteuse (24). Nous retrouvons un taux de 75% quand le panier de soins est lié à un symptôme douloureux. Ce qui pose la question de la prescription systématique d'un antalgique...

80% des consultations donnaient lieu à la prescription d'au moins un médicament en France en médecine générale. Ce chiffre est issu d'une étude réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2002 (25). Nous retrouvions des chiffres un peu plus élevés chez Tajfel et Al avec un taux de 91% (1). Sébastien-Ludovic Mak évoquait quant à lui 52.9 % (11), mais ce chiffre représente les traitements antalgiques, spécificité non disponible dans notre travail.

Concernant les avis spécialisés cités dans notre étude, le chiffre de 12% est un peu plus élevé que les 7% avancés par l'étude de Tajfel et Al.

Lorsque les PC réalisées sont comparées en fonction du lieu de pratique du médecin généraliste, on observe une moindre prescription d'examen morphologique en rural (19%) par rapport aux médecins urbains (57%) – $p=0.009$. De même en terme d'avis spécialisés sollicités: les médecins ruraux et semi-ruraux en réalisent moins qu'en ville – $p=0.04$.

Cela dépeint-il les disponibilités du médecin? Ou une différence dans la méthodologie de travail? Ces pourcentages dépeignent des médecins ruraux moins demandeurs...moins connectés? Plus solitaires par choix ou nécessité? L'étude ne permet pas de répondre à ces questions mais le constat méritait d'être posé.

La durée moyenne de consultation dans notre étude est de 17.5 minutes/consultation. Un rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (26) faisait état en 2002, d'une durée moyenne d'environ 15 minutes pour une consultation au cabinet de médecine générale. Une enquête des URPS d'île de France (27) admettait, en 2012, une durée moyenne des consultations de médecine générale à 17 minutes. Toutes ces durées sont proches. Elles dépendraient surtout des caractéristiques du patient. A la lumière de nos résultats la présence d'une douleur augmente faiblement la durée moyenne de la consultation. Cependant ce chiffre est à modérer selon le type de douleur. La plainte ostéoarticulaire demandait en moyenne une durée de 19 minutes. A contrario la plainte ORL ne requérait que 14 minutes.

Logiquement les douleurs thoraciques étaient les plus chronophages – avec une moyenne de «22 minutes». Ceci est corroboré par une étude de 2008 menée par Donner-Banzoff et Al (28): «Compte tenu de la faible valeur pronostique positive des symptômes susceptibles d'évoquer une origine coronarienne, le médecin ne doit se laisser influencer ni par ses impressions ni par le vécu de la douleur thoracique des patients».

Par conséquent la connaissance de ces durées moyennes peut faire anticiper la complexité de certaines consultations. Les consultations motivées par certaines douleurs doivent alerter le praticien sur les ressources de communication et de reformulation à appliquer afin de relever le challenge de diagnostic et de guérison. Un challenge qui passera par une prise en charge individualisée et un dépistage rapide, comme en atteste les objectifs du projet d'envergure européen « DOLORisk ».

Conclusion

« L'évaluation globale de la douleur ressentie par le patient ainsi que le bilan des traitements pris (...) sont les démarches préalables à la prise en charge de la douleur » confirme l'AFSSAPS en 2011 (29). Mais à quelles douleurs sont confrontés les médecins généralistes? Nous avons tenté de dépeindre le paysage algique rencontré en soins primaires en présentant une étude épidémiologique descriptive et analytique ancillaire de l'Etude Ecogen.

