



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

Badr-Eddine El-Bachri Hicheur

► To cite this version:

Badr-Eddine El-Bachri Hicheur. 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-02418252

HAL Id: dumas-02418252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418252>

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

ISOUTENANCE 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 Badr-Eddine El-Bachri HICHEUR

Né 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 Badr-Eddine El-Bachri HICHEUR

Né 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

A mes chers et tendres parents, merci de votre indéfectible soutien.

A ma grand-mère, pour son amour et sa sérénité.

A mon défunt grand-père, que Dieu fasse miséricorde à ton âme, ce travail t'est dédié.

A mon épouse, la femme qui m'a donné le trésor dont je suis le plus fier, notre fils. Ce travail t'est aussi dédié.

A mon frère, je ne te remercierai jamais assez pour la précision de ton analyse statistique et ta bonne humeur, merci d'être celui que tu es.

A ma sœur, je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien de tous les instants. Merci de m'avoir donné un beau-frère et un neveu exceptionnels.

A notre petit, j'espère être pour toi un exemple, je serai toujours là pour toi.

A mes amis proches, merci pour votre soutien.

A toute ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines.

A mes beaux-parents, mon beau-frère, ma belle-sœur, merci pour votre respect et votre confiance.

A Anne-Marie Forgeas, pour avoir participé à la collecte de ces précieuses grilles, merci de votre bonne humeur.

A tous les internes et maitres de stage ayant accepté de collaborer à cette étude, ce travail n'aurais pu voir le jour sans votre professionnalisme.

A tous les enseignants et tuteurs du DMG de l'UPEC, pour leur engagement, leur compétence et leur humanisme.

A mon tuteur, le Dr Anas Taha, tu as fait de moi un médecin meilleur. Que ton expertise et tes conseils sont précieux, je ne saurais te remercier assez.

A mes maitres de stage, les Dr Lelièvre, Quedeville et Tardieu, qui m'ont fait aimer notre discipline.

A tous les chefs rencontrés en stage, vous m'avez chacun tant apporté.

Aux Dr Diamantis, Jidar et Chakvetadze, qui m'ont aidé dans mes premiers pas d'interne.

Au Dr Traoré, mon maitre en pédiatrie.

A toute l'équipe du SAU de Corbeil.

A toute l'équipe du service de médecine interne de l'HEGP.

A tous mes co-internes.

A tous les patients rencontrés. Votre confiance m'honore.

Aux membres du jury, pour l'honneur que vous me faites de présider cette soutenance.

A mes directrices de thèse, le Pr Laurence Compagnon et le Dr Julie Fabre. Quel honneur de m'avoir accordé votre confiance. Votre rigueur et votre disponibilité sont pour moi des exemples à suivre.

Au Pr Vincent Renard, de m'avoir fait confiance en me proposant ce travail, vos contagieuses compétences ont à jamais changé le rapport que j'aurai avec notre noble discipline.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
I) INTRODUCTION	8
Modèle d'apprentissage par compétences.....	8
Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale	9
Les onze familles de situation prévalentes en Médecine Générale	10
Description de l'activité des Médecins Généralistes en France	14
Etude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004	15
Observatoire de la Médecine Générale	16
Autres enquêtes ponctuelles	16
Etude des Eléments de Consultation en Médecine Générale (ECOGEN).....	17
Représentativité des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) par rapport aux Médecins Généralistes non MSU.....	19
Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS): une étude cristolienne	21
Problématique.....	22
II) MATERIEL ET METHODES	23
Schéma de l'étude.....	23
Objectifs et hypothèses.....	23
Mode de recueil des données.....	23
Analyse statistique des données	24
III) RESULTATS	25
Population étudiée	25
Les familles de situations cliniques	27
Description des familles de situations cliniques rencontrées par les Maîtres de Stage Universitaires	27
Répartition des grandes familles de situations cliniques	27
Répartition des sous-familles de situations cliniques.....	28
Les situations cliniques non répertoriées	30
Caractéristiques Maîtres de Stage Universitaires.....	30
Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des Maîtres de Stage Universitaires	32
Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des patients.....	34
Répartition selon le sexe des patients.....	34
Répartition selon l'âge des patients.....	35

<i>Répartition selon la catégorie socio-professionnelle</i>	35
IV) DISCUSSION	37
<i>Principaux résultats</i>	37
<i>Répartition globale des familles de situations</i>	37
<i>Répartition selon le sexe des patients</i>	39
<i>Répartition selon la catégorie d'âge des patients</i>	40
<i>Répartition selon la catégorie socio-professionnelle des patients</i>	40
<i>Répartition selon les caractéristiques des MSU</i>	41
<i>Représentativité de la population de MSU étudiée</i>	42
<i>Forces et faiblesses de l'étude</i>	42
<i>Forces de l'étude</i>	42
<i>Faiblesses de l'étude</i>	43
<i>Comparaison avec la littérature</i>	43
<i>Enquête de la DREES de 2004</i>	44
<i>Observatoire de la Médecine Générale</i>	44
<i>Etude ECOGEN de 2015</i>	45
<i>Recueil du mois de mai 2017</i>	45
<i>Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS)</i>	47
<i>Perspectives</i>	49
V) CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	56
<i>Annexe 1 : Grille de codage des familles de situations cliniques rencontrées au cours des consultations (recto-verso)</i>	56
<i>Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux Maitres de Stage Universitaires</i>	57
<i>Annexe 3 : Répartition des familles de situations cliniques selon les terrains de stage</i>	57
<i>Annexe 4 : Répartition des familles de situations selon le sexe des patients</i>	59
<i>Annexe 5 : Répartition des familles de situation selon la catégorie d'âge des patients</i>	61
<i>Annexe 6 : Répartition des familles de situations selon la catégorie socio-professionnelle des patients</i>	63
<i>Annexe 7 : Comparaison entre les familles de situations cliniques des recueils des mois de septembre et mai 2017 (MSU niveau 1) et celles rencontrées par les internes SASPAS de Créteil</i>	66
<i>Annexe 8 : Comparaison par test du Chi 2 entre le recueil du mois de septembre 2017 avec le recueil du mois de mai 2017 et les familles de situations cliniques rencontrées par internes SASPAS de Créteil</i>	68

