



HAL
open science

Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les maîtres de stage universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins

Emmanuelle Burnat

► To cite this version:

Emmanuelle Burnat. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les maîtres de stage universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02414481

HAL Id: dumas-02414481

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02414481>

Submitted on 5 Feb 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE A CRETEIL

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2018

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présenté et soutenu publiquement le :

à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Emmanuelle BURNAT

Née le à

TITRE : Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées

par les Maîtres de Stage Universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins

DIRECTRICES DE THESE :

Pr Laurence COMPAGNON

Dr Julie FABRE

LE CONSERVATEUR DE LA

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE :

Signature des Directrices de Thèse

Cachet de la Bibliothèque Universitaire

SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2018

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présenté et soutenu publiquement le :
à : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par Emmanuelle BURNAT

Née le à

**TITRE : Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées
par les Maîtres de Stage Universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins**

DIRECTRICES DE THESE :

Pr Laurence COMPAGNON

Dr Julie FABRE

LE CONSERVATEUR DE LA

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE :

Signature des Directrices de Thèse

Cachet de la Bibliothèque Universitaire

Remerciements

Au président et aux membres du jury, vous me faites un grand honneur de juger cette thèse.

A mes directrices de thèse le Professeure Laurence Compagnon et le Docteur Julie Fabre, merci de m'avoir soutenue et de m'avoir encadrée avec sollicitude tout au long de ce travail. Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait confiance pour poursuivre cet important sujet.

Je renouvelle mes remerciements au Docteur Julie Fabre, ma tutrice à la faculté de Créteil, qui m'a suivie tout au long de mon cursus et qui a toujours eu à mon égard une écoute attentive et bienveillante. Mon internat à Créteil s'est particulièrement bien déroulé grâce à toi.

A tous les enseignants du département de médecine générale de la faculté de Créteil qui m'ont encadrée pendant mon internat et m'ont prodigué de précieux préceptes pour ma future vie professionnelle.

Aux secrétaires de la faculté de Créteil, un grand merci de nous entourer avec autant de convivialité et d'efficacité.

Aux docteurs Anne Cavalier-Devillard, Anne-Laure Martin-Etzol, Laurence Compagnon et Sharam Saïdi, mes maîtres de stage de médecine ambulatoire, merci d'avoir entretenu mon enthousiasme et ma motivation pour la médecine générale. Ce fut un plaisir de recevoir vos conseils.

A tous les chefs rencontrés dans les services hospitaliers au cours de mon internat, vous m'avez beaucoup apporté.

A tous mes co-internes, avec lesquels j'ai passé des semestres extrêmement agréables, votre amitié m'a été très précieuse.

A mes parents, merci de votre affection. J'espère que je resterai toujours digne de votre fierté. Merci à mon père d'avoir consacré de son temps à superviser mes aventures sur Word et Excel.

A Grichka, merci pour ton soutien indéfectible, je suis heureuse de partager ma vie avec toi.

A toute ma famille et (future) belle-famille, vous m'avez supporté tout au long de mon parcours

A tous mes amis, à votre tour de passer votre thèse !

Liste des abréviations

m : Moyenne

s : Ecart-type

Md : Médiane

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

CISP-2 : Classification Internationale en Soins Primaires 2^e édition

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DRC : Dictionnaire des résultats de consultation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : Electrocardiogramme

ECOGEN : Eléments de COnsultation en médecine GENérale

FCU : Frottis Cervico-Utérin

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse de pratique

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentiques

HTA : Hypertension Artérielle

ICPC-2 : *International Classification of Primary Care 2nd edition*

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de Statistique et Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecine Générale, Médecin(s) Généraliste(s)

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPTAM : Option Pratique TARifaire Maîtrisée

PCS : Professions et Catégories Socio-professionnelles

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie

SFMG : Société Française de Médecine Générale

UPEC : Université Paris-Est Créteil

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*

Table des matières

<i>Remerciements</i>	3
<i>I. Introduction</i>	7
1. La formation universitaire des médecins généralistes.....	7
2. Le modèle des compétences.....	7
3. Les grandes familles de situation cliniques.....	9
4. L'activité des médecins généralistes.....	14
4.1. Observatoire de la Médecine Générale 2009.....	14
4.2. Enquête de la DRESS 2004.....	15
4.3. Autres enquêtes ponctuelles.....	16
4.4. Etude ECOGEN.....	17
5. La représentativité des MSU.....	19
6. Thèses antérieures.....	21
6.1. Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS).....	21
6.2. 1 ^{ère} période de description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les MSU de niveau 1 de l'UPEC lors de leur activité de soins.....	22
7. Problématique.....	22
<i>II. Matériel et méthode</i>	23
1. Schéma de l'étude.....	23
2. Mode de recueil des données.....	24
3. Analyse des données.....	25
<i>III. Résultats</i>	26
1. Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1).....	26
2. Les familles de situation clinique.....	28
2.1 Répartition des familles : (Figure 1).....	28
2.2. Répartition des situations cliniques les plus fréquentes : (Figure 2).....	29
2.3. Les situations non répertoriées.....	30
3. Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des patients.....	31
3.1. Répartition des familles de situations cliniques selon l'âge des patients (Annexe 3).....	31
3.2. Répartition des familles de situations cliniques selon le sexe des patients :.....	31
3.3. Répartition selon la catégorie socio-professionnelle des patients : (Annexe 4).....	34
3.4. Répartition selon les MSU.....	34
4. Recueil des familles de situations cliniques sur une année.....	36
4.3. Répartition des familles de situations cliniques sur une année entière : (Figure 3).....	36
4.4. Comparaison entre les deux périodes de recueil : (Annexe 6).....	37
<i>IV. Discussion</i>	40
1. Principaux résultats.....	40

1.1.	Recueil du second semestre	40
1.2.	Recueil sur l'année	44
2.	Forces et faiblesses.....	45
2.1.	Forces	45
2.2.	Faiblesses.....	46
3.	Comparaison avec la littérature	46
3.1.	Enquête de la DREES de 2004	46
3.2.	Observatoire de médecine générale 2009	47
3.3.	Etude ECOGEN de 2014	48
3.4.	Familles de situation cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS).....	49
4.	Perspectives.....	52
	<i>Conclusion</i>	54
	<i>Bibliographie</i>	55
	<i>Listes des tableaux et figures</i>	58
	<i>Annexes :</i>	59
	Annexe 1- Grille de codage des familles de situations cliniques rencontrées au cours des consultations (recto-verso)	59
	Annexe 2 – Professions et Catégories Socio-professionnelles.....	60
	Annexe 3 - Répartition des familles de situation cliniques selon l'âge des patients	60
	Annexe 4 - Répartition des familles de situations selon les catégories socio-professionnelles	62
	Annexe 5 - Répartition des familles de situations cliniques selon les terrains de stage (b : terrain de stage avec binôme de MSU).....	64
	Annexe 6 - Analyse comparative des deux périodes de recueil sur l'année universitaire 2017-2018 et étude de la signification selon le test χ^2 à 1ddl ($p=0.05$) > 3.84.....	65
	Annexe 7 -Tableau comparatif des fréquences de famille de situation rencontrées entre les internes de niveau 1 et ceux en SASPAS ; étude de la signification selon le test χ^2 à 1ddl ($p=0.05$) > 3.84.....	67

I. Introduction

1. La formation universitaire des médecins généralistes

En France, les étudiants en médecine doivent suivre un parcours composé de trois cycles dont le 3^{ème} est professionnalisant. Pour les médecins généralistes (MG), le Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) qui se déroule actuellement sur trois ans est constitué de 6 stages pratiques de 6 mois, d'un enseignement hors stage obligatoire selon des modalités pédagogiques précisées dans la maquette, de la formalisation d'un portfolio permettant de documenter les apprentissages réalisés.

Parmi les stages pratiques, la maquette prévoit de façon obligatoire deux stages en médecine générale ambulatoire, un stage en urgence adulte, un stage en médecine polyvalente, un stage en pôle santé de la femme et un stage en pôle santé de l'enfant. Au cours du stage ambulatoire en médecine générale dit de « niveau 1 », les étudiants vont rencontrer la véritable médecine de ville, encadrés par un Maître de Stage Universitaire (MSU) formé. Ils vont pouvoir confronter leurs connaissances théoriques au terrain ambulatoire qui sera, pour la grande majorité, leur futur lieu d'exercice. Malgré ses connaissances, l'interne peut être déstabilisé par la complexité du patient pris dans sa globalité (27). Ainsi, le caractère professionnalisant du 3^{ème} cycle induit un changement de méthode d'apprentissage en passant d'une approche par « objectifs de connaissances » du 2^{ème} cycle à une approche par « compétences » répondant à la demande de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de rechercher l'efficacité dans le processus d'apprentissage (25).

2. Le modèle des compétences

L'apprentissage a pour objectif de former le futur médecin à résoudre la majorité des situations qu'il va rencontrer au cours de son exercice.

Jacques Tardif, Professeur à l'Université de Sherbrooke et spécialiste en pédagogie universitaire a décrit les compétences comme « un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui

permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné ». C'est la définition qui a été retenue par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) afin de développer ce modèle d'apprentissage.

Les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale ont déjà été décrites par plusieurs ouvrages : la World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe en 2002 (1). En parallèle, le référentiel « métier et compétences » publié en 2010 sous l'égide du CNGE « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » (8) a mis en évidence 16 situations de soins types qui, selon lui, font partie du cœur de métier de médecin généraliste et représentent une variété suffisante de situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un médecin généraliste, permettent de conclure que ce dernier est compétent.

Le CNGE s'est efforcé de définir les compétences génériques transversales nécessaires à la certification du médecin généraliste. Pour cela, un consensus d'experts a été réalisé en deux étapes. Un groupe de recherche d'experts nationaux venant de plusieurs départements de médecine générale a été créé et s'est rencontré trimestriellement. Chaque membre avait pour tâche de coordonner les recherches d'un groupe régional réuni autour d'une compétence. Puis le groupe national a travaillé par consensus sur les données fournies par ces groupes régionaux et par la littérature. Les experts ont alors abouti à l'élaboration et à la description de six compétences recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes ; représenté graphiquement par la « marguerite des compétences » :

- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Premier recours, urgences
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Relation, communication, approche centrée patient
- Professionnalisme

Ces six compétences sont utilisées couramment lors des enseignements facultaires de 3^{ème} cycle où elles sont mises en évidence dans les écrits des étudiants et elles constituent la base des apprentissages.

3. Les grandes familles de situation cliniques

Ces compétences étant décrites, il était nécessaire de mettre en évidence les situations cliniques auxquelles le praticien de ville est confronté de façon prévalente. Ces données permettront d'organiser un DES complet pour préparer au mieux les internes de médecine générale à leur future pratique. Le « référentiel métier et compétences » (8) des médecins généralistes avaient déjà mis en évidence 16 situations cliniques prévalentes dans cet objectif. Cependant, il était fondamental de décrire des familles plus génériques et globales. Ainsi, une liste de onze familles de situations cliniques a été modélisée par un consensus non formalisé d'experts tous enseignants de médecine générale. Pour construire cette liste de 11 familles de situations prévalentes en médecine générale, ces experts sont partis des listes de situations utilisées pour la formation des internes dans les différentes facultés de médecine de France, listes dont les têtes de chapitre ont été regroupées et publiées en mars 2011 (2). Les auteurs ont ensuite travaillé par courriels, par tours successifs de relecture/amendement, pour produire une liste générique, couvrant au mieux les champs de la discipline, sans être exhaustive, de toutes les situations cliniques possiblement rencontrées dans l'activité de soins courante du médecin généraliste. Des intervenants extérieurs ont été sollicités en raison de leurs expertises dans des domaines plus spécifiques (aspects juridiques, sociaux, etc..). Cette liste a ensuite été amendée par le groupe des professeurs titulaires de la discipline au début de l'année 2013. Enfin, le groupe d'experts a revu chaque famille de situation pour la préciser et a publié un article (3) décrivant ces 11 familles de situations prévalentes en médecine générale :

Cette thèse s'est basée sur ces 11 familles de situations cliniques avec leurs sous-familles :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

1-1 Diagnostiquer et suivre des patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, diagnostiquer et suivre des patients polypathologiques à tous les âges de la vie
--

1-2 Repérer et suivre des patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'évènements morbides à court, moyen et long terme

1-3 Repérer et suivre des patients fragiles, qui consultent pour des symptômes de mal-être, symptômes présentés comme liés à des évènements de vie. Ces patients ne présentent pas de trouble psychiatrique ni de maladie organique grave

1-4 Maintenir à domicile des patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant des pertes d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels)

1-5 Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage

1-6 S'investir auprès de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie

1-7 Dépister et accompagner les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires)

1-8 Accompagner les patients présentant des douleurs chroniques

2. Situations liées à des problèmes aigus/programmés ou non/fréquents ou exemplaires

2-1 Recevoir des nouveaux patients quel que soit le motif de recours

2-2 Entendre et répondre aux plaintes somatiques médicalement inexpliquées, aux plaintes d'origine fonctionnelle

2-3 Entendre et répondre aux plaintes somatiques aiguës non urgentes prévalentes en médecine générale

3. Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

3-1 Gérer des patients qui présentent des plaintes urgentes de nature somatique médicales ou chirurgicales (défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions :

anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypovolémique hémorragique ou non, neurogénique, septique), et urgences ressenties : soulagement symptomatique

3-2 Patients présentant des crises aiguës de nature psychiques/ relationnelles (patient très agressif)

3-3 Patients présentant des problèmes médico sociaux aigus nécessitant une réponse rapide

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

4-1 Faire le suivi de nourrissons et d'enfants dans les consultations systématiques de surveillance en s'assurant de leur développement global, de leur prévention vaccinale et du dépistage de leurs troubles sensoriels et psycho comportementaux

4-2 Accompagner les parents inquiets des troubles de leur nourrisson et de développer une conduite adaptée devant les pathologies les plus fréquentes du nourrisson et de l'enfant

4-3 Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur

5. Situations autour de la sexualité de la génitalité et de la reproduction

5-1 De prescrire une contraception, en assurer le suivi, informer et éduquer pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence

5-2 D'informer autour d'un projet de grossesse. Suivre une grossesse normale dans sa dimension médicale, mais aussi affective en y intégrant la consultation pré-conceptionnelle, aider la femme à réduire ses risques (produits psychoactifs, tabac, alcool), repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme

5-3 De suivre une femme en péri ménopause puis ménopausée, analyser le risque et le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif, intégrer les demandes de la femme à une

stratégie de suivi, de dépistage et de prévention. Evaluer le risque ostéoporotique et proposer une stratégie adaptée. Répondre à la plainte concernant les troubles urinaires et sexuels

5-4 De répondre à une demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le cadre réglementaire

5-5 De répondre de façon adaptée dans le cadre du premier recours à une demande urgente ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable

5-6 Assurer et informer sur le dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme

5-7 Recevoir des demandes sur les troubles de la sexualité

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple

Le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit, peut se trouver dans une situation déontologique délicate et devoir gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée,
- des conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes,
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens.