La population d'étude est composée des patients de l'étude Ecogen, nés avant 2008 (soit âgés de 5ans et plus) et présentant un motif de consultation douloureux. 18647 consultations ont été analysées et nous avons mis en perspective 6715 consultations en lien avec un motif algique, soit 36%. Le sex ratio s'élevait à 1.6 femmes pour un homme. La médiane d'âge de la population douloureuse s'établissait à 48 ans. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient d'origine ostéoarticulaire (49%) – mais le motif de consultation le plus cité restait l'odynophagie dans le cadre d'un recueil hivernal. Les étiologies ostéoarticulaires étaient les plus représentées (44%). Dans 67 % des cas le résultat de consultation délivré par le médecin généraliste était corrélé à la plainte douloureuse présentée par le patient. Dans 33% des cas le résultat de consultation était un symptôme et l'étiologie n'était pas spécifiée. Dans le cadre de nos consultations motivées par une douleur, un examen clinique était quasiment toujours réalisé (93% des consultations). Une prescription médicamenteuse ponctuait 3 consultations sur 4 et une ordonnance d'examen morphologique 1 consultation sur 6. La durée moyenne de la consultation contenant au moins un motif douloureux était évaluée à 17.5 minutes. Ces durées étaient hétérogènes et fortement liées à la localisation des douleurs présentées.

Au fil de notre discussion nous avons montré que les éléments d'interrogatoire prenaient une place prépondérante au sein de l'analyse douloureuse en médecine générale. Il paraît primordial de lutter contre la chronicisation de la douleur, et des arguments

épidémiologiques pourraient permettre une anticipation diagnostique. Une seconde étude d'envergure pourrait préciser l'évaluation qualitative de la douleur, ainsi que son intensité, afin de gagner en efficience thérapeutique. L'objectif étant le retour du patient « à un état de complet bien-être physique, mental et social ».

Conclusion signée

THESE SOUTENUE PAR : Maxime MAISONNEUVE

TITRE : La fréquence de la douleur comme motif de consultation en médecine générale. Résultats issus de l'étude ECOGEN.

L'évaluation globale de la douleur ressentie par le patient ainsi que le bilan des traitements pris (...) sont les démarches préalables à la prise en charge de la douleur » confirme l'AFSSAPS en 2011 (31). Mais à quelles douleurs sont confrontés les médecins généralistes ? Nous avons tenté de dépeindre le paysage algique rencontré en soins primaires. Nous présentons une étude épidémiologique descriptive et analytique ancillaire de l'Etude Ecogen.

Notre population d'étude est composée des patients inclus dans l'étude Ecogen, nés avant 2008 (soit âgés de 5ans et plus) et présentant un motif de consultation douloureux. 18647 consultations sont analysées et nous mettons en perspective 6715 consultations en lien avec un motif algique, soit 36%. Nous comptons 1.6 femmes pour un homme. La médiane d'âge de la population douloureuse s'élève à 48 ans. Les motifs de consultation les plus fréquents ont une origine ostéoarticulaire (49%) – mais le motif de consultation le plus cité reste l'odynophagie dans le cadre d'un recueil hivernal. Les étiologies ostéoarticulaires sont les plus représentées (44%). Dans 67 % des cas le résultat de consultation délivré par le médecin généraliste est corrélé à la plainte douloureuse présentée par le patient. Dans 33% des cas le résultat de consultation est un symptôme et l'étiologie n'est pas spécifiée. Dans le cadre de nos consultations motivées par une douleur, un examen clinique est quasiment toujours réalisé (93% des consultations). Une prescription médicamenteuse ponctue 3 consultations sur 4 et une ordonnance d'examen morphologique 1 consultation sur 6. La durée moyenne de la consultation contenant au moins un motif douloureux est évalué à 17.5 minutes. Ces durées sont hétérogènes et fortement liées à la localisation des douleurs présentées.

Au fil de notre discussion nous montrons que les éléments d'interrogatoire prennent une place prépondérante au sein de l'analyse douloureuse en médecine générale. Il paraît primordial de lutter contre la chronicisation de la douleur, et des arguments épidémiologiques pourraient permettre une anticipation diagnostique. Une seconde étude d'envergure pourrait préciser l'évaluation qualitative de la douleur, ainsi que son intensité, afin de gagner en efficacité thérapeutique. L'objectif étant le retour du patient « à un état de complet bien-être physique, mental et social ».