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

<i>Tableau 1. Caractéristiques des patients</i>	26
<i>Figure 1. Répartition des grandes familles de situations cliniques</i>	28
<i>Figure 2. Répartition des sous-familles de situations cliniques les plus fréquentes</i>	29
<i>Tableau 2. Caractéristiques des MSU</i>	31
<i>Tableau 3. Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des MSU</i>	33

LISTE DES ABREVIATIONS

m : Moyenne

s : Ecart-type

Md : Médiane

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

CDC: *Centers for Disease Control and Prevention*

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

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

EBM: *Evidence Based Medicine*

ECOGEN : Eléments de COnsultation en médecine GENérale

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

MG : Médecine Générale, Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMG : Observatoire de Médecine Générale

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SFMG : Société Française de Médecine Générale

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

1) INTRODUCTION

Modèle d'apprentissage par compétences

Dans le domaine de l'Éducation, le concept d'apprentissage par compétences s'est progressivement diffusé à travers le monde : d'abord aux États-Unis d'Amérique au début des années 1970, puis au Québec à la fin des années 1990, en Belgique en 1993, en Australie en 1995, puis à l'Amérique du Sud et l'Afrique au début des années 2000 (1).

En France, les compétences sont apparues dans les politiques d'Éducation Nationale à la fin des années 1980, avec un rapport demandé par M. Lionel Jospin, Ministre de l'Éducation Nationale de l'époque.

La place des compétences a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « Socle Commun des Connaissances et des Compétences », le tout s'intégrant aux exigences des instances européennes (2).

Le Parlement Européen et le Conseil de l'Europe définissent une compétence comme « une combinaison de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées à une situation donnée ».

Le Ministère de l'Éducation du Québec l'a défini ainsi : « une compétence est un savoir-agir qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation d'un ensemble de ressources (capacités, habilités et connaissances) utilisées efficacement, dans des situations similaires ».

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a retenu la définition de Jacques Tardif, Professeur à l'Université de Sherbrooke et spécialiste en pédagogie universitaire qui parle d' « 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 » (3).

Le paradigme d'apprentissage, se distingue en plusieurs points du paradigme d'enseignement encore largement répandu dans les facultés de médecine françaises.

Il propose de développer des compétences, plutôt qu'uniquement des connaissances, exerce une évaluation formative et certificatrice, et non pas uniquement normative. Les erreurs y sont exploitées comme base d'apprentissage, plutôt que sanctionnées, et la relation avec l'enseignant est basée sur la facilitation des apprentissages dans l'interaction, plutôt que sur la transmission de savoirs.

Les compétences requises pour un médecin généraliste ont été décrites par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe (4) en 2002. Quant à lui, le référentiel métier et compétences publié en 2010 sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et de la Mission ministérielle « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », définissait les rôles et fonctions du médecin généraliste, les illustrant pas le biais de seize situations prototypiques, comprenant les tâches, les activités et les opérations à réaliser pour y faire face.

Un groupe d'experts nationaux, sous l'égide du CNGE, a défini à partir de ce référentiel-métier, les 6 compétences du généraliste en France, représentées dans un schéma souvent appelé « marguerite des compétences » (5):

- professionnalisme
- premier recours, urgences
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- éducation, prévention, dépistage, santé individuelle communautaire
- approche globale, prise en charge de la complexité
- relation, communication, approche centrée patient.

Dans le même ouvrage figurait aussi le référentiel métier des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens (6).

Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale

En France, les études de médecine se divisent en 3 cycles. Le 3ème cycle des études médicales est professionnalisant. Pendant ce dernier, l'interne doit atteindre un niveau de compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité choisie. Pour obtenir le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, il doit valider les stages et les enseignements obligatoires ainsi que soutenir son mémoire et sa thèse.

Le parcours du jeune médecin généraliste en formation permet de certifier l'obtention d'un niveau de compétence suffisant pour la pratique de son futur métier. Les définitions précises de chaque compétence et des critères permettant de définir les niveaux de compétences (novice, intermédiaire et compétent), ont été précisés dans la Revue Exercer en 2013 (7) (8), et avec la réforme du DES en avril 2017 (9).

Tous les internes actuellement en DES de Médecine Générale ont pour obligation de satisfaire à un stage ambulatoire dit de niveau 1, chez un Maître de Stage Universitaire (MSU). Le but de ce stage est de lui faire rencontrer le cœur de son métier, les différentes situations prévalentes en médecine générale, et ainsi de lui permettre de construire les compétences nécessaires lui permettant d'en faire un professionnel de santé accompli, ce qui répond aux attentes de la société (10).