7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

7-1 Diagnostiquer et prendre en charge des patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail

7-2 Déclarer et suivre des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle)

7-3 Discuter des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste

8. Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan

8-1 Questionner le secret médical

8-2 Rédiger des certificats ou des documents médico-légaux ou assurantiels

8-3 Désamorcer des désaccords profonds ou des conflits entre les soignants

8-4 Gérer des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée

8-5 Corriger des erreurs médicales en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant la culture positive de l'erreur

9. Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants

Le médecin peut être amené à rencontrer des patients :

- affichant un mode relationnel agressif
- et/ou dont les demandes sont abusives et irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique
- et/ou pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs

10. Situations où les problèmes sociaux ou la situation de précarité sont au premier plan

Le médecin se pose des questions concernant la limite du champ médical et du champ social :

- des problèmes sociaux entraînant des inégalités de santé
- des patients en précarité
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation

11. Situations avec des patients d'une autre culture

Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur : incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le MG n'a pas accès facilement. Des problèmes psycho-sociaux peuvent aggraver ces situations.

Le médecin prend en charge :

- des patients migrants en situation irrégulière/précaire
- des patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine)
- des patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France

Cette liste se veut non exhaustive pour conserver le caractère générique des familles de situations.

L'exhaustivité fait courir le risque de revenir à un empilement d'objectifs de formation nécessitant une moindre réflexivité des étudiants et un mode d'évaluation standardisé contradictoire avec l'approche par compétences. L'exposition des internes à ces familles est maximale lors des stages ambulatoires car elle est censée refléter la pratique courante du médecin généraliste.

4. L'activité des médecins généralistes

4.1. Observatoire de la Médecine Générale 2009

A l'heure actuelle, il existe peu d'études décrivant précisément l'activité des médecins généralistes. Une étude a été menée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG), qui a développé depuis 1995 un réseau national constitué de plus d'une centaine de médecins généralistes constituant l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Ce réseau a alimenté une base de données médicales exploitables, reposant sur l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC). Cet observatoire a mis fin à ses activités en 2011, faute d'un soutien financier pérenne.

Le dernier relevé des résultats de consultations réalisé en 2009 (24) a permis de les classer par ordre décroissant comme suit :

- Examens systématiques et prévention – 24,28 %
- Etat fébrile – 17,38 %
- Hypertension artérielle (HTA) – 13,10 %
- Rhinopharyngite – Rhume – 12,34 %
- Vaccination – 12,06 %
- Etat morbide non fébrile – 11,49 %
- Hyperlipidémie – 8,36 %
- Lombalgie – 6,88 %
- Arthropathie – péri-arthropathie – 5,96 %
- Douleur non caractéristique – 5,11 %.

4.2. Enquête de la DRESS 2004

Le travail de la SFMG fait écho à une autre étude : l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques (DREES) de 2004 sur les consultations et visites des médecins généralistes (20) effectuée entre juin 2002 et janvier 2003. Cette enquête a recueilli auprès de 922 médecins généralistes libéraux des informations sur 44.000 consultations et 6.000 visites. L'objectif principal de cette enquête était d'étudier le contenu et l'issue des consultations pratiquées par les médecins généralistes dans le cadre de leur activité habituelle de soins.

Les patients concernés par cette enquête étaient principalement des femmes (55 % des patients) et une très grande majorité d'adultes. 60 % d'entre eux avaient plus de 45 ans et 28 % avaient plus de 70 ans.

Il leur était demandé de répartir les résultats de leurs consultations et de leurs visites selon 30 items (dont une catégorie « autres diagnostics »), définis par l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale, comme les diagnostics les plus fréquemment rencontrés en médecine générale.

La répartition, par ordre décroissant des résultats de consultation, était la suivante :

- Autre diagnostics – 31,0 %
- Hypertension artérielle – 16,6 %
- Examen systématique, prévention – 8,2 %
- Anxiété, angoisse – 7,9 %
- Rhinopharyngite – 5,5 %
- Dépression – 4,9 %
- Lombalgie – 4,8 %
- Hyperlipidémie – 4,7 %
- Arthrose – 4,7 %
- Diabète – 4,4 %.

Lors de cette enquête, les médecins devaient également lister le motif principal de recours pour lequel les patients consultaient à partir d'une liste déclinée en 6 items :

La répartition des motifs de recours par ordre décroissant était la suivante :

- Contrôle ou suivi d'une affection chronique stable – 42 %
- Affection aiguë – 31 %
- Autres – 13 %
- Déstabilisation d'une affection chronique – 8 %
- Consultation pour affection en cours d'exploration – 4 %
- Premier diagnostic d'une affection chronique – 2 %.

4.3. Autres enquêtes ponctuelles

Il existe aussi des enquêtes ponctuelles réalisées en population générale par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), ou encore par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), connu désormais sous le nom de Santé Publique France, qui décrivent les motifs de recours ou les diagnostics en médecine générale (12,17).

Afin d'étudier les motifs et/ou les résultats de consultation en médecine générale, le recours aux codifications était nécessaire. Une large étude de faisabilité dénommée « Promethéus », portant sur la codification des résultats de consultations a été réalisée en 2006 (21). Dans cette étude, les médecins généralistes pratiquant en ambulatoire en Île-de-France ont été contactés par courrier. 100 médecins ont été sélectionnés selon leur expérience en informatique pour créer l'échantillon. Ils ont été formés à la codification selon les classifications suivantes :

1. Classification Internationale en Soins Primaires 2^e édition, **CISP-2** (International Classification of Primary Care 2nd édition, **ICPC-2**). Cette classification est structurée en 2 axes, porte sur les maladies, les motifs de consultation et le résultat de la consultation. Audience internationale.
2. Dictionnaire des Résultats de Consultation, **DRC**, structuré sur 1 axe, porte uniquement sur les maladies. Audience française.

Finalement, 61 médecins seulement ont terminé la période complète de suivi des six mois de l'étude. La conclusion a été que la codification est faisable, avec des réserves pour les médecins hésitants. La codification pourrait être utile pour le partage du dossier médical électronique du patient essentiellement à des fins de santé publique. La codification semblait moins utile au niveau individuel. Toutefois les éléments suivants semblent nécessaires pour faciliter ce recueil : une formation préalable, une indemnisation financière et la mise en place de logiciels rendant la tâche plus simple et moins chronophage.

4.4. Etude ECOGEN

Une fois ces conditions mises en évidence, le CNGE a décidé de lancer la première étude de grande envergure pour recueillir les données de consultation de médecine générale. Il s'agit de l'étude nationale multicentrique transversale des Eléments de Consultation en médecine Générale (ECOGEN) (22). Les motifs de consultation des médecins généralistes maîtres de stage universitaire (MG-MSU), ainsi que leurs diagnostics et procédures de soins, étaient codés par les internes en stage, selon la classification CISP-2, après une formation préalable. Au total, 20 781 consultations ont été analysées, correspondant à 385 consultations en moyenne par interne investigateur. Les MG-MSU des centres participant à l'étude ne différaient pas de l'ensemble des médecins généralistes français pour l'âge moyen, le genre,

le milieu d'exercice, le secteur conventionnel et le nombre annuel de consultations. Néanmoins, ils appartenaient le plus souvent aux classes d'âge de 40 à 44 ans et de 50 à 59 ans.

Cette recherche a permis de décrire beaucoup d'éléments concernant les motifs et les résultats des consultations ainsi que les procédures de soins, pour les patients des MG-MSU.

Chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation et 4,7 procédures de soins. La durée moyenne des consultations était de 16,7 minutes. 94,5 % des patients étaient déjà connus par le MG. 58,3 % des patients étaient des femmes, 15,7 % étaient des enfants de moins de 15 ans et 15,8 % étaient des patients âgés de plus de 75 ans. Du point de vue de la couverture sociale, 4,4 % de patients bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME). Les généralistes accueillaient des patients présentant des profils très variés, notamment en termes d'âge, de genre et de milieu socio-économique.

Selon ECOGEN, les résultats de consultation des MG étaient, par ordre décroissant de fréquence :

- Situations de prévention, dépistage et promotion de la santé (10,95 %)
- Prise en charge de l'HTA non compliquée (6,99 %)
- Infections aiguës des voies respiratoires hautes (4,1 %)
- Troubles du métabolisme des lipides (3,70 %)
- Pas de maladie (2,70 %)
- Dépression (2,66 %)
- Diabète non-insulinodépendant (2,39 %)
- Bronchite aiguë/bronchiolite (1,53 %)
- Perturbation du sommeil (1,47 %)
- Hypothyroïdie/myxœdème (1,42 %)

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient :

- Renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %)
- Episode initié par dispensateur (9,4 %)
- Rencontre de suivi (5,7 %)

- Toux (4,8 %)
- Résultats d'analyses/examens (4,03 %)
- Contact administratif (2.95 %)
- Fièvre (2,6 %)
- Congestion nasale/éternuement (2,02 %).
- Symptôme/plainte de la gorge (1,8 %).
- Vaccination/médication préventive (1,7 %).

Concernant les motifs de consultation, en dehors du chapitre « général » (15,5 %), les chapitres les plus fréquemment concernés correspondaient aux appareils cardiovasculaire (13,3 %) et respiratoire (13,3 %). Le système génital féminin était représenté à 2 %, avec une représentation similaire au système génital masculin (1,4 %) ou aux motifs de consultation d'ordre social (1,8 %), ou de grossesse (1,6 %). Les MG prenaient en charge des problèmes de santé somatiques, psychologiques et sociaux chroniques dans plus de 40 % des cas.

5. La représentativité des MSU

L'interne de médecine générale doit être confronté à la réalité de la médecine de ville lors de son DES. Le stage ambulatoire de médecine général obligatoire est encadré par un Maître de Stage Universitaire (MSU) formé par l'université pour pouvoir superviser l'interne.

Quelques études ont été réalisées pour vérifier que ces MSU sont vraiment représentatifs de la population des médecins généralistes de France autant au niveau de leur profil démographique qu'au niveau de leur pratique et de leur patientèle.

Au niveau du profil sociodémographique, une étude déclarative par auto-questionnaire a été menée en 2010 auprès de 216 MSU de la Faculté de Médecine d'Angers (7). 180 MSU ont répondu et ont été comparé à une population de référence régionale de médecins généralistes, celle du panel des Pays de la Loire constitué par la DREES pour son enquête de 2007 (4).

Les femmes étaient surreprésentées comparativement au panel régional. La distribution des âges faisait apparaître une fraction des 44-55 ans sous représentées chez les MSU alors que leur âge moyen était de 50 ans, similaire à celui au niveau régional.

Il n'existait pas de différence sur le type de commune d'exercice mais le mode d'installation différait : le taux de MSU installés en groupe (81 %) est nettement plus élevé que celui des médecins du panel (65 %) et des données nationales (40 à 52 %). Le temps de travail hebdomadaire était plus faible et la durée de leurs congés plus longues ; probablement en lien avec leur activité en groupe et leur fonction de superviseur de stage rendant le remplacement plus facile.

La majorité des travaux (références) explorant la représentativité d'un groupe de médecins s'appuie sur l'âge, le genre et leur lieu d'exercice. Après comparaison avec le panel régional et une mise en perspective avec les données nationales disponibles, les MSU semblent peu différents des autres généralistes pour ces trois critères.

En 2016, dans l'Atlas de la démographie médicale (6), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) recensait un total de 85.513 médecins généralistes dans la métropole dont 46.030 (53,82%) hommes. Les catégories 50-54 ans, 55-59 ans et 60-64 ans étaient les plus représentées en termes d'âge. Pour les groupes d'âge en dessous de 59 ans, les femmes étaient plus nombreuses (moyenne d'âge hommes : 54 ans ; femmes : 49 ans). Les généralistes femmes déclaraient d'avantage que les hommes un mode d'exercice salarié ou mixte.

Au niveau de l'exercice professionnel, une étude transversale parue en 2017 dans la revue *Exercer* (5) a comparé les pratiques des médecins généralistes MSU et non MSU en prenant en compte tous les médecins en activité de médecine générale dans la région Rhône-Alpes en 2011. L'étude a porté sur 4992 généralistes dont 162 (12,5 %) étaient MSU. Il a été mis en évidence que pour les MSU, les patients étaient similaires par rapport à l'âge mais qu'il existait une sous-représentation des CMU (5,9 vs 6,8 %) et des Affections de Longue durée (ALD) (22,8 vs 23,1 %). Par ailleurs, ils prescrivaient plus de médicaments génériques, faisaient plus d'électrocardiogrammes (ECG) et de frottis cervico-utérins (FCU). Leurs indicateurs de suivi des patients diabétiques étaient meilleurs que ceux des patients suivis par les MG non-MSU. Cette étude devrait être extrapolée aux autres régions de France pour évaluer de façon systématique la représentativité des MSU dans notre pays.

6. Thèses antérieures

6.1. Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS)

Notre étude s'intègre à un travail du département universitaire d'enseignement et de recherche de MG de l'UPEC souhaitant développer l'acquisition des compétences du MG, en thématissant certaines formations par familles de situations cliniques.

En effet, une première thèse cristolienne (10) a d'abord étudié la répartition des familles de situations au sein de l'activité des internes en SASPAS. Le SASPAS est un stage de médecine générale ambulatoire de niveau 2, en autonomie sur la durée et avec un volume d'activité conséquent pour acquérir les compétences nécessaires à la pratique professionnelle. Il peut être réalisé en complément du stage ambulatoire de niveau 1 qui est indispensable à la validation de la maquette du DES de médecine générale. Quinze internes en SASPAS, entre novembre 2014 et avril 2015, étaient alors chargés de coder les consultations réalisées en autonomie et de les répertorier dans les relevés d'activité du journal de bord qu'ils étaient obligés de rédiger pendant leur stage (dans le cadre de la validation facultaire de celui-ci). L'analyse de ces journaux de bord a permis de rassembler 11251 consultations et ainsi de décrire 14259 situations cliniques prévalentes.