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/03/2017

(*) LE DOYEN

(*) J.P. ROMANET

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) PROFESSEUR

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

Maxime Maisonneuve

Annexes

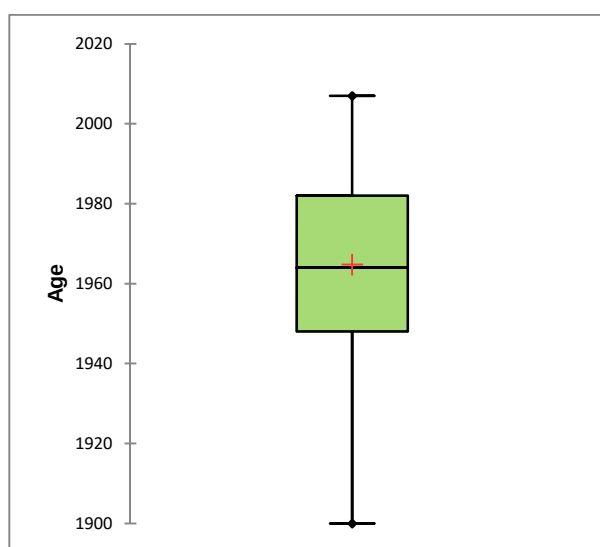
1. CISP-2 – la grille de codification

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
				
Procédures				
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou	
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos	
-32 Test de sensibilité	B25 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes	
-33 Ex microbiologique/immunologique	B26 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax	
-34 Autre analyse de sang	B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire	
-35 Autre analyse d'urine	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F13 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire	
-36 Autre analyse de selles	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule	
-37 Cytologie/histologie	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras	
-38 Autre analyse de laboratoire	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude	
-39 Enquête fonctionnelle	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet	
-40 Endoscopie	B73 Leucémie	F18 S/P lentilles de contact	L12 S/P de la main et du doigt	
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B74 Autre cancer du sang	F27 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche	
-42 Tracé électrique	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse	
-43 Autre procédure diagnostique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou	
-44 Vaccination/médication préventive	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville	
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil	
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F72 Biphémanie, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire	
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA	
-48 Clarification de la demande du patient	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA	
-49 Autre procédure préventive	B82 Autre anémie/indét.	F75 Contusion/hémorragie de l'œil	L20 Peur cancer syst. ostéo-articulaire	
-50 Médication/préscription/injection	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.	
-51 Incision/drainage/aspiration	B84 Globules blancs anormaux	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)	
-52 Excision/biopsie/cautéris/débridement	B87 Splénomégalie	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire	
-53 Perforation/intub. /diatet/ appareillage	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire	
-54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la rétine	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire	
-55 Traitement local/infiltration		F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus	
-56 Pansement/compression/bandage	Syst. Digestif D	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné	
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D01 Douleur/trampes abdominales gén.	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied	
-58 Conseil thérap./écoute/examens	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F86 Trachome	L75 Fracture du fémur	
-59 Autres procédures thérapeutiques	D03 Rûrile/brûlant/brûlement estomac	F91 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture	
-60 Résultats analyses/examens	D04 Douleur rectale/anale	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville	
-61 Résultats ex./procéd. autre dispensateur	D05 Démanœuvres périanales	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou	
-62 Contact administratif	D06 Autre douleur abdominale loc.	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA	
-63 Rencontre de suivi	D07 Dyspepsie/indigestion	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation	
-64 Epis. nouveaux/en cours init. par disp.	D08 Flatulence/gaz/renvoi	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire	
-65 Epis. nouveaux/en cours init. par tiers	D09 Nausée		L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire	
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D10 Vomissement	Oreille H	L83 Syndrome cervical	
-67 Référence à médecin	D11 Diarrhée	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	
-68 Autre référence	D12 Constipation	H02 P. d'audition	L85 Déformation acquise de la colonne	
-69 Autres procédures	D13 Laiturie	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation	
	D14 Méta-nérose/vomissement de sang	H04 Ecoulement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	
	D15 Hématéma	H05 Saignement de l'oreille	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive	
	D16 Saignement rectal	H13 Sensation d'oreille bouchée	L89 Coxarthrose	
	D17 Incontinence rectale	H15 Préoc. par l'aspect des oreilles	L90 Gonarthrose	
	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L91 Autre arthrose	
	D19 S/P dents/genivores	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L92 Syndrome de l'épaule	