Les onze familles de situation prévalentes en Médecine Générale

Dans le modèle d'apprentissage par compétences, après les avoir définies et décrit les différents niveaux de compétences, il était nécessaire de décrire les situations cliniques auxquelles les internes devront être confrontés durant leur DES afin d'acquérir les savoir-agir face à ces situations les plus fréquemment rencontrées dans l'exercice du médecin généraliste.

Un groupe d'experts de la discipline a ainsi défini, par une méthode de consensus non formalisé, une liste de 11 familles de situations cliniques prévalentes en médecine générale (11). Ce travail avait pour but de fournir le descriptif de l'ensemble des familles de situations ou problèmes complexes qui constituent le cœur du métier de généraliste.

Pour construire cette liste de 11 familles de situations prévalentes en médecine générale, les 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 (12). 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 possibles. Des intervenants extérieurs ont été sollicités en raison de leurs expertises dans des domaines plus spécifiques (aspects juridiques, sociaux, etc...). Cette liste a été ensuite amendée par le groupe des 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 décrivant ces 11 familles de situations prévalentes en médecine générale (11).

Les 11 familles de situations prévalentes en médecine générale, ainsi que leurs sous-familles sont ainsi définies :

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité 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 poly pathologiques 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, sensibles, 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 inexplicées**, 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** (défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions : anaphylactique, cardiogénique, pulmonaire, hypo-volémique 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**

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'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

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation relationnelle et déontologique délicate

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

Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient la collaboration avec le médecin du travail doit se faire en respectant le secret professionnel

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

Caractéristiques de ces situations :

La plainte initiale est une demande d'un patient, en lien juridique évident. Il existe un lien juridique potentiel pour toutes situations de tout patient. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement. La posture professionnelle se fait dans le cadre d'une obligation légale

9. Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants

Ces situations sont relativement fréquentes et entraînent des frustrations importantes pour les deux parties. Il peut s'agir de patients que rien n'améliore, de ceux qui exigent des traitements, des examens, des certificats etc. alors que le médecin trouve ces demandes illégitimes au premier abord. Habituellement ces situations présentent un fort potentiel émotionnel

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

Caractéristique de ces situations : la difficulté majeure est que les personnes et les familles les plus vulnérables n'ont que rarement accès au cabinet du médecin de ville. Par ailleurs l'obstacle majeur est l'accès à l'information et souvent ces personnes ne se sont pas en état de « formuler une demande » par manque de ressources propres

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

Un interne en médecine générale doit théoriquement rencontrer ces onze familles de situations cliniques au cours de son cursus, et fournir des traces d'apprentissage en faisant la preuve, tout au long de son DES et en particulier durant le stage ambulatoire de MG, afin qu'il soit en capacité, quelle que soit la famille de situation clinique rencontrée, de poser un diagnostic global de la situation selon le modèle biopsychosocial, d'élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, de mettre en œuvre un projet de soin selon le modèle *Evidence-based medicine* (EBM), d'effectuer un suivi rapproché, d'assurer la continuité de la prise en charge, puis d'effectuer un suivi différé dans le temps.

De ce fait, cette liste constitue un outil indispensable et commun à tous les DMG de France pour la certification des compétences des internes.

Description de l'activité des Médecins Généralistes en France

Il existe peu de données en France permettant de décrire et quantifier les motifs de recours aux soins et les pathologies rencontrées en soins primaires.

Seules quelques études ou systèmes de recueils méthodiques de données en médecine ambulatoire nous permettent d'établir un état des lieux de l'activité des médecins généralistes en France.

Etude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2004

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 (13) a été effectuée entre juin 2002 et janvier 2003. Elle a permis de recueillir 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 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.

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 %.

Observatoire de la Médecine Générale

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a développé depuis 1995 un réseau national constitué de plus d'une centaine de médecins généralistes constituant l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG). Celui-ci a permis d'alimenter 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 consultation réalisé en 2009 (14) 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 %.

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 bien 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 (15,16).

Etude des Eléments de Consultation en Médecine Générale (ECOGEN)

Afin d'étudier les motifs et - / - ou les résultats de consultation en médecine générale, le recours aux codages était nécessaire. Une large étude de faisabilité, nommée Prometheus, portant sur le codage des résultats de consultations a été réalisée en 2006 (17). 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 au codage selon les classifications suivantes :

- 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.
- Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC), structuré sur 1 axe, porte uniquement sur les maladies.

Finalement, 61 médecins seulement ont fini la période complète de recueil des 6 mois de l'étude. La conclusion a été que la codification était faisable, avec des réserves cependant concernant les médecins hésitants. Le codage pourrait être utile pour le partage du dossier médical électronique du patient, et donc à des fins de santé publique. Le codage semblait moins utile au niveau individuel. Toutefois certains éléments 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.

Aucun recueil de données de consultations de médecine générale d'envergure n'avait été réalisé en France jusqu'à l'étude ECOGEN qui a utilisé la CISP-2. Cette classification a été reconnue, en 2003, par l'OMS, comme référence pour les soins primaires (18).

Il s'agissait d'une étude transversale nationale multicentrique réalisée en patientèle de médecine générale sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

Elle était constituée de 128 centres, accueillant tous des internes de médecine générale en stage de niveau 1 ambulatoire en supervision, rattachés à 27 départements universitaires de médecine générale.

L'étude ECOGEN avait pour but de faire coder par les internes, les motifs, diagnostics et procédures de soins des consultations de leurs Maîtres de Stage Universitaires (MSU), selon la classification CISP-2.

Cette étude a été réalisée entre décembre 2011 et avril 2012 par 54 internes répartis chez 128 MSU, permettant ainsi de coder 20.613 consultations au total (19).