La répartition des familles de situation était la suivante, par ordre décroissant :

- Problèmes aigus (56,66 %)
- Problèmes chroniques (20,64 %)
- Aspects légaux/réglementaires/déontologiques (7,20 %)
- Génitalité/reproduction (4,73 %)
- Spécificités nourrisson/enfant/adolescent (4,32%)
- Problèmes liés à l'histoire personnelle/familiale (1,02 %)
- Souffrance au travail (1,00 %)
- Urgences réelles ou ressenties (0,99 %)
- Patients d'une autre culture (0,61 %)
- Patients perçus comme difficiles/exigeants (0,59 %)
- Problèmes sociaux (0,32 %)

270 situations cliniques n'ont pas pu être codées, soit 1,89 % d'entre elles. La grande majorité d'entre elles (166) était en lien avec la vaccination des adultes, 35 autres situations ont également été identifiées en lien avec la prévention des adultes, 27 situations concernaient des conseils relatifs à des voyageurs, et 12 le dépistage anonyme et gratuit.

6.2. 1^{ère} période de description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les MSU de niveau 1 de l'UPEC lors de leur activité de soins

Notre travail actuel fait suite à deux autres thèses cristoliennes (16,23) qui ont eu lieu en mai et septembre 2017. Les internes en stage ambulatoire de niveau 1 ont codé les consultations de leurs MSU, lors des phases d'observation et de supervision directe, en familles de situations cliniques en mai et septembre 2017. Nous avons reproduit leur méthode de recueil.

Leurs études sur le semestre estival a permis d'observer 2.648 consultations et 4.790 familles de situations cliniques (1,81 familles/consultation). Les situations les plus fréquemment rencontrées étaient en rapport avec des pathologies chroniques (37,43 %), des problèmes aigus (26,03 %) et des urgences réelles ou ressenties (9,12 %). Une proportion non négligeable de situations non répertoriées (3,44 %) était rencontrée. L'âge, la catégorie socio-professionnelle et le sexe des patients influençaient la répartition des familles de situation.

Leur bilan sera étudié, comparé et intégré à nos propres résultats dans la suite de la thèse.

7. Problématique

Afin d'améliorer la pratique des soins ambulatoires et leur enseignement théorique, il semble nécessaire de décrire au préalable l'activité de la médecine générale. Comme abordé précédemment, il est apparu que l'utilisation des 11 familles de situation permettrait une analyse satisfaisante de la pratique de ville. Cependant, il n'a pas été retrouvé d'études antérieures concernant la prévalence de chacune des familles. L'activité des MSU présente quelques particularités, mais elle peut être considérée comme représentative de celle de la population des médecins généralistes. Ainsi, la répartition des familles de situation clinique rencontrée par les MSU de niveau 1 de l'UPEC, est un premier travail sur ce sujet, qui

permettra d'avoir des données relatives à l'activité des MG en termes de familles de situations cliniques.

L'objectif principal de notre étude est de décrire la répartition des familles de situations cliniques dans l'activité de soins des MG-MSU de l'UPEC.

L'objectif secondaire est d'étudier des facteurs associés à certaines familles de situations (caractéristiques du médecin et du patient) qui pourraient influencer leur répartition.

Le travail engagé dans cette thèse s'inscrit dans une étude sur une année organisée par le département de médecine générale (DMG) de l'UPEC. Après avoir présenté les données recueillies sur le semestre hivernal 2017-2018 nous les intégrerons à celles du semestre estival 2017 pour une analyse globale sur une année entière.

II. Matériel et méthode

1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et quantitative, s'inscrivant dans un projet du DMG de Créteil, basée sur un recueil de données à l'aide d'une grille analysant les consultations des MSU de niveau 1 de l'UPEC selon les 11 familles de situations cliniques prévalentes, durant le semestre d'hiver 2017-2018.

Une première étude a été réalisée par deux thésards pendant le semestre d'été 2017. Notre étude vient la compléter en examinant le semestre hivernal 2017-2018 et permet d'obtenir ainsi les données sur une année entière afin de limiter un biais de saisonnalité (11,14).

Le recueil des données, réalisé par les internes, s'est effectué sur 2 demi-journées de consultations par semaine pendant 3 semaines consécutives, soit 6 demi-journées au total. Ainsi, le premier recueil devait être effectué entre le 20 novembre et le 9 décembre 2017 ; et le second recueil entre le 5 et 24 mars 2018. Ces deux périodes ont été rallongées par la suite de deux semaines pour récupérer plus de données auprès des internes parfois en difficultés.

2. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies par les 44 internes de l'UPEC réalisant leur stage ambulatoire de niveau 1 lors de consultations en observation ou en supervision directe, et donc en présence de leur MSU à l'aide d'une grille de cotation comportant les 11 familles de situations cliniques prévalentes (Annexe 1).

Au début du semestre, ces internes ont assisté à une séance de formation de 2 heures à la faculté pour prendre connaissance de l'étude et leur expliquer les modalités de leur participation à cette étude. Ainsi, lors de cette réunion, nous avons présenté la grille de recueil et la définition des grandes familles et leurs sous-familles de situations cliniques. A la fin de la séance, une mise en pratique par un exercice de codage à travers une consultation authentique filmée a été réalisée. La participation au recueil de données des internes n'était pas obligatoire, mais encouragée au cours du semestre, par des relances courriels réalisées par la thésarde et les enseignants en charge du projet.

Les MSU avaient été préalablement informés du concept et des objectifs de l'étude à l'occasion de la réunion semestrielle des MSU avant le début du recueil (avril 2017).

A l'aide de la grille au format papier ou électronique, les internes ont codé les consultations de leur MSU en explicitant les familles de situations (cases à cocher) qu'ils repéraient pour chacune. Il était conseillé au MSU de discuter de la cotation avec l'interne et éventuellement de la modifier si besoin (par exemple, si l'interne n'avait pas perçu certains champs abordés). La grille de cotation permettait de recueillir les informations concernant environ 15 patients par demi-journée.

Les données sociodémographiques des patients ont été recueillies : sur les grilles de codage devaient figurer le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle du patient ; une colonne était aussi disponible pour savoir s'il était suivi par le MSU ou non.

Si le maximum était obtenu, à raison de 30 consultations sur deux demi-journées, pour 44 internes de niveau 1 invités à participer à cette étude, l'objectif attendu était de recueillir environ 7500 consultations sur les 44 terrains de stage de niveau 1 de l'UPEC.

Nous avons procédé à des rappels par courriel dans les jours précédents la date de recueil des données, pendant la période de recueil et à la fin de celle dernière. Les grilles de résultats

étaient récupérées en format papier à la faculté ou en format électronique par courriel. Par la suite, ces données ont été transposées en format Excel pour permettre leur exploitation directement.

3. Analyse des données

L'analyse des données a été descriptive et quantitative (en fonction de données traitées) à la fois pour la population des médecins généralistes, ainsi que pour les patients et les consultations.

Les catégories socio-professionnelles des patients ont été déterminées selon de la classification des Professions et Catégories Socio-Professionnelles (PCS), réactualisées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2003 (18, Annexe 2).

L'analyse a été globale, puis effectuée pour chaque MSU, ou bien par binôme de MSU selon le lieu de stage, afin de connaître les situations prévalentes dans chaque lieu de stage. Les comparaisons entre les catégories de patients ont été effectuées à l'aide du test de χ^2 , ou, lorsque les effectifs étaient < 5 , par le test de χ^2 corrigé de Yates.

Les résultats recueillis pendant la session estivale 2017 ont aussi été comparés à nos propres résultats hivernaux afin d'évaluer les différences de profils de consultation liées à la saisonnalité et de s'assurer de la reproductibilité des données et ainsi de leur fiabilité.

L'analyse statistique a été réalisé à l'aide des logiciels Microsoft Excel[®] 2013 et Minitab[®] 17.3.1.

III. Résultats

Parmi les 44 internes en stage de médecine ambulatoire de niveau 1, pendant le semestre de novembre 2017 à avril 2018, 27 internes ont effectivement participé à cette étude (soit 59%). Seuls 6 d'entre eux ont rempli les grilles correspondant à l'ensemble de 12 demi-journées de recueil. Les autres n'ont pas systématiquement codé toutes leurs demi-journées de stage.

Globalement, ceux ayant participé à la première période ont fait de même à la deuxième.

Grâce à cette participation, nous avons pu observer 2025 consultations. 19 consultations n'ont pu être retenues par manque de données. Un total de 3442 familles de situations a été codé.

1. Caractéristiques de la population étudiée (Tableau 1)

L'âge des patients se répartissait d'un mois à 99 ans, avec une moyenne de 44 ans. 16,83 % des patients étaient âgés de moins de 15 ans et 13,43 % de plus de 75 ans.

Les femmes étaient majoritairement représentées avec 58,17 %. 89,19 % des patients étaient déjà connus du MSU.

La CSP n°8 comprenant les personnes sans activité professionnelle, les étudiants et les enfants étaient la plus représentée (26,86 %) suivies des retraités (22,22 %) et des employés (14,47 %).

Un pourcentage élevé de patients (20,44 %) n'avait pas de profil professionnel renseigné mais cette catégorie comprenait également les enfants et les étudiants.

Patients (N=2025)	N	(%)
Age		
0 - 4 ans	188	(9,28)
5 - 14 ans	153	(7,55)
15 - 30 ans	311	(15,36)
31 - 45 ans	393	(19,41)
46 - 59 ans	346	(17,09)
60 - 74 ans	362	(17,88)
75 - 105 ans	272	(13,43)
Genre		
Féminin	1178	(58,17)
Masculin	847	(41,83)
Parcours de soins		
Connu du MG	1806	(89,19)
Non connu du MG	219	(10,81)
Catégorie socio-professionnelle (selon le PCS 2003)		
Non renseignée (données manquantes)	414	(20,44)
Agriculteurs exploitants	0	(0)
Artisans, commerçants Et chefs d'entreprise	17	(0,84)
Cadres et professions intellectuelles	95	(4,7)
Professions intermédiaires	134	(6,62)
Employés	293	(14,47)
Ouvriers	78	(3,85)
Retraités	450	(22,22)
Autres, personnes sans activité professionnelle	544	(26,86)

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

2. Les familles de situation clinique

Un total de 3442 familles et sous-familles de situations ont été codées avec une moyenne de 1,7 familles de situations cliniques par consultation.

2.1 Répartition des familles : (Figure 1)

Deux grandes familles de situations sont plus fréquemment rencontrées par rapport aux autres :

- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence - 1288 consultations (37,42 %)
- Situations liées à des problèmes aigus/programmés ou non/fréquents ou exemplaires - 967 consultations (28,09 %)

Les autres familles identifiées lors des consultations sont les suivantes par ordre décroissant :

- Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties - 238 consultations (6,91 %)
- Problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent - 227 consultations (6,60 %)
- Sexualité de la génitalité et de la reproduction - 208 consultations (6,04 %)
- Situations non répertoriées - 153 consultations (4,45 %)
- Aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques - 151 consultations (4,39 %)
- Problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail - 77 consultations (2,24 %)
- Problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale, à la vie de couple - 51 consultations (1,48 %)
- Problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan - 33 consultations (0,96 %)
- Patients perçus comme difficiles/exigeants - 25 consultations (0,73 %)
- Patients d'une autre culture - 24 consultations (0,70 %)

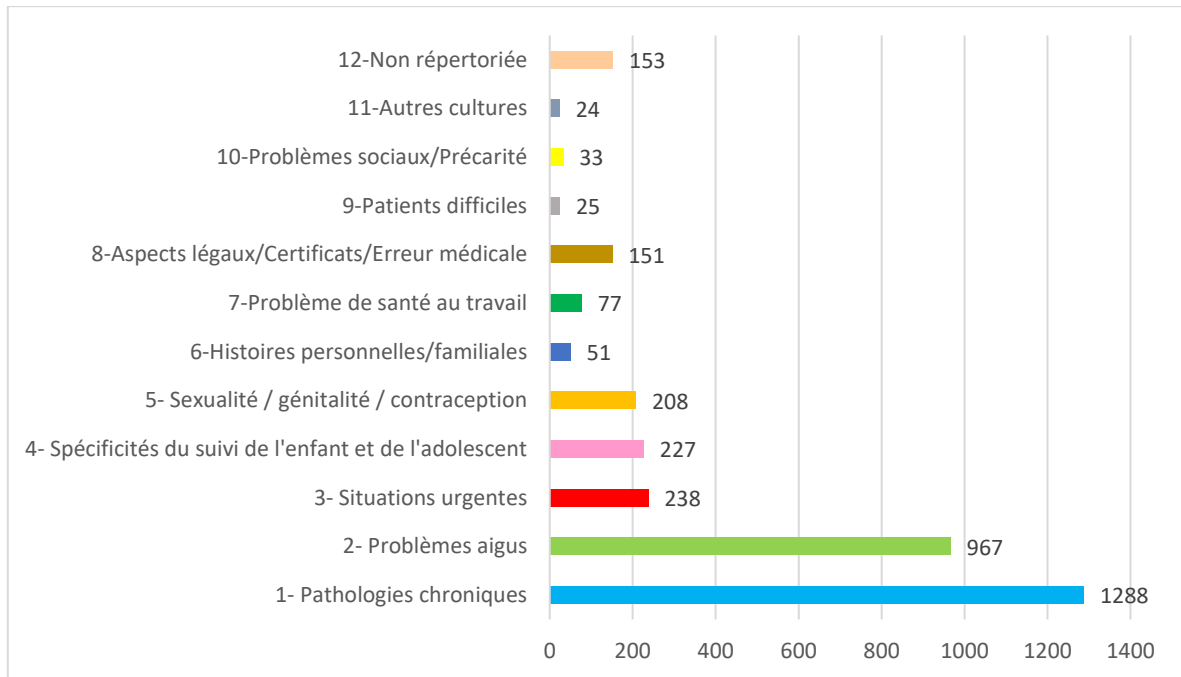


Figure 1 : Répartition des grandes familles de situations cliniques

2.2. Répartition des situations cliniques les plus fréquentes : (Figure 2)

Les situations classées par ordre décroissant de fréquences sont les suivantes :

- 2-3 Plaintes somatiques aiguës non urgentes avec 724 consultations (21,03 %)
- 1-1 Pathologies chroniques et les polyopathologies à raison de 653 consultations (18,97 %)
- 1-2 Prise en charge facteurs de risque (7,09 %)
- 3-1 Plainte urgente somatique (5,11 %)
- 1-8 Douleur chronique (4,82 %)
- 4-1 Suivi nourrisson et enfant (4,65 %)
- 12-Non répertoriée (4,45 %)
- 8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale (4,39 %).
- 7-Problème de santé au travail (2,24 %).