	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H29 Autre S/P de l'oreille	L93 Coude du joueur de tennis	
	D21 P. de déglutition	H70 Otite externe	L94 Ostéochondrose	
	D23 Hépatomégale	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L95 Ostéoporose	
	D24 Masse abdominale NCA	H72 Otite moyenne séreuse	L96 Lésion aiguë interne du genou	
	D25 Distension abdominale	H73 Salpingite d'eustache	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	
	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H74 Otite moyenne chronique	L98 Déformation acquise membres inf.	
	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H75 Tumeur de l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire	
	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H76 CE dans l'oreille		
	D29 Autre S/P du syst. digestif	H77 Perforation du tympan	Neurologique N	
	D70 Infection gastro-intestinale	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N01 Mal de tête	
	D71 Oreillons	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la face	
	D72 Hépatite virale	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans repos	
	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H81 Excrès de cérumen	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils	
	D74 Cancer de l'estomac	H82 Syndrome vertigineux	N06 Autre perturbation de la sensibilité	
	D75 Cancer du colon/du rectum	H83 Otosclérose	N07 Convulsion/crise épileptique	
	D76 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H84 Presbycusie	N08 Mouvements involontaires anormaux	
	D77 Autre cancer digestif/NCA	H85 Traumatisme sonore	N16 Perturbation du goût/de l'odorat	
	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H86 Surdité	N17 Vertige/étourdissement	
	D79 CE du syst. digestif	H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N18 Paralysie/faiblesse	
	D80 Autre traumat. du syst. digestif		N19 Trouble de la parole	
	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	Cardio-vasculaire K	N26 Peur d'un cancer neurologique	
	D82 Maladie des dents/des gencives	K01 Douleur cardiaque	N27 Peur d'une autre maladie neurologique	
	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K02 Oppression/contriction cardiaque	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)	
	D84 Maladie de l'oesophage	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N29 Autre S/P neurologique	
	D85 Ulcère duodénal	K04 Palpitations/perception battements card.	N70 Polymyélite	
	D86 Autre ulcère peptique	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N71 Méningite/encéphalite NCA	
	D87 Trouble de la fonction gastrique	K06 Veines proéminentes	N72 Tétanos	
	D88 Appendicite	K07 Œdème, gonflement des chevilles	N73 Autre infection neurologique	
	D89 Hernie inguinale	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N74 Cancer du syst. neurologique	
	D90 Hernie hiatale	K24 Peur d'une maladie de cœur	N75 Tumeur bénigne neurologique	
	D91 Autre hernie abdominale	K25 Peur d' de l'hypertension	N76 Autre tumeur indét. neurologique	
	D92 Maladie diverticulaire	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N79 Commotion	
	D93 Syndrome du colon irritable	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N80 Autre lésion traumat. de la tête	
	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K29 Autre S/P cardiovasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique	
	D95 Fissure anale/abcès péréal	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	N85 Anom. congénitale neurologique	
	D96 Vers/autre parasite	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N86 Sclérose en plaque	
	D97 Maladie du foie NCA	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N87 Syndrome parkinsonien	
	D98 Cholécystite/cholélithiase	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N88 Epilepsie	
	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N89 Migraine	
		K75 Infarctus myocardique aigu	N90 Algie vasculaire de la face	
		K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell	
		K77 Décompensation cardiaque	N92 Névralgie du trijumeau	
		K78 Fibrillation auriculaire/Flutter	N93 Syndrome du canal carpien	
		K79 Tachycardie paroxysmique	N94 Névrite/neuropathie périphérique	
		K80 Arythmie cardiaque NCA	N95 Céphalée de tension	
		K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	N99 Autre maladie neurologique	
		K82 Cœur pulmonaire		
		K83 Valvulopathie NCA		
		K84 Autre maladie cardiaque		
		K85 Pression sanguine élevée		
		K86 Hypertension non compliquée		
		K87 Hypertension avec complication		
		K88 Hypotension orthostatique		
		K89 Ischémie cérébrale transitoire		
		K90 Accident vasculaire cérébral		
		K91 Maladie cérébrovasculaire		
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.		
		K93 Embolie pulmonaire		
		K94 Phlébite et thromboembolie		
		K95 Varices des jambes		
		K96 Hémorroïdes		
		K99 Autre maladie cardio-vasculaire		
	CODES PROCÉDURE			
	SYMPTÔMES ET PLAINTES			
	INFECTIONS			
	NÉOPLASMES			
	TRAUMATISMES			
	ANOMALIES CONGÉNITALES			
	AUTRES DIAGNOSTICS			