Les 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. Ils appartenaient néanmoins plus souvent aux classes d'âge de 40 à 44 ans et de 50 à 59 ans.

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, et très diverses, notamment en termes d'âge, de genre et de milieu socio-économique

Les résultats de consultation des MSU 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 (4,10 %) ;
- 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'analyse / 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 cardiovasculaires (13,3 %) et respiratoire (13,3 %). Le système génital féminin était moins bien représenté (2 %), avec une représentation similaire au système génital masculin (1,4 %). Les motifs de consultation d'ordre psychologique (8,2 %), d'ordre social (1,8 %), ou de grossesse (1,6 %), sont également bien représentés. Les MG prenaient en charge des problèmes de santé somatiques, psychologiques et sociaux chroniques dans plus de 40 % des cas.

Représentativité des Maîtres de Stage Universitaire (MSU) par rapport aux Médecins Généralistes non MSU

La recherche en médecine générale est très souvent réalisée par des médecins généralistes enseignants, et parmi lesquels notamment les maîtres de stage universitaires (MSU), et ce principalement parce qu'ils font souvent partie de réseaux de médecins investigateurs qui recrutent beaucoup parmi les MG maîtres de stage ou enseignants. Les liens entre enseignement et recherche sont donc ténus.

Cela entraîne la question de savoir si le profil et l'activité des MSU, et à fortiori des médecins généralistes investigateurs, sont comparables à ceux de la population générale des médecins généralistes français, afin de s'assurer de la validité externe des données issues de ces études.

En premier lieu, la question est celle de la représentativité en terme de profil sociodémographique des MSU. En 2015, une étude déclarative par auto-questionnaire réalisée auprès des MSU de la Faculté de Médecine d'Angers a été publiée sur la

représentativité des médecins généralistes MSU en rapport avec un panel de MG de la région des Pays de la Loire (20). Au total, 181 MSU avaient participé au recueil de données. La proportion de femmes était plus importante chez les MSU que dans le panel de MG (34.8 % contre 26.7 %), et la classe d'âge 45-54 ans était sous-représentée chez les MSU par rapport au panel (36.5 % contre 45.5 %). Le temps de travail hebdomadaire pour l'activité de soins était inférieur chez les MSU par rapport au panel (42.3 heures contre 54 heures). L'échantillon de MSU participait plus à des formations médicales continues que le panel des médecins généralistes (78 heures contre 73 heures). Les MSU réalisaient plus de démarches d'évaluation de leurs pratiques que leurs homologues (52.5 heures contre 36 heures).

La majorité des travaux explorant la représentativité d'un groupe de médecins s'appuie sur l'âge, le genre et le lieu d'exercice. Or, d'après l'étude, et après comparaison au panel régional et mise en perspective avec les données nationales disponibles (21), les MSU semblent peu différents des autres généralistes pour ces trois critères.

En effet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) décrivait en 2016, dans l'Atlas de la démographie médicale, le profil des MG français, pour un total de 85.513 MG dans la métropole, dont 53,82 % d'hommes. En termes d'âge, la plupart appartenait aux groupes : 60-64, 55-59 et 50-54 ans. Les généralistes femmes semblaient avoir davantage, par rapport aux hommes, un exercice salarié.

Un article présentant ces conclusions a été publié en 2016 dans la revue de médecine générale *Exercer* (22).

En deuxième lieu, la question est celle de la représentativité en terme d'activité.

Selon l'étude publiée en 2015 dans la revue *Exercer* (20), le nombre annuel d'actes n'était pas différent entre les deux groupes, avec 5.276 actes pour les MSU et 5.300 pour le panel. Il existait des différences statistiquement significatives, les MSU exerçant davantage dans des centres de soins et ayant davantage d'exercices particuliers (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, etc.). L'exercice en cabinet de groupe était majoritaire chez les MSU (81.2 % contre 64 %).

Un article paru dans la revue *Exercer* en 2017 a comparé la pratique des MG-MSU et non MSU en France (23). Il s'agissait d'une enquête transversale prenant en compte tous les médecins en activité de MG libérale dans la région Rhône-Alpes en 2011.

L'étude a porté sur 4.992 généralistes dont 162 (12,5 %) étaient MSU.

Leurs patients étaient similaires pour l'âge mais les patients bénéficiant de la CMU-c étaient sous représentés (5,9 % chez les MSU contre 6,8 % chez les non MSU) ainsi que ceux en ALD (22,8 % chez les MSU contre 23,1 % chez les non MSU). Les MG-MSU prescrivait plus de médicaments génériques, faisaient plus d'ECG et de frottis cervico-utérins, mais faisaient moins de plâtres que les non MSU. Leur indicateur de suivi du diabète était meilleur (60,6 % contre 63,1 %), ainsi que leur taux de vaccination pour la grippe saisonnière.

Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS): une étude cristolienne

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 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.

Afin de décrire la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les internes en SASPAS, une thèse de médecine générale a été effectuée au sein du DMG de Créteil, codant les consultations réalisées en autonomie par quinze internes entre novembre 2014 et avril 2015. Ces consultations étaient répertoriées dans les relevés d'activité du journal de bord que les internes ont obligation de rédiger pendant leur stage. L'analyse a été faite à partir de ces journaux de bord.

11.251 consultations ont été codées et ont permis la description de 14.259 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.