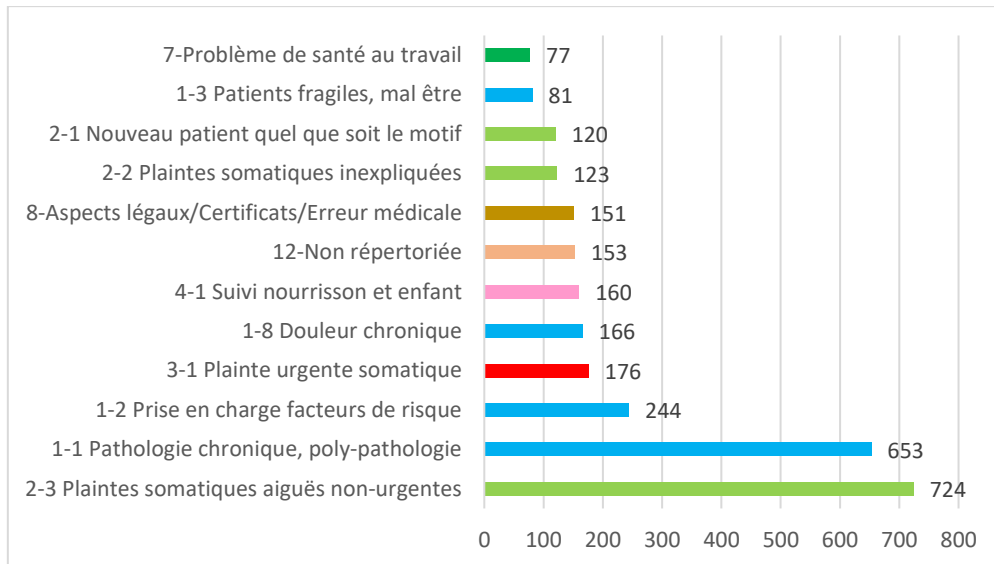


Figure 2 : Répartition des situations cliniques les plus fréquentes

2.3. Les situations non répertoriées

La 12^{ème} famille de notre étude est celle de situations cliniques non répertoriées. Les étudiants pouvaient y faire figurer les cas qu'ils ne pouvaient pas coder dans les 11 familles énoncées :

- Réalisation de vaccins : 18 consultations
- Réalisations d'examen complémentaires au cabinet (ECG, échographies) : 18 consultations
- Prévention/conseils hygiéno-diététiques (« prévention », conseils sur le sommeil et surpoids, arrêt du tabac) : 9 consultations.
- Gestes techniques (infiltration, azote, collyre post-chirurgie vitréenne) : 5 consultations.
- Dépistage de cancer autre que gynécologique (« Hemocult ») : 4 consultations
- Suivi biologique : 4 consultations
- Autres (homéopathie, éducation thérapeutique, surveillance plâtre) : 4 consultations.
- Diagnostic (souffle cardiaque, diabète de type 2, BPCO) : 3 consultations
- Visites à domicile – 3 consultations
- Patient voyageur et conseils – 2 consultations
- Motifs gynécologiques (1^{ère} consultation gynécologique, consultation post-natale) : 2 consultations

3. Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des patients

3.1. Répartition des familles de situations cliniques selon l'âge des patients (Annexe 3)

Pour la famille de situations cliniques la plus prévalente, « situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence », ce sont les plus patients de 30 ans qui consultent globalement pour ce motif avec une prédominance pour les 60-74 ans avec 392 consultations. La même tendance s'applique globalement pour les autres familles de situation à part celle spécifiques au suivi de l'enfant où la classe d'âge des 0 à 15 ans sont majoritaires.

Les consultations portant sur la sexualité/génitalité/contraception étaient aussi spécifiques d'une classe d'âge à savoir les patients entre 15 et 45 ans.

Le nombre de familles de situations abordées par consultation augmente avec l'âge des patients ; avec quasiment 2 familles de situations par consultation chez les plus de 75 ans.

3.2. Répartition des familles de situations cliniques selon le sexe des patients :

La répartition des familles de situations cliniques selon le sexe des patients comparée au moyen d'un test du Chi 2 de Pearson avec un seuil de significativité de 0,05 est décrite dans le tableau II.

La répartition des familles de situations cliniques selon le sexe a été étudiée selon le test du Chi2 de Pearson pour mettre en évidence d'éventuelles disparités. Evidemment, on observe une différence significative auprès de la famille sexualité/génitalité/contraception qui concerne fortement les femmes (202 consultations féminines contre 6 consultations masculines toutes à propos d'un trouble sexuel, $p < 0,05$). Cette prédominance féminine est retrouvée pour toutes les sous-familles, exceptée pour les troubles sexuels. La famille comprenant le suivi spécifique des enfants présente aussi une inégalité significative selon le sexe : 113 femmes (5,57 %) et 114 hommes (8 %) avec $p < 0,05$.

Par ailleurs, des différences sont constatées dans certaines sous-familles qui concernent alors plus les hommes comme la prise en charge de facteurs de risque (126 hommes pour 118 femmes, $p < 0,05$), les addictions/mésusage/dépendance (20 hommes pour 12 femmes, $p < 0,05$) et les problèmes médico-sociaux aigus (17 hommes pour 12 femmes, $p < 0,05$).

La répartition des familles et sous-familles de situations les plus fréquentes par ordre décroissant était la suivante :

Concernant les femmes :

- 2-3 Plaintes somatiques aiguës non urgentes : 415 consultations (20,47 %)
- 1-1 Pathologies chroniques, polyopathologiques : 365 consultations (18,01 %)
- 1-2 Prise en charge de facteurs de risque : 118 consultations (5,82 %)
- 3-1 Plaintes urgentes somatiques : 110 consultations (5,43 %)
- 1-8 Douleurs chroniques : 107 consultations (5,28 %)

Concernant les hommes :

- 2-3 Plaintes somatiques aiguës non urgentes : 309 consultations (21,84 %)
- 1-1 Pathologies chroniques, polyopathologiques : 288 consultations (20,35 %)
- 1-2 Prise en charge de facteurs de risque : 126 consultations (8,90 %)
- 4-1 Suivi du nourrisson et de l'enfant : 85 consultations (6,01 %)
- 3-1 Plaintes urgentes somatiques : 66 consultations (4,66 %)

Le rapport entre le nombre de familles de situations rencontrées par consultation, était similaire quel que soit le sexe du patient : 1,72 familles de situations/patiente contre 1,67 familles de situations/patient.

Sexe des patients (N=2025)	Féminin	Masculin	
Nombre total de patients dans le groupe	1178	847	X2 à 1 ddl
1-1 Pathologie chronique, polyopathie	365	288	2,42
1-2 Prise en charge facteurs de risque	118	126	11,17
1-3 Patients fragiles, mal être	56	25	3,51
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	26	14	0,62
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	12	20	6,05
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	3	6	2,43
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	38	25	0,05
1-8 Douleur chronique	107	59	2,13
Total famille pathologies chroniques (1)	725	563	3,6
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	73	47	0,19
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	66	57	1,39
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	415	309	0,74
Total situations aiguës (2)	554	413	1,02
3-1 Plainte urgente somatique	110	66	0,95
3-2 Crise aiguë psychiatrique	22	12	0,48
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	11	17	4,45
Total situations urgentes (3)	143	95	0,14
4-1 Suivi nourrisson et enfant	75	85	9,54
4-2 Accompagnement des parents inquiets	17	20	2,56
4-3 Suivi adolescent	21	9	1,53
Total spécificités suivi enfants (4)	113	114	7,78
5-1 Contraception	56	0	39,09
5-2 Grossesse	38	0	26,53
5-3 Ménopause/Péri-ménopause	7	0	4,89
5-4 IVG	7	0	4,89
5-5 Plainte prévalente gynécologique	35	0	24,43
5-6 Dépistage cancer sein/col	52	0	36,3
5-7 Trouble sexuel	7	6	0,14
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	202	6	125,54
6-Histoires personnelles/familiales	34	17	1,27
7-Problème de santé au travail	42	35	0,6
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	87	64	0,1
9-Patients difficiles	12	13	1,22
10-Problèmes sociaux/Précarité	18	15	0,26
11-Autres cultures	16	8	0,6
12-Non répertoriée	81	72	2,24
Total 12 familles de situations	2027	1415	0,35

Tableau II : Répartition des familles de situations cliniques selon le sexe des patients

3.3. Répartition selon la catégorie socio-professionnelle des patients : (Annexe 4)

Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées à part celle des agriculteurs exploitants qui ne compte aucune personne dans cette catégorie n°1. La catégorie n°8 qui comprend notamment les patients sans emploi et les enfants était la plus représentative avec 544 patients et a contribué à 24,52 % familles de situations cliniques codées.

De manière décroissante, les catégories ayant le plus contribué au recueil des familles sont :

- 8- Autres, personnes sans activité professionnelle : 844 consultations
- 7- Les retraités : 824 consultations
- X : Catégorie non renseignée : 692 consultations
- 5- Les employés : 512 consultations

Les ouvriers sont ceux dont le rapport de nombre de familles de situations rencontrées par consultations était le plus important à 1,9 ; s'en suit les retraités ex-aequo avec les cadres et professions intellectuelles à 1,8.

3.4. Répartition selon les MSU

45 MSU ont participé à notre recueil par l'intermédiaire de leurs internes répartis sur 27 lieux de stages.

Dix médecins avaient quitté le panel de MSU à la fin de la première période pour être remplacés par 16 autres praticiens différents.

Parmi les 27 internes ayant codé, la répartition était de 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes.

La moyenne du nombre de consultations codées pendant le semestre par interne était de 127,48 (md 135, s 60,77). Cet écart type élevé met en évidence d'importantes disparités dans la participation entre les internes. Concernant le type de terrain de stage : en binôme de MSU, la moyenne est de 141,33 consultations codées (md : 164, s : 65,97) tandis que pour un monôme (MSU seul), la moyenne est de 120,55 (md : 122, s : 58,72).

Par manque de données concernant les MSU ayant participé à l'étude, nous ne les comparerons que sur leurs caractéristiques d'avoir accueilli un interne en binôme avec un

autre praticien ou non. Des différences significatives sont détectées pour les familles de situation (Tableau III) :

- (1) Pathologie chroniques (762 en binôme contre 526 consultations en monôme, $p < 0,05$)
- (2) Situations aiguës (666 consultations en binôme contre 301 en monôme, $p < 0,05$)
- (3) Situations urgentes (123 consultations en binôme contre 115 en monôme, $p < 0,05$)
- (5) Sexualité/génitalité/contraception (106 consultations en binôme contre 102 en monôme, $p < 0,05$)
- (9) Patients difficiles (24 consultations en binôme contre 1 en monôme, $p < 0,05$)
- (10) Problèmes sociaux/Précarité (27 consultations en binôme contre 6, $p < 0,05$)

Type terrain de stage	Monôme	Binôme	
Nombre de lieux de stage	9	18	X2
(N° total de patients dans le groupe)	744	1281	à 1 ddl
1- Total famille pathologies chroniques	526	762	8,34
2- Total situations aiguës	301	666	14,10
3- Total situations urgentes	115	123	13,19
4- Total spécificités suivi enfants	72	155	2,67
5- Total sexualité / génitalité / contraception	102	106	13,03
6-Histoires personnelles/familiales	15	36	1,25
7-Problème de santé au travail	22	55	2,32
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	48	103	1,73
9-Patients difficiles	1	24	11,65
10-Problèmes sociaux/Précarité	6	27	4,99
11-Autres cultures	8	16	0,14
12-Non répertoriée	56	97	0,01
Total 12 familles de situations	1272	2170	100

Tableau III : Répartition des familles de situations cliniques selon le type de terrain de stage

4. Recueil des familles de situations cliniques sur une année

4.3. Répartition des familles de situations cliniques sur une année entière : (Figure 3)

Nous avons combiné l'ensemble de données recueillies sur une année, en ajoutant aux résultats de notre étude ceux du codage réalisé pendant le premier semestre.

Les familles de situations cliniques restent dans le même ordre de fréquence (Tableau IV) : en tête les pathologies chroniques ; en second, les situations aiguës ; puis de manière moins fréquente : les situations d'urgences réelles ou ressenties, le suivi des enfants, les démarches administratives, les situations autour de la sexualité et les situations non-répertoriées. Les familles de situations les moins souvent rencontrées sont : histoire personnelle et familiale, problèmes de santé au travail, problèmes sociaux et patients d'une autre culture.