2. Description de l'âge de notre population d'étude ayant présenté un motif algique

1900-1909	1910-1919	1920-1929	1930-1939	1940-1949	1950-1959
1	21	342	640	808	1129
1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	Total
955	904	773	628	514	6715

Tableau 15. Population incluse en fonction de leur âge.



Graph 6. Box-plot illustrant la dispersion de notre population d'étude en fonction des années de naissance.

Statistique	Années de naissance
Nb. d'observations	6715
Minimum	1900
Maximum	2007
1er Quartile	1948
Médiane	1964
3ème Quartile	1982
Moyenne	1964,816679
Variance (n-1)	498,1533113
Ecart-type (n-1)	22,31934836

Tableau 16. Indices de dispersion à propos de l'âge de la population douloureuse dans Ecogen.

3. Les résultats de consultation

Codes RC	Effectifs	RC	Effectifs	RC	Effectifs	RC	Effectifs
A01	50	H01	16	N01	72	S84	3
A03	9	H03	2	N03	2	S85	3
A04	17	H13	2	N04	2	S87	2
A05	1	H29	2	N05	5	S88	8
A06	1	H70	43	N06	3	S91	1
A10	1	H71	95	N07	1	S92	1
A11	50	H72	21	N17	5	S94	7
A26	1	H73	3	N18	2	S97	2
A29	2	H74	3	N26	1	S98	1
A75	1	H76	1	N29	10	S99	3
A77	36	H78	2	N71	2	T04	1
A78	19	H79	1	N74	2	T08	1
A80	29	H81	23	N75	1	T11	2
A81	3	H82	3	N79	1	T26	1
A82	5	H99	3	N81	1	T72	2
A85	11	K01	14	N86	1	T81	3
A86	1	K02	2	N87	1	T82	3
A87	7	K03	3	N89	52	T83	1
A88	4	K04	2	N90	1	T86	1
A89	1	K05	2	N92	1	T87	1
A90	2	K07	2	N93	13	T90	5
A91	1	K24	1	N94	56	T91	1
A92	10	K27	2	N95	21	T92	24
A97	65	K28	1	N99	18	T99	2
A98	3	K29	1	P01	16	U01	35
A99	2	K74	6	P02	6	U05	1
B02	22	K75	1	P03	2	U06	1
B70	5	K76	1	P06	3	U08	2
B71	2	K77	3	P16	1	U13	1
B72	1	K78	5	P25	1	U14	5
B74	2	K79	1	P73	1	U27	1
B83	1	K80	3	P74	30	U28	1
B99	1	K84	2	P75	15	U29	1
D01	175	K85	5	P76	14	U70	14
D02	106	K86	11	P78	3	U71	122
D03	6	K87	4	P99	3	U72	3
D04	10	K88	3	R01	2	U76	1
D05	1	K90	4	R02	3	U88	1
D06	57	K92	20	R05	13	U95	6
D07	6	K94	7	R07	1	U98	1
D08	7	K95	36	R09	1	U99	2
D10	4	K96	19	R21	36	W02	2