Problématique

Les précédents éléments nous font constater que l'activité des médecins généralistes n'a jamais été analysée sous le prisme des onze familles de situations cliniques prévalentes en médecine générale, qui représentent pourtant le référentiel pédagogique des types de consultation auxquelles les internes doivent être confrontés aux cours de leur 3^{ème} cycle afin de devenir des professionnels compétents.

Les classifications CIM-10 et CISP-2, fréquemment utilisées lors de précédentes études, ne sont pas superposables aux caractéristiques des onze familles de situation.

En outre, la classification CISP-2 est à visée épidémiologique et de surveillance mais elle n'apparaît pas adaptée pour une visée pédagogique et de construction de compétences génériques de la MG pour lesquelles le référentiel des familles de situations clinique semble mieux adapter.

Notre étude, vise donc à décrire l'activité des médecins généralistes en fonction de ces familles de situations cliniques.

II) MATERIEL ET METHODES

Schéma de l'étude

Il s'agit 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 onze familles de situations cliniques prévalentes, durant le semestre d'été 2017.

Notre étude concerne le recueil de la rentrée de septembre 2017, tandis qu'une première thésarde a réalisé l'étude d'un premier recueil au cours du mois de mai 2017.

Le recueil des données, réalisé par les internes, s'est effectué sur 2 demi-journées de consultations par semaine pendant 3 semaines consécutives.

Un autre thésard réalisera l'analyse des données du semestre d'hiver suivant.

Objectifs et hypothèses

Nous faisons l'hypothèse que les MSU de niveau de 1 de l'Université Paris Est Créteil (UPEC) rencontrent l'intégralité des onze familles de situation dans leur activité de soin courante.

L'objectif principal de notre étude est de décrire la répartition des familles de situations rencontrées par les MSU de niveau 1 de l'UPEC dans le cadre de leur activité de soins.

Les objectifs secondaires dans ce travail sont de rechercher s'il existe une ou des familles de situations, qui n'ont pas été décrites et envisagées par le consensus d'expert.

Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies par les internes de niveau 1 en observation ou en supervision directes de leurs MSU. Les internes de niveau 1 ont été préalablement formés durant une session de 2h00 pendant la première semaine de leur stage.

La formation a abordé la définition des onze familles de situation prévalentes en médecine générale, la présentation de la grille d'analyse ainsi qu'une situation de mise en pratique du codage à travers une consultation authentique filmée.

Les MSU ont également été informés des modalités de l'étude lors de la réunion semestrielle de début de stage et ont été incités à faire participer largement leurs internes.

Le recueil de données a été réalisé par 41 internes de l'UPEC, au cours de leur stage de niveau 1, à raison de 2 demi-journées par semaine, en situation d'observation ou de supervision directes de leur MSU, à l'aide d'une grille de codage des consultations, sous format papier ou électronique (Annexe 1). Cette grille leur permettait de coder au maximum 15 consultations par demi-journée, durant 3 semaines consécutives du 4 au 23 Septembre 2017. Le codage pouvait faire l'objet d'une discussion entre l'interne et le MSU à la fin de la consultation lorsqu'il existait un doute sur la/les famille(s) de situations cliniques à coder.

Les internes pouvaient codifier 1 à 4 familles de situation au maximum par consultation.

A raison de 15 consultations par demi-journée, l'objectif était de recueillir environ 3.500 consultations sur les 41 terrains de stage de niveau 1 de l'UPEC.

Le nombre total d'interne différait du nombre de MSU car il existait des binômes de MSU pour certains internes.

Les données sociodémographiques des patients et des MSU ont également été recueillies durant l'étude.

Les données sociodémographiques concernant les MSU ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire électronique (Annexe 2). Les données des patients étaient directement renseignées par les internes sur les grilles de codage.

Nous avons procédé à des rappels par courriel aux internes dans les jours précédents ainsi que durant la période de recueil des données. Celles-ci ont été ensuite collectées puis transposées en format Excel afin d'être directement exploitables.

Analyse statistique des données

L'analyse des données a été descriptive et quantitative (en fonction des variables) à la fois pour la population des médecins généralistes ainsi que pour les patients et les consultations. L'analyse a été globale mais également portée sur chaque MSU afin de connaître la répartition des familles de situation propre à chaque terrain de stage de niveau 1 de l'UPEC.

Les résultats recueillis en septembre 2017 ont aussi été comparés à ceux du recueil du mois de mai 2017 afin d'envisager les différences de profils de consultation liées à la saisonnalité et de s'assurer de la reproductibilité des données, et donc de leur fiabilité.

III) RESULTATS

24 internes, soit 58,5 % des 41 concernés par l'étude, ont retourné l'intégralité des grilles de codage sur les 6 demi-journées de recueil.

Après la transcription des grilles sur un tableau Excel, et l'élimination de 15 consultations pour cause de données insuffisantes, nous avons codé un total de 1.466 consultations et 2.664 familles de situations cliniques.

Population étudiée (tableau 1)

La population des patients étudiés était composée de 55,7 % de femmes, et 86 % des patients étaient déjà connus du médecin.

La moyenne d'âge des patients était de 42 ans. L'intervalle d'âge de notre échantillon s'étendait de 5 jours minimum jusqu'à maximum 105 ans.

Il y avait 19 % d'enfants de moins de 15 ans et 11.7 % de personnes âgées de 75 ans et plus.

Les catégories socio-professionnelles des patients les plus souvent renseignées étaient les personnes sans activité professionnelle (31,38%), les retraités (25,65 %), et les employés (15,08 %).