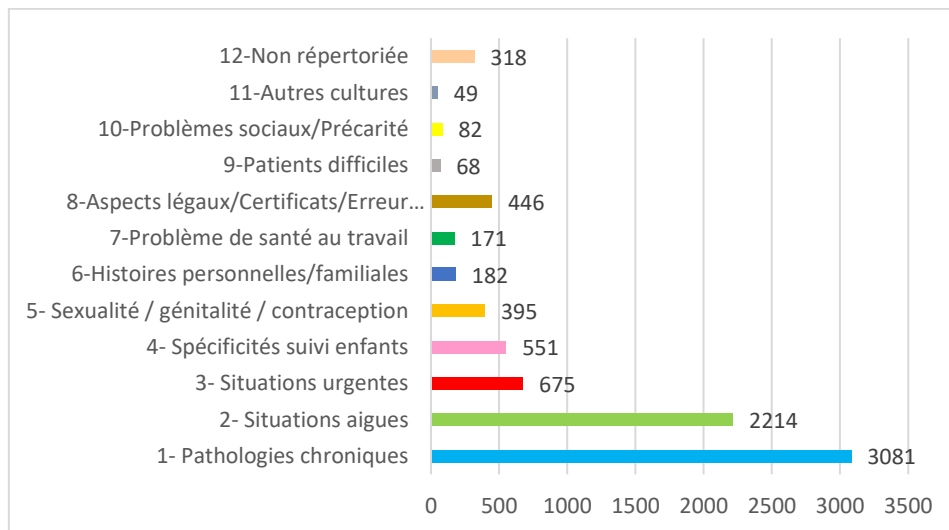


Figure 3 : Répartition des familles de situations cliniques sur une année entière

- 1- Pathologies chroniques : 37,43 % avec 3081 consultations
- 2- Situations aiguës : 26,90 % avec 2214 consultations
- 3- Situations urgentes : 8,20 % avec 675 consultations
- 4- Spécificités du suivi de l'enfant : 6,69 % pour 551 consultations
- 8- Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale : 5,42 % pour 446 consultations
- 5- Sexualité/Génitalité/Contraception : 4,80 % pour 395 consultations
- 12- Situations non répertoriées : 3,86 % pour 318 consultations
- 6- Histoires personnelles/familiales : 2,21 % pour 182 consultations
- 7- Problème de santé au travail : 2,08 % pour 171 consultations
- 10- Problèmes sociaux/précarité : 1,00 % pour 82 consultations
- 9- Patients difficiles : 0,80 % pour 68 consultations
- 11- Patients d'une autre culture : 0,60 % pour 49 consultations

Tableau IV : Répartition des familles de situations sur une année en fonction de leur fréquence

4.4. Comparaison entre les deux périodes de recueil : (Annexe 6)

Pour déterminer l'existence d'une différence de fréquence des familles entre les deux périodes de recueil, nous avons réalisé un test du Chi 2 avec un seuil de significativité de 0,05 (Tableau V).

Pour les deux familles de situations cliniques les plus prévalentes sur l'ensemble du recueil, « pathologies chroniques » et « situations aiguës », il n'existait pas de différence significative entre la période estivale et l'hivernale :

- Pathologies chroniques : 1793 consultations (37,43%) en période estivale contre 1288 (37,42%) lors de notre période de recueil hivernal ($p > 0,05$). Il existe cependant une différence significative dans la sous-famille « 1-2 Prise en charge de facteur de risque » plus fréquente en période hivernale de manière significative.
- Situations aiguës : 1247 consultations (26,03%) en période estivale contre 967 (28,09%) en hiver ($p > 0,05$). Aucune différence n'est retrouvée dans les sous-familles de cette catégorie.

Les familles « 4- Spécificités du suivi de l'enfant », « 7- Problème de santé au travail », « 9- Patients difficiles », « 10- Problèmes sociaux/Précarité » et « 11- Patients d'autres cultures » présentent des répartitions comparables sur les deux périodes.

En revanche, des différences significatives de répartition sont mises en évidence pour les familles suivantes :

- 3- Situations urgentes : 437 consultations (9,12 %) en période estivale contre 238 (6,91 %) en hiver ($p < 0,05$). Cette différence avec une fréquence plus élevée pendant le recueil estival est liée à la forte proportion de la sous-famille plainte urgente somatique avec 359 consultations (7,49 %) contre 176 (5,11 %) lors la période hivernale.
- 5- Trouble de la sexualité/génitalité/contraception : 208 (6,04 %) lors de la période hivernale contre 187 consultations (3,90 %) lors la période estivale ($p < 0,05$). Cette différence se confirme pour la plupart des sous-familles.
- 6- Histoires personnelles et familiales : 131 consultations en période hivernale (2,73 %) contre 51 (1,48 %) en période estivale avec $p < 0,05$.
- 8- Aspects légaux/Certificats/Erreurs médicales : 295 consultations en période estivale (6,16 %) contre 151 (4,39 %) en période hivernale ($p < 0,05$).
- 12- Non répertoriées : 165 consultations (3,44 %) en période estivale contre 153 (4,45 %) lors de la période hivernale ($p < 0,05$).

Période	Eté	Hiver	X2 à 1 ddl
Nombre total de patients dans le groupe (N=4673)	2648	2025	
1-1 Pathologie chronique, polypathologie	938	653	0,39
1-2 Prise en charge facteurs de risque	249	244	11,95
1-3 Patients fragiles, mal être	134	81	1,51
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	54	40	0,02
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	58	32	1,45
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	22	9	2,08
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	91	63	0,05
1-8 Douleur chronique	247	166	0,44
Total situations pathologies chroniques (1)	1793	1288	0
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	145	120	1,31
2-2 Plaintes somatiques inexplicées	163	123	0,17
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	939	724	2,03
Total situations aiguës (2)	1247	967	3,16
3-1 Plainte urgente somatique	359	176	17,48
3-2 Crise aiguë psychiatrique	45	34	0,05
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	33	28	0,42
Total situations urgentes (3)	437	238	11,91
4-1 Suivi nourrisson et enfant	224	160	0,003
4-2 Accompagnement des parents inquiets	49	37	0,05
4-3 Suivi adolescent	51	30	0,76
Total spécificités suivi enfants (4)	324	227	0,09
5-1 Contraception	51	56	4,87
5-2 Grossesse	29	38	6,12
5-3 Ménopause/Périménopause	15	7	0,9
5-4 IVG	2	7	4,78
5-5 Plainte prévalente gynécologique	30	35	3,87
5-6 Dépistage cancer sein/col	46	52	5,1
5-7 Trouble sexuel	14	13	0,45
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	187	208	19,1
6-Histoires personnelles/familiales	131	51	14,23
7-Problème de santé au travail	94	77	0,73
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	295	151	11,6
9-Patients difficiles	43	25	0,71
10-Problèmes sociaux/Précarité	49	33	0,08
11-Autres cultures	25	24	1,03
12-Non répertoriée	165	153	5,19
Total 12 familles de situations	4790	3442	8232

Tableau V : Analyse comparative des deux périodes de recueil sur l'année 2017-2018

IV. Discussion

1. Principaux résultats

1.1. Recueil du second semestre

1.1.1. Répartition globale des familles de situations cliniques

Pendant le semestre hivernal 2017-2018, 27 internes sur les 44 réalisant leur stage de médecine ambulatoire de niveau 1 ont codé 3442 familles de situations cliniques réparties sur 2025 consultations. On obtient alors un ratio de 1,7 familles de situations par consultation.

La moyenne d'âge des patients était de 44 ans et les femmes étaient majoritaires dans la population à 58,17 %. La majorité des patients étaient déjà connu du médecin généraliste à 89,19 %, ces médecins suivant généralement leur patient au long cours. Les personnes sans activité professionnelle, les étudiants et les enfants était la population la plus représentée au cours de l'étude (26,86 %) suivis des retraités (22,22 %) et des employés (14,47 %).

La famille de situation la plus prévalente était celle concernant des patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence à 37,42 % avec 1288 consultations. Ce résultat s'explique par la forte proportion de patients de plus de 30 ans (67,81 %) qui souffrent de pathologies au long cours et nécessitent un suivi régulier auprès du médecin généraliste. En seconde position, la famille des « situations liées à des problèmes aigus/programmés ou non/fréquents ou exemplaires » affiche aussi un important pourcentage : 28,09 % avec 967 consultations. Les patients consultent fréquemment pour des problèmes ponctuels aigus car le médecin de ville est reconnu comme le spécialiste du « premier recours ». On observe en moindre proportion : la famille « des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties » à 6,91 %, la famille « problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » à 6,60 % et la famille « problèmes autour de la sexualité, de la génitalité et de la reproduction » à 6,04 %.

Les six autres familles rassemblent moins de 11,0 % des motifs de consultation : « Problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail » : 2,24 %, « Problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple » : 1,48 %, « Problèmes sociaux ou situation de précarité sont au

premier plan » : 0,96 %, « Patients perçus comme difficiles/ exigeants » : 0,73 %, et « Patients d'une autre culture » : 0,70 %.

L'analyse par sous-familles expose des données surprenantes concernant la fréquence des familles : la première sous-famille rencontrée était « plainte somatiques aiguës non urgentes » (21,03%), appartenant à la famille « problèmes aigus » et non à la famille « pathologies chroniques » qui est la première des grandes familles. La sous-famille de situations « suivi de pathologies chroniques et polypathologie », la plus fréquente sous-famille de la famille « pathologies chroniques », arrive seulement seconde au classement (18,97%).

1.1.2. Répartition selon la catégorie d'âge des patients

La famille de situations « pathologies chroniques » qui est globalement la plus rencontrée, est le plus prévalente chez les patients de plus de 30 ans avec un pic pour ceux entre 60 et 74 ans avec 392 consultations. Ceci était prévisible étant donné la prévalence des pathologies chroniques et de la polypathologie chez les sujets âgés. En effet, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) de 2008 montrait qu'il y avait en moyenne six maladies déclarées par personne appartenant à la classe d'âge des plus de 65 ans contre 1,70 maladies pour la classe d'âge des 16-39 ans (19). Ces données concordent avec le fait que ce sont les patients de plus de 75 ans qui présentent le plus grand ratio de familles de situation par consultation à 1,91.

La population des moins de 15 ans était évidemment la plus concernée par la famille « spécificités nourrisson, enfant et adolescent » dédiée par définition à cette catégorie d'âges. De même on observe que presque seules les femmes de 46-59 ans sont concernées par la sous-famille « ménopause, péri-ménopause ». La famille « sexualité, génitalité, reproduction » est logiquement d'avantage présente chez les femmes entre 15 et 45 ans.

1.1.3. Répartition selon le sexe des patients

Notre population comportait 44,0 % d'hommes avec une moyenne d'âges de 42,72 ans et 56,0 % de femmes avec une moyenne d'âges 44,67.

La différence significative la plus flagrante attendue était la prédominance quasiment absolue des femmes pour la famille de situations « sexualité/génitalité/contraception » où 6 hommes seulement étaient dénombrés dans la sous-famille « troubles sexuels ». Cela s'explique par la spécificité de ces sous-familles exclusivement destinées aux femmes et pour lesquelles une différence significative est observée systématiquement.

La famille « Spécificités du suivi de l'enfant » expose une différence significative ($p < 0,05$) avec un plus grand nombre de garçons que de filles dans la sous-famille « Suivi du nourrisson et de l'enfant ».

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la sous-famille de situations cliniques « Prise en charge de facteurs de risque », « Problèmes médico-sociaux aigus », ainsi que de la sous-famille de situations cliniques « Addiction, mésusage, dépendance », toutes retrouvées en plus grand nombre chez les individus de sexe masculin. Le résultat concernant la sous-famille « addiction, mésusage, dépendance » semble logique car la prévalence des problématiques addictologiques est plus importante dans la population de sexe masculin, même si cette différence entre les sexes tend à diminuer ces dernières années comme en attestent les dernières enquêtes de l'INPES sur la consommation française de tabac et d'alcool. En effet, le tabagisme régulier est en augmentation dans la population des femmes entre 55 et 64 ans, ainsi que le nombre d'alcoolisations ponctuelles importantes chez les femmes entre 18 et 25 ans depuis 2010 (15,26).

1.1.4. Répartition selon la catégorie socio-professionnelle des patients

La CSP « Autres, personnes sans activité professionnelle » était la catégorie la plus fréquente pour la population de l'étude avec 24,52 % de consultations codées. Elle comprenait les personnes sans activité professionnelle, c'est-à-dire les chômeurs, mais aussi les étudiants et les élèves. Tous les enfants y étaient classés dès la naissance. L'hétérogénéité de cette population induit sûrement un biais de classement. Pour une meilleure description de la répartition des familles de situations cliniques, les enfants et adolescents auraient dû être intégrés dans une catégorie de population à part. Les retraités constituent la seconde population la plus fréquente et cela est corrélé à une part importante des plus de 60 ans. Il existe un autre biais de classement par un nombre non négligeable de patients dont la CSP n'a

pas été renseignée par les internes (données manquantes pour 692 consultations, soit 20,10 %). Aucun patient représentait les agriculteurs exploitants car aucun MSU de l'étude se situait en zone rurale.

1.1.5. Répartition selon le terrain de stage : binôme ou monôme de MSU

45 MSU ont participé à notre recueil par l'intermédiaire de leurs internes, les terrains de stage se répartissaient en 18 binômes de MSU (soit 36 MSU) et 9 monômes. Dix médecins avaient quitté le panel des MSU à la fin de la première période de recueil pour être remplacés par 16 autres praticiens différents. Les 27 internes ayant codé se répartissaient en 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes.

Contrairement à la première période, nous n'avons pas pu rassembler les caractéristiques socio-professionnelles des MSU. En effet, dix médecins avaient quitté le pool de MSU à la fin de la première période pour être remplacés par 16 autres praticiens différents lors notre seconde période sans que le questionnaire médecin ait été rempli par ces nouveaux MSU. Lors du recueil estival, la population de MSU était globalement représentative du panel de médecins généralistes non MSU répertorié dans l'Atlas de Démographie Médicale Français de 2016 (9).

Tous les internes rencontraient environ 1,70 familles de situations par consultations.

La famille la plus fréquente de l'étude « Pathologies chroniques » était le plus fréquemment rencontrée en monôme, alors que la seconde « Situations aiguës » prédominait chez les binômes. Les terrains de stage voyaient le même nombre d'enfants et d'adolescents. En revanche, les monômes étaient plus spécialisés dans les situations « Sexualité, génitalité et contraception ». Les familles « Patients difficiles » et « Problèmes sociaux/Précarité » étaient plus représentées chez les binômes de MSU : la forte disparité des valeurs peut signifier une difficulté de codage de ces 2 familles quand l'interne est supervisé par un seul MSU sinon elle met en évidence des lieux de stage plus variés lorsqu'ils sont associés en binôme.

Les autres familles de situations étaient comparables.

1.2. Recueil sur l'année

En combinant les deux périodes de recueil, nous obtenons une base de données sur une année entière pour éviter le biais de saisonnalité. Ainsi, nous avons collecté un total de 8232 familles de situations cliniques correspondant à 4673 consultations. Le ratio de familles rencontrées par consultation est de 1,76 ; cette valeur est stable entre les deux périodes.