D11	13	K99	10	R23	3	W11	1
D12	70	L01	113	R24	1	W27	2
D14	1	L02	120	R25	1	W29	4
D15	1	L03	168	R26	1	W78	13
D16	5	L04	68	R29	1	W80	2
D18	3	L07	9	R71	1	X01	9
D19	36	L08	95	R72	8	X02	15
D20	28	L09	17	R74	625	X03	1
D21	2	L10	14	R75	153	X04	8
D24	4	L11	29	R76	202	X05	3
D25	2	L12	46	R77	67	X06	1
D27	3	L13	53	R78	71	X07	1
D29	1	L14	87	R79	1	X08	2
D70	100	L15	160	R80	158	X09	1
D72	1	L16	27	R81	15	X11	1
D73	118	L17	91	R83	5	X14	2
D75	2	L18	171	R84	3	X15	2
D76	2	L19	26	R87	1	X16	1
D80	2	L20	20	R88	1	X17	1
D81	1	L28	2	R90	1	X18	19
D82	25	L29	6	R95	2	X19	2
D83	45	L70	3	R96	2	X21	2
D84	53	L71	3	R97	17	X72	4
D85	3	L72	3	R99	1	X74	3
D86	6	L73	6	S01	6	X76	1
D87	20	L74	8	S03	5	X77	1
D89	12	L75	2	S04	3	X80	2
D90	8	L76	32	S06	2	X84	6
D91	5	L77	31	S07	1	X87	4
D92	20	L78	24	S09	12	X88	2
D93	39	L79	54	S10	2	X90	2
D94	6	L80	8	S11	4	X99	1
D95	5	L81	55	S14	2	Y01	1
D96	2	L82	11	S15	3	Y02	9
D97	3	L83	130	S16	34	Y73	10
D98	12	L84	352	S17	7	Y74	3
D99	28	L85	21	S18	8	Y75	5
F01	5	L86	216	S19	2	Y77	4
F04	1	L87	311	S20	7	Y80	1
F13	2	L88	16	S21	1	Y81	3
F16	1	L89	42	S70	12	Y85	11
F70	15	L90	135	S71	9	Y99	4
F71	8	L91	189	S74	7	Z01	1
F72	7	L92	109	S75	2	Z05	6
F73	1	L93	38	S76	11	Z07	1

F75	1	L94	5	S77	2	Z15	1
F76	2	L95	6	S78	3	Z16	1
F79	1	L96	15	S79	1	Z20	2
F91	1	L97	5	S80	1	Z25	2
F95	2	L98	24	S81	2		
F99	3	L99	112	S82	1		

Tableau 17. Tous les RC selon le code et leur effectif associé.

Bibliographie

1. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale. Douleur Analgésie. 1 mars 2002;15(1):71-9.
2. Boureau F and Sahmoud T. The prevalence of acute and chronic pain in the french general medical practice. 23 August 1993.
3. B.Kouchner. Plan d'action triennal de lutte contre la douleur 1998-2000 [Internet]. sept 24,1998.Disponiblesur:http://www.sfetddouleur.org/sites/default/files/u3/docs/plan_doul eur_1998.pdf
4. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. (114):148-57.
5. refCISP Recherche de référentiels de pratique clinique à l'aide de la CISP [Internet]. [cité30nov2016].Disponiblesur:<http://www.refcisp.info/index.php5?page=listeCodes&rub rique=consultation>
6. Zabalia M. Pour une psychologie de l'enfant face à la douleur. Enfance. 2006;Vol. 58(1):5-19.
7. Dm R, Sa R. The importance of type of question, psychological climate and subject set in interviewing children about pain. Pain. mai 1984;19(1):71-9.
8. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain Lond Engl. 2002;6(5):375-85.
9. Cesbron C. Diagnostic et prise en charge de la douleur en médecine générale: enquête menée auprès de 76 patients consultant au cabinet du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2003.
10. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care. 2006;14(3):157-65.
11. MAK Sébastien-Ludovic. L'importance de la douleur en consultation de médecine générale. 2014.
12. Netgen. Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-348/Hommes-et-femmes-sommes-nous-tous-egaux-face-a-la-douleur>
13. CISME. Santé et Vie Professionnelle après 50 ans [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr>
14. Eurogip. Les maladies professionnelles dans 15 pays européens. 2002 p. 52.