Les catégories socio-professionnelles étaient déterminées en fonction 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 (24).

	N	(%)
Age		
0 – 4 ans	90	(7,44)
5 – 14 ans	169	(11,53)
15 – 30 ans	232	(15,83)
31 - 45 ans	290	(19,78)
46 – 59 ans	244	(16,64)
60 – 74 ans	247	(16,85)
75 – 105 ans	175	(11,94)
Total	1466	(100)
Genre		
Masculin	649	(44,27)
Féminin	817	(55,73)
Total	1466	(100)
Parcours de soins		
Connu du MG	1261	(86,02)
Non Connu du MG	205	(13,98)
Total	1466	(100)
Catégorie socio-professionnelle (selon PCS 2003)		
Non renseignée	108	(7,37)
Agriculteurs exploitants	1	(0,07)
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	28	(1,91)
Cadres et professions intellectuelles	126	(8,59)
Professions intermédiaires	62	(4,23)
Employés	221	(15,08)
Ouvriers	84	(5,73)
Retraités	376	(25,65)
Autres, Personnes sans activité professionnelle	460	(31,38)
Total	1466	(100)

Tableau 1. Caractéristiques des patients

Les familles de situations cliniques

Le recueil de données a permis de coder un total de 1.466 consultations, soit une moyenne de 61,1 consultations observées par interne au cours de l'étude (s : 23,8 ; Md : 56,5 consultations).

L'étude nous a permis de coder un total de 2.664 familles de situations cliniques, avec une moyenne de 111 familles de situations observées pour un interne.

Il était codé en moyenne 1,8 famille de situations par consultation.

Description des familles de situations cliniques rencontrées par les Maîtres de Stage Universitaires

Répartition des grandes familles de situations cliniques (Figure 1)

Les familles de situations cliniques les plus fréquemment rencontrées ont été, par ordre décroissant :

- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence – 916 consultations (34,4 %) ;
- Situations liées à des problèmes aigus / programmés ou non / fréquents ou exemplaires – 675 consultations (25,3 %) ;
- Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties – 290 consultations (10,9 %).

Puis, de manière moins fréquente, par ordre décroissant, les familles de situations cliniques rencontrées ont été:

- Spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (7,73%) ;
- Aspects légaux/réglementaires/déontologiques (7,17%) ;
- Sexualité, génitalité, reproduction (4,35%) ;
- Situation non-répertoriée (3,68%) ;
- Problèmes liés à l'histoire personnelle/familiale (2,55%) ;
- Problème de santé au travail (1,43%) ;
- Patients difficiles (1,05%) ;
- Problèmes sociaux/précarité (0,90%) ;
- Patient d'une autre culture (0,53%).

Le détail de la répartition des familles de situations cliniques est exposé dans la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

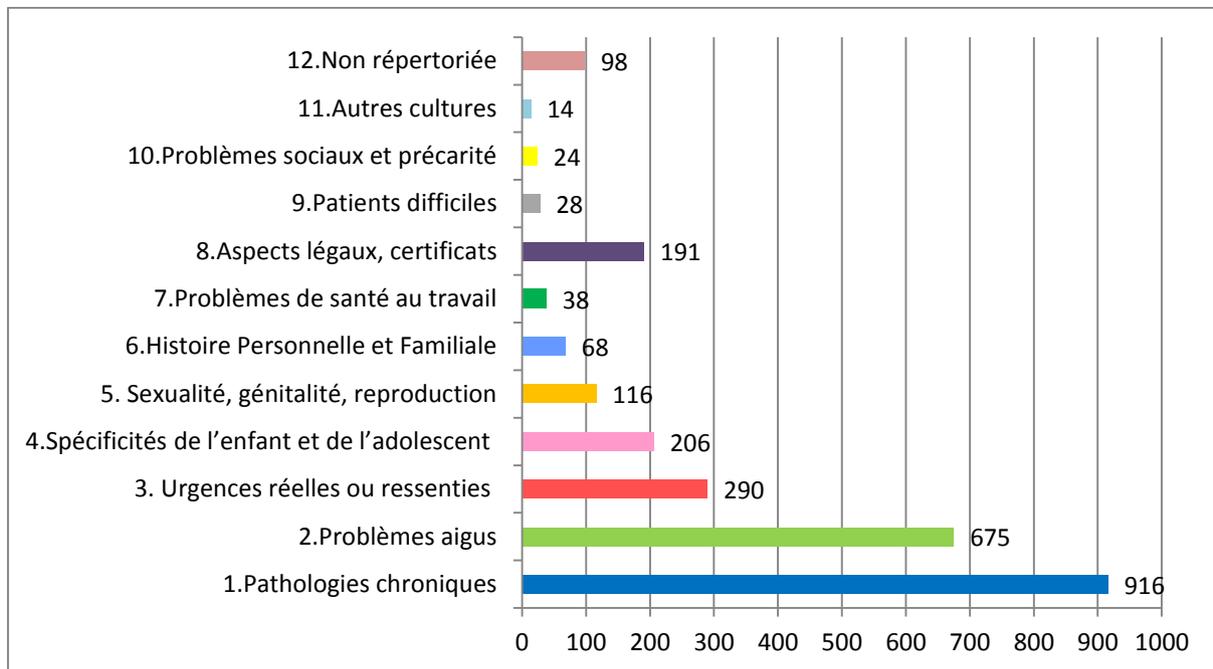


Figure 1. Répartition des grandes familles de situations cliniques

Répartition des sous-familles de situations cliniques

La sous-famille la plus fréquemment observée par les internes de niveau 1 était « plaintes somatiques aiguës non urgentes » avec le codage de cette famille pour 515 consultations, soit 19,3 % de l'ensemble des 2.664 familles de situations observées.