Le classement des familles de situations cliniques est constant entre les deux périodes de recueil mais aussi sur l'année entière : la famille la plus prévalente est toujours « 1- Pathologies chroniques » 37,40 %, puis elle est suivie de « 2- Situations aiguës » (26,90 %), « 3- Situations urgente » (8,20 %) et « 4- Spécificités du suivi de l'enfant » (6,70 %). Cette analyse descriptive globale démontre une stabilité de la répartition des familles de situations les plus prévalentes, et apporte de la cohérence interne aux résultats de nos recueils.

En comparant les deux périodes de recueil, cette tendance s'est confirmée par l'absence de différence significative pour les deux familles de situations cliniques les plus prévalentes sur l'ensemble du recueil. La famille de situations cliniques « Pathologies chroniques » représente 37,43 % des consultations en période estivale contre 37,42 % lors de notre période de recueil hivernal. Cependant, on remarque une différence significative dans la sous-famille « 1-2 Prise en charge de facteur de risque » plus prévalente en période hivernale : soit les patients profitent de leurs passages chez le médecin pour les infections hivernales pour parler de prévention ; ou alors le manque estival vient du fait qu'ils consultent sur leurs lieux de vacances pour voir un médecin à ce sujet...

Etonnement, concernant la famille « situations aiguës non-urgentes », la période hivernale n'est pas plus représentée (28,09 %) que la période estivale (26,03 %, $p > 0,05$) alors que nous aurions pu nous attendre à une prédominance hivernale en relation avec les infections saisonnières. La 3^{ème} famille « situations d'urgences réelles ou ressenties » possède une fréquence plus élevée lors de la période estivale (9,12 % contre 6,91 %) en lien avec une forte proportion de la sous-famille « plainte urgente somatique » avec 359 consultations (7,49 %) contre 176 (5,11 %) lors la période hivernale. On peut expliquer cette différence par une augmentation possible une augmentation de la traumatologie lors de la reprise du sport avec le beau temps estival ; ceci induit une élévation des consultations pour plainte somatique urgente.

En revanche, on retrouve un exemple typique de saisonnalité par la prédominance de la famille « Aspects légaux/Certificats/Erreurs médicales » dans le recueil estival, avec les consultations ayant eu lieu en septembre, pour la réalisation des certificats scolaires/sportifs de la rentrée.

L'hypothèse concernant la différence significative entre les deux périodes pour la famille de situations « troubles de la sexualité/génitalité/contraception » (3,90 % en été contre 6,04 % en hiver) est qu'elle réside sur une différence de pratique des MSU rentrés/sortis de l'étude lors du changement de semestre. Nous n'avons pas relevé les modes d'exercice particulier des MSU mais nous pouvons supposer qu'il y avait plus de MSU ayant une pratique incluant la santé de la femme. Cette hypothèse est transposable en partie à la famille « Situations non-répertoriées » où il existe aussi une différence significative en faveur de la période hivernale (4,45 % versus 3,44 %) dans le sens où certains examens complémentaires (ECG, échographie) et gestes techniques (infiltration, azote) étaient plus fréquemment recensés, probablement en lien avec les modes d'exercice particulier des MSU qui ont pu varier entre les recueils.

Le reste des familles de situations cliniques : « 4- Spécificités du suivi de l'enfant », « 7- Problème de santé au travail », « 9- Patients difficiles », « 10- Problèmes sociaux/Précarité » et « 11- Patients d'autres cultures » ont des fréquences comparables sur l'année entière.

2. Forces et faiblesses

2.1. Forces

Cette étude est la première à étudier l'activité des maîtres de stages universitaires grâce aux 11 familles de situations cliniques prévalentes en médecine générale qui représentent un référentiel de choix à titre pédagogique.

La puissance de notre étude est une force, avec un grand nombre de consultations observées : sur une année, les internes de niveau 1 ont codé 8232 familles de situations cliniques lors de 4673 consultations. Ce recueil sur un an a permis de s'assurer de la reproductibilité des données et donc de leur fiabilité. Nous avons alors observé une stabilité des familles les plus prévalentes entre les deux périodes de recueil estivale et hivernale.

2.2. Faiblesses

La principale faiblesse de l'étude réside dans le fait que 27 internes (61,36 %) sur 44 ont participé à l'étude avec seulement 8 ayant été assidus sur l'intégralité du recueil. Le temps de recueil et le temps nécessaire à la discussion entre l'interne et son MSU à la fin de chaque consultation ainsi que les périodes de vacances entrecoupant nos périodes de travail ont pu être des freins à la réalisation du recueil. Malgré la séance de formation à la faculté et les mails de rappel répétés, il manquait probablement des leviers incitatifs pour augmenter la participation des internes (comme l'absence de rémunération, et l'absence de validation d'un crédit facultaire).

Bien que les familles de situations cliniques les plus prévalentes étaient comparables entre les deux périodes de recueil, nous avons observé des différences significatives sur les autres familles, comme « Troubles de la sexualité/génitalité/contraception », qui étaient probablement liées au changement de la population de MSU entre les 2 recueils. L'absence d'informations sur certaines caractéristiques des MSU, et aussi sur les caractéristiques des MSU entrant dans le panel, ne nous a pas permis d'établir formellement une représentativité des MSU participants par rapport à la population de médecins généralistes de France, ni d'étayer nos hypothèses sur certaines différences observées entre les 2 recueils.

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Enquête de la DREES de 2004

L'enquête de la DRESS (12) est effectuée entre juin 2002 et janvier 2003 sur 44 000 consultations et 6 000 visites effectuées par 922 médecins généralistes libéraux. Cette enquête était proche dans sa méthodologie de celle choisie pour notre étude car elle utilisait également une classification basée sur 30 diagnostics fréquents. 84,0 % des médecins de cette étude exerçaient hors Île-de-France et les visites représentaient 22,0 % des consultations, ces données diffèrent dans la localisation des praticiens et dans le lieu de consultation de notre étude. Cette étude DRESS 2004 présente aussi l'inconvénient d'être désormais relativement ancienne.

Concernant la population des patients étudiés, il s'avère que les femmes représentent dans les deux études, la part de la population la plus importante (55,0 % dans l'étude de la DRESS versus 58,17 % pour notre étude). La répartition selon les catégories d'âges est différente entre les deux études (cinq catégories versus sept) ce qui rend les comparaisons dans ce domaine relativement difficiles, même si les patients de plus de 24 ans sont majoritaires dans l'étude de la DRESS (81,0 %) comme ceux de plus de 30 ans (71,0 %) dans notre étude. Dans les deux cas, le contrôle ou le suivi d'une affection chronique stable représentaient la famille principale avec 42,0 % des consultations dans l'étude de la DRESS contre 37,42 % dans notre étude. De même les affections aiguës avaient des proportions similaires, représentant 31,0 % des consultations dans l'étude de la DRESS, contre 28,0 % dans notre étude. Ces résultats similaires, dans les situations ayant des fréquences élevées, confortent nos résultats. Il semble également primordial d'exposer les internes à ces situations au cours de leur formation, étant donné la prépondérance des pathologies chroniques et polyopathologies, ainsi que des plaintes somatiques aiguës non-urgentes, dans l'activité des médecins généralistes.

3.2. Observatoire de médecine générale 2009

Le classement des 50 diagnostics les plus fréquemment retrouvés lors de consultation suite à l'étude de l'Observatoire de Médecine Générale de 2009 (24) met en tête : examens systématiques et prévention (24,28 %), puis états fébriles (17,38 %), HTA (13,10 %), rhinopharyngite-rhume (12,34 %) et vaccinations (12,06 %). Les diagnostics décrits dans cette étude sont différents des 11 familles proposées par le groupe d'experts de médecine générale ce qui rend les comparaisons difficiles. Cependant si l'on associe les principales pathologies chroniques décrites par l'OMG (HTA, dyslipidémies, diabète, arthrose, hypothyroïdie, humeur dépressive), la somme représente 31,52 % des consultations versus 37,42 % pour notre étude, donnant des fréquences relativement proches. De plus ce chiffre de 31,52 % est probablement sous-évalué car d'autres diagnostics chroniques pourraient probablement y être associés. Ainsi dans le diagnostic « examen systématiques et prévention » des diagnostics pourraient être compris dans notre sous-famille « prise en charge des facteurs de risque » de la famille « pathologies chronique ». La disparité des items des classements, avec l'utilisation de différentes classifications, est globalement un frein à de véritables comparaisons entre les études concernant la typologie du contenu des consultations et des prises en charges.

3.3. Etude ECOGEN de 2014

Plus récemment, l'étude ECOGEN (22) publiée en 2014 a analysé 20 781 consultations réalisées par 128 MSU selon la classification CISP-2 des motifs de consultation.

La population étudiée est semblable à celle de notre étude (Tableau VI) que ce soit dans la répartition des âges, des sexes ou des catégories socio-professionnelles. Les fortes similitudes des caractéristiques entre notre étude et celle ECOGEN qui intègre dix fois plus de consultations, conforte la représentativité de la population de notre étude.

Patients	ECOGEN N=20781	Thèse N=2025
Age	%	%
0 - 4 ans	8,48	9,28
5 - 14 ans	7,22	7,55
15 - 30 ans	11,86	15,36
31 - 45 ans	17,04	19,41
46 - 59 ans	19,74	17,09
60 - 74 ans	19,82	17,88
75 - 105 ans	15,84	13,43
Genre		
Féminin	58,26	58,17
Connu du MG	94,49	89,19
Catégorie socio-professionnelle (selon le PCS 2003)		
Non renseignée		20,44
Agriculteurs exploitants	0,36	0
Artisans, commerçants, chefs entreprise	2,77	0,84
Cadres et professions intellectuelles	5,06	4,70
Professions intermédiaires	6,00	6,62
Employés	19,32	14,47
Ouvriers	3,95	3,85
Retraités	32,73	22,22
Autres, sans activité professionnelle	29,79	26,86

Tableau VI – Caractéristiques des patients de l'étude ECOGEN et de l'étude de la thèse

Les principaux résultats de cette étude sont concordant avec ceux de l'Observatoire de Médecine générale avec une prédominance des situations de prévention (24,30 %) et des risques cardio-vasculaires (HTA, hyperlipidémie, diabète non-insulino-dépendant) (24,90 %)

et des infections des voies respiratoires (28,40 %). Parmi l'ensemble des résultats de consultation les auteurs considèrent que 39,60 % au minimum correspondent à des problèmes de santé chronique que ce soit des renouvellements d'ordonnance (21,30 %) ou des consultations de suivi : HTA (7,0 %), hyperlipidémie (3,70 %), dépression (2,70 %), diabète non insulino-dépendant (2,40 %), etc... Ce chiffre de 39,60 % est proche des 37,42 % retrouvés dans notre étude pour la famille « pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence ». Cette famille est par conséquent celle qui nécessite le plus d'attention dans la formation des internes de médecine générale du fait de la fréquence élevée des consultations qui la concerne.

3.4. Familles de situation cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS)

Dans le cadre d'une thèse soutenue à l'UPEC en 2017 (10), une étude a effectué la description de 14 295 situations cliniques lors de 11 251 consultations basées sur les mêmes 11 familles que nous avons utilisées. Ce relevé d'activité était effectué par des internes de MG en SASPAS lors de leur semestre de novembre 2014 à avril 2015.

Les comparaisons de nos résultats dans chaque famille et sous-famille à ceux de cette étude en pourcentage et à l'aide du χ^2 de Pearson (Annexe 7) mettent en évidence des différences statistiquement très significatives de leur répartition pour un nombre élevé d'entre elles.

Pour les internes en SASPAS (Tableau VII), la famille de situations cliniques la plus fréquente avec 56,66 % des consultations est celle des « situations aiguës » qui est significativement beaucoup plus fréquente que dans notre étude où elles n'arrivent qu'en seconde position avec 26,9 %. Dans cette famille la sous-famille « plaintes somatiques aiguës non-urgentes » représente la grande majorité des consultations avec 55,33 % contre 20,2 % dans notre étude.

Tout d'abord, cela vient du fait que les internes en SASPAS ont un planning de rendez-vous rempli le jour même pour des problèmes aigus de dernière minute contrairement à leurs MSU dont les patients prévoient leurs consultations plusieurs jours en avance pour gérer leurs pathologies chroniques. Par ailleurs, les patients sont plus disposés à rencontrer l'interne plutôt pour des soucis ponctuels.

Cette différence pourrait faire appel pour l'expliquer à la saisonnalité (semestre hivernal, de novembre 2014 à avril 2015) mais nous ne retrouvons pas cette hypothèse dans la comparaison été/hiver 2017/2018 de nos résultats. Il faut alors évoquer une circonstance exceptionnelle telle l'épidémie de grippe. Cette épidémie grippale pour l'hiver 2014-2015 (13) a été particulièrement forte avec 2,9 millions de consultations évoquées et au pic de l'épidémie lors de la semaine 6 ce celle-ci, une incidence à plus de 900/100 000 habitant alors que dans les cinq années précédentes elle se situait entre 200 et 400/100 000.

La forte proportion des situations aiguës peut aussi tenir de la méthodologie de l'étude sur les SASPAS. En effet, la thésarde s'appuyait sur des résumés de consultation qui comportaient seulement le motif de la venue du patient (ex : fièvre et toux chez un enfant de 6 ans) et le résultat diagnostique (ex : rhinopharyngite aiguë). Ce mode de fonctionnement différent du codage direct par familles de situations cliniques a pu occulter les autres motifs secondaires, abordés lors de l'entrevue, mais pas nécessairement notifié par l'interne SASPAS.

Du fait du nombre très élevé de consultations dans cette famille « situations aiguës » le test Chi2 met en avant des différences significatives, pour les de familles et sous-familles relatives aux situations aiguës. Une forte proportion des « plaintes urgentes somatiques » est notée dans notre étude (6,5 %) par rapport à l'étude SASPAS (0,54 %). La répartition entre les « plaintes somatiques aiguës non-urgentes » et les « plaintes urgentes somatiques » est probablement variable selon le niveau des internes. Il existe des différences notables également dans les suivis de grossesse et celui des adolescents qui sont plus fréquentes dans l'étude SASPAS. Enfin, les situations non répertoriées représentent un nombre non-négligeables des situations cliniques (1,89 % pour l'étude SASPAS et 3,86 % pour celle du niveau 1).