15. Marie France Le Goaziou*, Pierre Girier**, Alain Moreau*, Martin Jandot***. Les patients et leur douleur chronique. Exerc Rev Fr Médecine Générale [Internet]. févr 2005;72(22).Disponiblesur:<http://www.campusumvf.cnge.fr>
16. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet Lond Engl. 9 oct 1999;354(9186):1248-52.
17. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. juin 2008;136(3):380-7.
18. Corpel S. Outils d'aide à la décision en médecine générale. Recensement des outils réalisés par les structures organisatrices du 4e Congrès de la Médecine Générale France/Nice 2010. Médecine. 1 juin 2011;7(6):273-6.
19. Société Française de Médecine Générale: Comment se servir du DRC en consultation ? [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_diagnostique/nommer_le_tableau_clinique/comment_se_servir_du_drc_en_consultation.html
20. fichier_abrege-incertitude-diagnostique-vf55103.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.sfmng.org>
21. Maurice Bellet. L'écoute [Internet]. Desclée de Brouwer. Paris; 2005. 201 p
22. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67-91.
23. Räber C. Les procédures diagnostiques, thérapeutiques, préventives et administratives réalisées ou prescrites par le médecin généraliste pour les patients de 18 à 65 ans consultant pour lombalgie: Résultats originaux issus de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
24. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale: une étude transversale multicentrique. Santé Publique. 24 août 2015;27(3):353-62.
25. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2002 [cité 5 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr>
26. Pascale Breuil-Genier; Céline Goffette. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. 2002 [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/>
27. Enquête URPS médecins Ile-de-France/SMSI. La Vérité sur le contenu de la consultation du médecin généraliste francilien. 2012 mars.
28. Donner-Banzhoff N,. Douleur thoracique en médecine générale: le rôle du médecin « traitant ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;(80Supp1).
29. AFSSAPS. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. AFSSAPS; 2011 p. 16.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au GUC (heureusement meilleur à la fac qu'au rugby !)

Michou et touati pour les arabicas du matin - Meca et pourch' pour les Jaggers du matin

Aux amis de tjs

Juju et mymy

Chazot et astrid et ...

Guy ! dit Hlem

Resbite et français

Robé the perverse

Dupré the tower – vava et la Corse

A gib giboule et ti pois...

A : Fab et Bruno

Tonton et tatie (#saucisson d'Arles)

Lucky martinez : el sancho panza
informático de mi trabajo

A Roro (notre « gerald » du vendredi soir) et sa superbe

Amelie i can fly (sans oublier loulou...)

Les mimis (mais chut ! il ne faut pas les appeler ainsi...)

Les moumounes (#meilleurclientsosmedecinsparis !)

Volador (#pèseà200000)

Tabernacle momo, bastian et nathan ?

A Papa et maman sans qui je ne serai pas là...logique ! et à béré the sausage

A Papa christian et maman Brigitte d'adoption...

Les saméniron (merci pour la table)

Candice, Léonie, Alec et Sieg...

Véro cousine pour ces longues soirées de philosophie...xav et raph pour le 15/8 !

JC, agnès renette et georgé

A l'excellente équipe de 7/7 dont la Dr dont on ne peut prononcer le nom...

Aux 2 plus gentilles....(Fd et Lm)

Et à tous les autres...

L'absolu...(pot !)

Internat Chambé – Dieg flo ludo et
yo : #placardetcanapésfenêtres

A santander !

« explor'aa sup ! »