La sous-famille suivante est « pathologies chroniques, poly pathologiques », avec 454 situations répertoriées, ce qui représente 17 % de l'ensemble des situations.

De manière décroissante, les sous-familles observées sont ensuite :

- Plainte urgente somatique, avec 237 consultations (8,9 %) ;
- Suivi du nourrisson et de l'enfant, avec 141 consultations (5,3 %) ;
- Douleurs chroniques avec 137 consultations (5,1 %) ;
- Prise en charge des facteurs de risque, avec 130 consultations (4,9 %) ;
- Nouveaux patients quel qu'en soit le motif du recours avec 81 consultations (3 %) ;
- Plaintes somatiques non expliquées avec 79 consultations (3 %) ;
- Patients fragiles exprimant un mal-être avec 77 consultations (2,9 %).

Certaines sous-familles représentaient moins de 2 % des situations cliniques observées:

- Accompagnement de patients psychiatriques chroniques (47 consultations) ;
- Suivi adolescent (42 consultations) ;
- Contraception (34 consultations) ;
- Crise aiguë psychiatrique (31 consultations) ;
- Diagnostics d'addiction, de dépendance, de mésusage (30 consultations) ;
- Maintien de patient en perte d'autonomie à domicile (30 consultations) ;
- Dépistage cancer sein et col de l'utérus (25 consultations) ;
- Accompagnement des parents (23 consultations) ;
- Problèmes médico-sociaux aigus (22 consultations) ;
- Plainte prévalente gynécologique (19 consultations) ;
- Suivi grossesse (16 consultations) ;
- Trouble sexuel (12 consultations) ;
- Pathologies très graves, soins palliatifs (11 consultations) ;
- Ménopause / Péri-ménopause (9 consultations) ;
- Demande d'IVG (1 consultation).

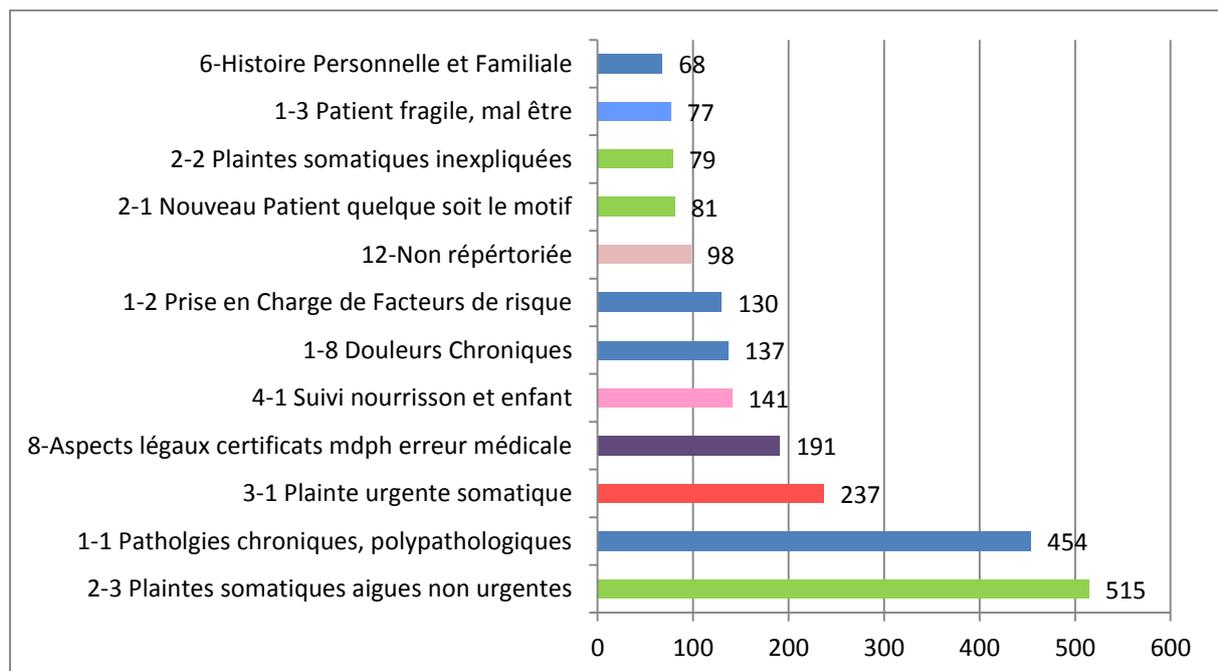


Figure 2. Répartition des sous-familles de situations cliniques les plus fréquentes

Les situations cliniques non répertoriées

Au total, nous avons comptabilisé 98 situations non répertoriées, dont seulement 46 étaient décrites par les internes.

Ces situations étaient réparties comme suit :

- Réalisation d'examen complémentaire (échographie) – 17 consultations ;
- Vaccinations – 8 consultations ;
- Prévention adultes (certificats / expertise / conseils hygiéno-diététiques) – 8 consultations ;
- Divers actes techniques (sclérose varices / infiltration genou) – 6 consultations ;
- Dépistage (cancer autre que gynécologique inclus) – 4 consultations ;
- Conseils voyageurs – 1 consultation ;
- Interprétation résultats examens (biologiques / radiographiques) – 3 consultations ;
- Autres (appel pour hospitalisation directe/courrier dermatologue/azote) – 3 consultations.