Stage ambulatoire (N° total de patients dans le groupe)	MSU /Niveau 1		Interne/SASPAS	
	4673	%	11251	%
1-1 Pathologie chronique, polypathologie	1591	19,33	1713	11,98
1-2 Prise en charge facteurs de risque	493	5,99	259	1,81
1-3 Patients fragiles, mal être	215	2,61	249	1,74
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	94	1,14	63	0,44
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	90	1,09	152	1,06
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	31	0,38	50	0,35
1-7 Pathologie psy prévalente	154	1,87	352	2,46
1-8 Douleur chronique	413	5,02	113	0,79
Total famille pathologies chroniques (1)	3081	37,43	2951	20,64
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	265	3,22	59	0,41
2-2 Plaintes somatiques inexplicées	286	3,47	130	0,91
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	1663	20,2	7910	55,33
Total situations aiguës (2)	2214	26,9	8099	56,66
3-1 Plainte urgente somatique	535	6,5	77	0,54
3-2 Crise aiguë psychiatrique	79	0,96	20	0,14
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	61	0,74	45	0,31
Total situations urgentes (3)	675	8,2	142	0,99
4-1 Suivi nourrisson et enfant	384	4,66	337	2,36
4-2 Accompagnement des parents inquiets	86	1,04	46	0,32
4-3 Suivi adolescent	81	0,98	234	1,64
Total spécificités suivi enfants (4)	551	6,69	617	4,32
5-1 Contraception	107	1,3	156	1,09
5-2 Grossesse	67	0,81	234	1,64
5-3 Ménopause/Périménopause	22	0,27	31	0,22
5-4 IVG	9	0,11	16	0,11
5-5 Plainte prévalente gynécologique	65	0,79	126	0,88
5-6 Dépistage cancer sein/col	98	1,19	96	0,67
5-7 Trouble sexuel	27	0,33	18	0,13
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	395	4,8	677	4,74
6-Histoires personnelles/familiales	182	2,21	146	1,02
7-Problème de santé au travail	171	2,08	144	1,01
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	446	5,42	1030	7,21
9-Patients difficiles	68	0,83	85	0,59
10-Problèmes sociaux/Précarité	82	1	46	0,32
11-Autres cultures	49	0,6	88	0,62
12-Non répertoriée	318	3,86	270	1,89
Total 12 familles de situations	8232		14295	

*Tableau VII : Prévalences des familles de situation cliniques rencontrées par les internes en
niveau 1 et SASPAS*

4. Perspectives

Tout d'abord, il est légitime de considérer que tous les médecins généralistes rencontrent les 11 familles de situations cliniques dans des proportions différentes. Les situations de pathologies chroniques et de problèmes aigus sont les plus prévalentes chez les médecins généralistes. Il faut donc former les internes tout particulièrement sur ce type de problématiques. En milieu hospitalier, nous sommes surtout amenés à traiter les problèmes aigus tout en mettant de côté les pathologies chroniques alors qu'il relève des compétences et des missions du MG de prendre en charge le patient dans sa globalité. En stage de niveau 1, l'interne est confronté au suivi des pathologies chroniques à travers les consultations de son MSU mais en SASPAS il semblerait qu'il soit plutôt exposé aux problématiques aigus. Notre étude demandait aux internes de niveau 1 de coder les consultations de leurs MSU lors des phases d'observation et de supervision directe, mais il n'y a pas encore eu d'étude organisée dans un contexte où ces mêmes internes coderaient les consultations qu'ils réalisent seuls, en supervision indirecte. Cela permettrait d'évaluer si les internes de niveau 1 rencontrent les mêmes familles de situations cliniques que leurs MSU lors de leur mise en autonomie.

Il est de la responsabilité des départements de MG de former les internes de MG à la prise en charge des pathologies chroniques. La faculté pourrait également organiser des cours afin de confronter les internes aux situations les moins prévalentes. Même si elles sont plus rares, le médecin généraliste les rencontre néanmoins et doit pouvoir y répondre... Des modules de cours centrés sur chacune des familles de situations cliniques pourraient être organisés comme le sont les Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA) qui peuvent être travaillés en Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques (GEAP). Ce type de cours est déjà en place à la faculté de médecine de Créteil et consiste à partir d'une situation authentique, de faire émerger les problématiques que l'interne qui a rencontré. Les situations présentées comportent souvent des problèmes administratifs, des liens avec des patients difficiles, ou avec des histoires personnelles complexes. Ce type de problématique concorde avec les familles de situation les plus rares. Un autre moyen pour rencontrer le plus de familles de situations cliniques serait de plus diversifier les terrains de stage pour permettre à l'interne d'exercer dans des cabinets avec des praticiens aux pratiques complémentaires.

Le groupe des situations non répertoriées occupe une forte proportion des consultations (4,45 %), plus de la moitié des motifs de ces consultations n'était pas spécifiée. Les internes y ont fréquemment codé la réalisation des vaccins et d'examens complémentaires (ECG, échographie). Le suivi du calendrier vaccinal est courant autant chez le sujet sain, tout comme d'autres types de prévention/promotion de la santé (conseils hygiéno-diététiques, conseils au voyageur...). Vu leur importance en termes de fréquence, il serait intéressant de pouvoir créer une famille ou sous-famille de situations pour les prendre en compte. En revanche, même s'ils ne concernaient que deux MSU, les examens complémentaires pratiqués au cabinet démontrent la diversité de l'activité actuelle des médecins généralistes de ville.

Afin de renforcer la validité de nos résultats, il serait intéressant de généraliser notre étude d'abord dans plusieurs facultés de l'Île-de-France puis à l'échelle nationale, comme a pu le faire l'étude ECOGEN. Ce recueil de données national permettrait de vérifier si nos données se confirment dans des zones urbaines/semi-urbaines et de les comparer avec des milieux de stage en zone rurale, plus observables dans les facultés de province. Ainsi, nous obtiendrions une évaluation de la véritable pratique des médecins généralistes de France en termes de familles de situations cliniques.

Il manquera néanmoins une catégorie aux 11 familles de situations cliniques : celle comprenant la prévention chez l'adulte sain, dont la réalisation des vaccins. En effet, nous avons pu constater que la prévention et la promotion de la santé, étaient les motifs les plus fréquents dans les situations non-répertoriées, qui étaient elles-mêmes assez prévalentes lors des deux recueils (12,50 %). Avant de généraliser l'étude, il paraît nécessaire d'envisager une révision de la description des familles de situations cliniques prévalentes, en y ajoutant une sous-famille en rapport avec la prévention chez l'adulte sain.

Conclusion

Grâce à cette étude, nous avons pu observer que les MSU de stages ambulatoires de niveau 1 de la faculté de Médecine de Créteil rencontrent bien les 11 familles de situations cliniques dans des proportions différentes comme nous l'avions supposé dans notre hypothèse initiale.

La famille de situation clinique la plus fréquente toutes périodes confondues était « Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence ».

De plus, notre étude révèle qu'une douzième de familles de situations cliniques serait à instaurer, en tant que sous-famille, ou en tant que famille à part entière, au vu de la proportion non-négligeable de « Situations non-répertoriées » qui comportait beaucoup de consultations en rapport avec la prévention chez l'adulte sain.

Enfin, ce travail met en évidence certaines perspectives pédagogiques. Il serait utile pour les internes rencontrant très peu certaines familles lors de leur stage de MG de niveau 1, d'organiser des modules de cours facultaires traitant des familles de situations cliniques au travers de situations cliniques exemplaires prototypiques, afin d'aborder les problématiques afférentes et de travailler les compétences relatives à ces familles de situations peu rencontrées au travers des stages de MG de niveau 1.

Bibliographie

- (1) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. [Consulté le 14/06/2018]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (2) Attali C, Bail P, Compagnon L, Lebeau JP, Piriou C. Guide pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale maître de stage des universités. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale Vol 4. Ed L&C, Paris, Mars 2011
- (3) Attali C, Huez J, Valette T. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer La Revue Française de médecine générale. 2013 ; 24(108) :165- 9
- (4) Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger. L'exercice de la médecine générale libérale – Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Paris : Études Résultats ; Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; 2007. No. : 610
- (5) Berkhout C. Comparaison des exercices des médecins généralistes maîtres de stage universitaires et non-maîtres de stage en France. Exercer. 2017 ;135 :308-9.
- (6) Bouet P (Conseil national de l'ordre des médecins), Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. 2016 ;274.
- (7) Bouton C, Leroy O, Huez J-F, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Sante Publique (Paris). S.F.S.P. 2010 ; 27(1) :59 67.
- (8) CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Paris : éd Berger-Levrault, 2010.
- (9) Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France. Janvier 2016. [Consulté le 10/08/2018]. Consultable à l'URL : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

- (10) Croci E. Exposition des internes en SASPAS à l'UPEC aux onze grandes familles de situations prévalentes en médecine générale [thèse]. Créteil : Université de Paris Est Créteil ; 2017.
- (11) Dowell SF. Seasonal variation in host susceptibility and cycles of certain infectious diseases. *Emerg Infect Dis*, 7 (2001), pp. 369-374
- (12) DREES SF. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. [Consulté le 17/06/2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- (13) Équipes de surveillance de la grippe. Surveillance de la grippe en France métropolitaine. Saison 2014-2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(32-33) : p 593-8.
- (14) Grassly NC, Fraser C. Seasonal infectious disease epidemiology. *Proc Biol Sci*, 273 (2006), p. 2541-2550
- (15) Guignard R., Beck F., Wilquin J.-L., Andler R., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Arwidson P. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015, n°17-18 : p.281-8.
- (16) Hicheur B. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les Maîtres de Stage Universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. [Thèse]. Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2018.
- (17) INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. *Baromètres santé*. 2011. p261.
- (18) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Nomenclature des professions et des catégories socio-professionnelles 2003. Novembre 2016. [Consulté le 20/05/2018] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
- (19) Institut Recherche et Documentation Economie de Santé Enquête Santé et Protection Sociale. 2008. [Consulté le 27/07/2018] Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/Dictionnaire2008/index.htm>
- (20) Labarthe. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES, Etudes et résultats. 2004 ; p315.

- (21) 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 ;14:157-65.
- (22) Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;(114) :148-57.
- (23) Neagoe M. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les Maîtres de Stage Universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. [Thèse]. Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2017.
- (24) Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009. [Consulté le 17/06/2018]. Disponible sur <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
- (25) Organisation mondiale de la santé. Médecin pour la santé, une stratégie mondiale de l'OMS pour une réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. Genève : OMS, 1996. [Consulté le 14/06/2018] Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HRH_96.1_fre.pdf
- (26) Richard J.-B., Palle C., Guignard R., Cogordan C., Andler R., Nguyen-Thanh V., et al. La consommation d'alcool en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*, 2015, vol. 32 : p 6
- (27) Romainville M. L'évaluation des acquis des étudiants dans l'enseignement universitaire. Paris : avis du Haut Conseil de l'évaluation de l'école, 2002. [Consulté le 14/06/2018] Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000527.pdf>

Listes des tableaux et figures

Tableaux :

- ✓ Tableau I - Caractéristiques de la population étudiée
- ✓ Tableau II - Répartition des familles de situations cliniques selon le sexe des patients et étude de la signification selon le test χ^2 à 1 ddl ($p=0.05$) > 3.84
- ✓ Tableau III - Répartition des familles de situations cliniques selon le type de terrain de stage
- ✓ Tableau IV - Répartition des familles de situations sur une année en fonction de leur fréquence
- ✓ Tableau V : Analyse comparative des deux périodes de recueil sur l'année universitaire 2017-2018 et étude de la signification selon le test χ^2 à 1ddl ($p=0.05$) > 3.84
- ✓ Tableau VI - Caractéristiques des patients de l'étude ECOGEN et de l'étude de la thèse.
- ✓ Tableau VII - Prévalence des familles de situation cliniques rencontrées par les internes en niveau 1 et SASPAS

Figures :

- ✓ Figure 1- Répartition des grandes familles de situations cliniques
- ✓ Figure 2 - Répartition des situations cliniques les plus fréquentes
- ✓ Figure 3 - Répartition des familles de situations cliniques sur une année entière

Annexe 2 – Professions et Catégories Socio-professionnelles

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activités professionnelles

Annexe 3 - Répartition des familles de situation cliniques selon l'âge des patients

Classes d'âge (ans)	0- 4	5-14	15-30	31-45	46-59	60-74	75-99
Nombre de patients dans le groupe	188	153	311	393	346	362	272
1-1 Pathologie chronique, polypathologie	1	8	31	60	126	218	209
1-2 Prise en charge facteurs de risque	0	1	8	28	59	87	61
1-3 Patients fragiles, mal être	0	0	3	24	14	16	24
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	0	0	3	4	7	9	17
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	0	0	0	9	15	7	1
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	0	0	1	0	2	4	2
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	0	0	5	17	15	13	13
1-8 Douleur chronique	0	3	11	34	44	38	36
Total famille pathologies chroniques (1)	1	12	62	176	282	392	363
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	9	6	23	38	15	17	12
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	9	2	32	22	19	28	11
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	81	91	127	146	112	106	61
Total situations aiguës (2)	99	99	182	206	146	151	84
3-1 Plainte urgente somatique	25	24	33	34	29	15	16
3-2 Crise aiguë psychiatrique	0	2	7	10	8	5	2
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	2	4	2	7	4	5	4
Total situations urgentes (3)	27	30	42	51	41	25	22

4-1 Suivi nourrisson et enfant	117	42	0	1	0	0	0
4-2 Accompagnement des parents inquiets	24	8	1	3	1	0	0
4-3 Suivi adolescent	0	13	17	0	0	0	0
Total spécificités suivi enfants (4)	141	63	18	4	1	0	0
5-1 Contraception	0	0	32	21	2	1	0
5-2 Grossesse	0	0	20	18	0	0	0
5-3 Ménopause/Périménopause	0	0	0	0	6	0	1
5-4 IVG	0	0	5	2	0	0	0
5-5 Plainte prévalente gynécologique	0	1	19	11	2	2	0
5-6 Dépistage cancer sein/col	0	0	5	26	12	8	1
5-7 Trouble sexuel	0	0	1	4	6	2	0
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	0	1	82	82	28	13	2
6-Histoires personnelles/familiales	1	1	6	13	15	13	2
7-Problème de santé au travail	0	0	13	36	21	7	0
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	3	11	37	45	34	12	9
9-Patients difficiles	0	1	3	5	6	3	7
10-Problèmes sociaux/Précarité	0	1	4	10	8	7	2
11-Autres cultures	1	1	2	9	2	7	3
12-Non répertoriée	4	6	17	28	35	38	25
Total 12 familles de situations	277	226	468	665	619	668	519
Rapport nombre familles/patient	1,47	1,48	1,5	1,69	1,79	1,85	1,91

Annexe 4 - Répartition des familles de situations selon les catégories socio-professionnelles

Catégorie socio-professionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	X
(Nombre total de patients dans le groupe)	0	17	95	134	293	78	450	544	414
1-1 Pathologie chronique, polypathologie	0	5	22	27	69	30	309	43	148
1-2 Prise en charge facteurs de risque	0	2	11	13	33	14	97	14	60
1-3 Patients fragiles, mal être	0	0	7	6	11	0	26	6	25
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	0	0	5	2	3	0	21	4	5
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	0	0	0	3	5	3	3	11	7
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	0	0	1	0	1	0	2	1	4
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	0	1	1	1	8	1	14	9	28
1-8 Douleur chronique	0	1	7	12	25	12	50	11	48
Total famille pathologies chroniques (1)	0	9	54	64	155	60	522	99	325
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	0	1	7	17	18	4	20	36	17
2-2 Plaintes somatiques inexplicées	0	3	10	11	11	6	31	38	13
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	0	5	31	48	121	32	122	252	113
Total situations aiguës (2)	0	9	48	76	150	42	173	326	143
3-1 Plainte urgente somatique	0	2	5	16	25	5	17	66	40
3-2 Crise aiguë psychiatrique	0	0	6	4	4	1	3	9	7
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	0	1	2	0	8	0	5	7	5
Total situations urgentes (3)	0	3	13	20	37	6	25	82	52
4-1 Suivi nourrisson et enfant	0	0	0	0	1	0	0	155	4
4-2 Accompagnement des parents inquiets	0	0	1	0	1	0	0	33	2
4-3 Suivi adolescent	0	0	1	0	0	0	0	27	2
Total spécificités suivi enfants (4)	0	0	2	0	2	0	0	215	8
5-1 Contraception	0	0	2	5	12	1	1	22	13
5-2 Grossesse	0	1	3	4	13	0	0	5	12
5-3 Ménopause / Pérимénopause	0	0	0	1	4	0	1	0	1
5-4 IVG	0	0	0	0	2	0	0	1	4
5-5 Plainte prévalente gynécologique	0	0	1	1	11	0	2	10	10
5-6 Dépistage cancer sein / col	0	0	4	8	15	0	5	6	14

5-7 Trouble sexuel	0	2	3	0	2	1	1	2	2
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	0	3	13	19	59	2	10	46	56
6-Histoires personnelles/familiales	0	2	5	4	9	2	10	12	7
7-Problème de santé au travail	0	0	10	11	27	10	1	2	16
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	0	2	15	17	31	14	12	26	34
9-Patients difficiles	0	0	2	1	5	0	9	3	5
10-Problèmes sociaux/Précarité	0	0	0	0	4	4	7	10	8
11-Autres cultures	0	0	0	0	5	0	5	4	10
12-Non répertoriée	0	0	9	14	28	5	50	19	28
Total 12 familles de situations	0	28	171	226	512	145	824	844	692
<i>Rapport nombre familles/patient</i>	0	1,6	1,8	1,7	1,7	1,9	1,8	1,6	1,7

Annexe 5 - Répartition des familles de situations cliniques selon les terrains de stage (b : terrain de stage avec binôme de MSU)

Interne	1 b	2 b	3 b	4 b	5 b	6 b	7	8 b	9 b	10	11	12 b	13	14	15 b	16 b	17 b	18 b	19 b	20 b	21	22 b	23	24	25	26 b	27 b
Nombre Consultations	91	84	82	44	96	33	125	34	109	167	37	66	75	70	122	25	14	84	79	104	35	78	37	92	106	15	121
Moyenne d'âge des patients	44,1	49,4	46,9	38,8	27,9	37,8	34,3	51,0	48,0	38,9	41,6	45,3	42,6	49,9	48,7	40,3	42,8	51,8	38,3	46,9	56,6	36,1	74,3	65,0	33,4	58,9	41,8
(1) Pathologie Chronique	50	68	65	27	52	16	47	35	49	82	13	21	36	77	58	17	18	95	31	79	26	38	68	127	50	11	32
(2) Problème Aigu	55	40	42	26	33	25	40	11	58	49	15	44	59	22	64	14	8	50	34	63	9	32	15	42	50	9	58
(3) Situation Urgente	3	11	5	6	20	4	30	11	4	31	2	1	4	31	7	7	1	8	12	3	0	0	2	6	9	0	20
(4) Enfant	16	6	5	5	45	0	11	4	10	24	2	0	8	3	6	3	0	11	9	10	3	16	0	3	18	1	8
(5) Sexualité Génitalité	2	2	14	6	12	3	12	5	12	40	1	0	3	10	8	1	3	5	7	14	5	10	7	8	16	0	2
(6) Histoire Personnelle	3	2	1	2	4	0	2	5	2	1	0	0	2	5	2	1	0	1	3	6	0	1	0	2	3	0	3
(7) Problème Travail	1	3	1	3	6	3	3	3	0	1	1	5	4	4	3	0	2	4	6	7	1	7	0	3	5	0	1
(8) Aspect Légal	7	25	0	1	7	1	20	6	7	0	2	0	11	8	0	1	0	22	4	14	2	4	1	1	3	1	3
(9) Patient Difficile	0	1	4	5	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0
(10) Problème Social	2	0	3	2	2	0	1	1	0	1	0	3	0	3	5	0	1	2	1	5	0	0	0	1	0	0	0
(11) Autre Culture	0	0	1	2	1	0	0	1	0	6	0	1	0	1	0	0	2	7	0	0	0	1	0	1	0	0	0
(12) Non répertorié	5	2	3	9	5	0	6	2	6	7	0	8	5	0	22	2	0	6	0	11	21	4	0	7	10	4	8
Nombre Familles	144	160	144	94	191	52	172	85	148	242	36	83	132	164	177	46	37	214	109	212	67	113	93	202	164	26	135
Nombre Familles/Consultation	1,58	1,90	1,76	2,14	1,99	1,58	1,38	2,50	1,36	1,45	0,97	1,26	1,76	2,34	1,45	1,84	2,64	2,55	1,38	2,04	1,91	1,45	2,51	2,20	1,55	1,73	1,12

Annexe 6 - Analyse comparative des deux périodes de recueil sur l'année universitaire 2017-2018 et étude de la signification selon le test χ^2 à 1ddl ($p=0.05$) > 3.84

Période	Eté	Hiver	X2
Nombre total de patients dans le groupe	2648	2025	
1-1 Pathologie chronique, polypathologie	938	653	0,39
1-2 Prise en charge facteurs de risque	249	244	11,95
1-3 Patients fragiles, mal être	134	81	1,51
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	54	40	0,02
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	58	32	1,45
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	22	9	2,08
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	91	63	0,05
1-8 Douleur chronique	247	166	0,44
Total situations pathologies chroniques (1)	1793	1288	0
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	145	120	1,31
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	163	123	0,17
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	939	724	2,03
Total situations aiguës (2)	1247	967	3,16
3-1 Plainte urgente somatique	359	176	17,48
3-2 Crise aiguë psychiatrique	45	34	0,05
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	33	28	0,42
Total situations urgentes (3)	437	238	11,91
4-1 Suivi nourrisson et enfant	224	160	0,003
4-2 Accompagnement des parents inquiets	49	37	0,05
4-3 Suivi adolescent	51	30	0,76
Total spécificités suivi enfants (4)	324	227	0,09
5-1 Contraception	51	56	4,87
5-2 Grossesse	29	38	6,12
5-3 Ménopause/Périménopause	15	7	0,9
5-4 IVG	2	7	4,78
5-5 Plainte prévalente gynécologique	30	35	3,87
5-6 Dépistage cancer sein/col	46	52	5,1

5-7 Trouble sexuel	14	13	0,45
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	187	208	19,1
6-Histoires personnelles/familiales	131	51	14,23
7-Problème de santé au travail	94	77	0,73
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	295	151	11,6
9-Patients difficiles	43	25	0,71
10-Problèmes sociaux/Précarité	49	33	0,08
11-Autres cultures	25	24	1,03
12-Non répertoriée	165	153	5,19
Total 12 familles de situations	4790	3442	8232

Annexe 7 -Tableau comparatif des fréquences de famille de situation rencontrées entre les internes de niveau 1 et ceux en SASPAS ; étude de la signification selon le test χ^2 à 1ddl ($p=0.05$) > 3.84

Stage ambulatoire (N° total des patients dans le groupe)	MSU /Niveau 1	Interne/SASPAS	χ^2
1-1 Pathologie chronique, polyopathie	1591	1713	192,08
1-2 Prise en charge facteurs de risque	493	259	273,02
1-3 Patients fragiles, mal être	215	249	19,19
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	94	63	36,85
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	90	152	0,04
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	31	50	0,1
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	154	352	8,14
1-8 Douleur chronique	413	113	399,64
Total situations pathologies chroniques (1)	3081	2951	549,53
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	265	59	286,05
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	286	130	186,09
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	1663	7910	1517,25
Total situations aiguës (2)	2214	8099	1010,66
3-1 Plainte urgente somatique	535	77	683,1
3-2 Crise aiguë psychiatrique	79	20	79,88
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	61	45	20,17
Total situations urgentes (3)	675	142	747,99
4-1 Suivi nourrisson et enfant	384	337	86,89
4-2 Accompagnement des parents inquiets	86	46	46,59
4-3 Suivi adolescent	81	234	10,23
Total spécificités suivi enfants (4)	551	617	56,93
5-1 Contraception	107	156	1,95
5-2 Grossesse	67	234	26,48
5-3 Ménopause/Périménopause	22	31	0,56
5-4 IVG	9	16	0
5-5 Plainte prévalente gynécologique	65	126	0,52
5-6 Dépistage cancer sein/col	98	96	16,33
5-7 Trouble sexuel	27	18	10,68
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	395	677	0,04
6-Histoires personnelles/familiales	182	146	50,77
7-Problème de santé au travail	171	144	42,76
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	446	1030	25,47
9-Patients difficiles	68	85	4,12
10-Problèmes sociaux/Précarité	82	46	41,8
11-Autres cultures	49	88	0,04
12-Non répertoriée	318	270	78
Total 12 familles de situations	8232	14295	22527

ABSTRACT

Year : 2018
Author : BURNAT Emmanuelle
Thesis supervisors : COMPAGNON Laurence, MD ; FABRE Julie, MD
<p style="text-align: center;">Description of the distribution of family medicine clinical situations as seen in the current activity of teaching GPs of Paris-Est Creteil University</p> <p>Introduction. The goal of this study is to describe the distribution of the activities of University teaching GPs (TGP) at the University Paris-Est-Créteil (UPEC) according to eleven families of clinical situations defined by a reference system of general medicine.</p> <p>Method. A descriptive transversal study by data collection scoring grid data of the eleven families of situations, was conducted by observing their TGP' consultations. during 3 consecutive weeks, on November-December 2017 and March 2018 Sociodemographic data concerning patients were also collected.</p> <p>Results. This study led to a total amount of 2,025 consultations and coded 3,442 sub-families of clinical situations (1.70 families / consultation). Most encountered clinical situations were linked to chronic diseases (37.42%), acute problems (28.09%) with the sub-family non-urgent acute somatic complaints (21.03%). 4.45% of the cases were not coded. Age, socio-professional category and gender of the patients influenced the distribution of the family's clinical situations.</p> <p>Discussion. This study shows the great diversity of families of clinical situations that GPs encounter. A clinical situation exposition inadequacy seems to arise between the resident GPs and the teaching GPs. Such a discrepancy should incentivise to rethink and reflect on the ambulatory internship organization. The significant prevalence of non-indexed situations could lead to a family medicine situations benchmark review in order to broaden its spectrum.</p> <p>Conclusion. UPEC teaching GPs encounter the eleven families medicine clinical situations in different proportions.</p>
Keywords : Professional Competence ; General Practice ; Medical Education.
University adress : 8, Rue du Général Sarrail - 94010 CRETEIL CEDEX

RESUME

Année : 2018
Nom et Prénom de l'auteur : BURNAT Emmanuelle
Directeur de thèse : Pr COMPAGNON Laurence, Dr FABRE Julie
<p align="center">Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les Maîtres de Stage Universitaires de niveau 1 de l'UPEC de leur activité de soins</p> <p>Introduction. Cette étude a pour objectif de décrire la répartition de l'activité des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de niveau 1 de l'Université Paris-Est-Créteil (UPEC) selon onze familles de situation cliniques définies par un référentiel de médecine générale.</p> <p>Méthode. Une étude transversale descriptive par recueil de données à l'aide d'une grille de codage des onze familles de situations, a été réalisée par des internes de niveau 1 de Créteil en observant les consultations de leurs MSU. Le recueil a été réalisé pendant 3 semaines consécutives, en novembre 2017 et mars 2018. Des données sociodémographiques concernant les patients ont également été recueillies.</p> <p>Résultats. L'étude a permis d'observer 2025 consultations et 3442 sous-familles de situations cliniques (1,70 familles/consultation). Les familles de situations les plus fréquentes étaient en rapport avec des pathologies chroniques (37,42%), des problèmes aigus (28,09%). 4,45% des situations n'étaient pas répertoriées. Les caractéristiques des patients influençaient la répartition des familles de situation cliniques.</p> <p>Discussion. Cette étude montre la grande diversité des familles de situations cliniques que rencontrent les MG. Il semble exister une inadéquation d'exposition aux familles de situation entre les internes et les MSU devant inciter à repenser l'organisation des stages ambulatoires. La prévalence importante des situations non répertoriée pourrait entraîner un travail de révision du référentiel.</p> <p>Conclusion. Les MSU de niveau 1 de l'UPEC rencontrent l'intégralité des onze familles de situations prévalentes en Médecine Générale mais dans des proportions très différentes.</p>
Mots-clés : Compétence professionnelle ; Médecine générale ; Enseignement médical.
Adresse de l'U.F.R. : 8, Rue du Général Sarrail - 94010 CRETEIL CEDEX