Caractéristiques Maîtres de Stage Universitaires (Tableau 2)

Sur les 62 MSU de niveau 1 que compte le DMG de Créteil, 38 d'entre eux ont répondu au questionnaire (Annexe 2) que nous leur avons adressé par courriel, soit un taux de réponse de 61,3 %.

La moyenne d'âge des MSU ayant répondu au questionnaire était de 48,9 ans, et 57,9 % d'entre eux étaient des hommes.

Les MSU étaient en moyenne installés depuis 17,6 années, la plus ancienne installation datant de 1976 et la plus récente de 2016. 50 % d'entre eux s'étaient installés avant l'an 2000. 36 MSU exerçaient en secteur 1 conventionné soit 94,7 % d'entre eux.

Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) variait de 1.972 à 12.970 actes par an. 2 MSU ne nous ont pas communiqué leur RIAP.

76,3 % d'entre eux exerçaient en milieu urbain, et 23,7 % d'entre eux en milieu semi-rural.

Il est à noter qu'aucun d'entre eux n'exerçait en milieu rural.

Les MSU étaient installés dans les départements suivants : Seine et Marne, Val de Marne, Essonne et Paris.

39,5 % exerçaient en cabinet de groupe, 31,6 % en maison de santé pluri-professionnelle et 27,3 % en cabinet individuel.

71,3 % d'entre eux ne recevaient pas de visiteurs médicaux et 84,2 % d'entre eux recevaient des délégués de l'Assurance Maladie.

	n	(%)
Age MSU		
30 – 39 ans	12	(31,57)
40 – 44 ans	6	(15,78)
45 – 49 ans	1	(2,63)
50 – 54 ans	1	(2,63)
55 – 59 ans	6	(15,78)
60 – 70 ans	12	(31,57)
Total	38	(100)
<i>m</i> d'âge (<i>s</i> ; <i>Md</i>)	48,9	(12,86 ; 49,5)
<i>m</i> âge hommes	55,18	
<i>m</i> âge femmes	40,3	
Genre MSU		
Masculin	22	(57,9)
Féminin	16	(42,1)
Total	38	(100)
Lieu d'exercice		
Semi – Rural	9	(23,68)
Urbain	29	(76,31)
Total	1182	(100)
Mode d'exercice		
Cabinet de groupe	15	(39,47)
Groupe pluri-professionnel	12	(31,57)
Exercice individuel	9	(23,68)
Centre de santé	2	(5,26)
Total	38	(100)

Tableau 2. Caractéristiques des MSU

Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des Maîtres de Stage Universitaires (Tableau 3)

Les données ont été récupérées sur 24 terrains de stage, dont une majorité de monômes de MSU (13 monômes et 11 binômes).

Les internes ayant codé les consultations étaient composés de 13 femmes et 11 hommes (54,1 % contre 45,9 %).

La moyenne du nombre de consultations codées par interne et donc par terrain de stage est de 61,1 (s : 23,8 ; Md : 56,5 consultations).

18 terrains de stage se situaient en milieu urbain, 6 en milieu semi-rural, et aucun en milieu rural.

La répartition du nombre de consultations en fonction du terrain de stage associé soit à un monôme, soit à un binôme de MSU, était la suivante :

- Monôme, 13 lieux de stage, m : 65,2 consultations codées (s : 18 ; Md : 66,0)
- Binôme, 11 lieux de stage, m : 56,2 consultations codées (s : 29,4 ; Md : 50,0)

La répartition du nombre de consultations en fonction du milieu d'exercice était :

- Milieu urbain, 18 lieux de stage, m : 64,3 consultations codées (s : 25,3 ; Md : 65,5)
- Milieu semi-rural, 6 lieux de stage, m : 51,50 consultations codées (s : 16,8 ; Md : 48,5)

Familles situations	<i>Moyenne</i> (s ; Md)			
	MSU seul (13)	Binôme (11)	Urbain (18)	Semi-rural (6)
(1) Pat.chr.	42,15 (20,95 ; 35)	33,45 (20,19 ; 32)	42,56 (26,58 ; 41)	25 (7,29 ; 23,5)
(2) Pb.a.	34,38 (20,30 ; 31)	20,73 (13,72 ; 18)	30,11 (19,82 ; 30)	22,17 (13,99 ; 23)
(3) Urg.	11,15 (11,70 ; 7)	13,18 (17,13 ; 8)	14,11 (15,54 ; 9)	6 (6,26 ; 5)
(4) Enf.Ad.	9 (9,90 ; 6)	8,09 (5,7 ; 8)	10,78 (8,21 ; 8)	2 (1,67 ; 2)
(5) Gyn.S.	5,54 (4,29 ; 5)	4 (3,13 ; 3)	5,50 (4,11 ; 5)	2,83 (1,72 ; 3)
(6) Hist.p.	3,92 (5,88 ; 2)	1,55 (2,07 ; 1)	3,56 (5,12 ; 2)	0,67 (1,21 ; 0)
(7) Pb.tr.	1,46 (1,81 ; 1)	1,73 (2,20 ; 1)	2,06 (2,04 ; 1)	0,17 (0,41 ; 0)
(8) Asp.leg	6,92 (6,47 ; 5)	9,18 (6,16 ; 9)	8,17 (6,41 ; 6,5)	7,33 (6,5 ; 7,5)
(9) Pat.diff.	1,62 (1,39 ; 2)	0,64 (0,48 ; 0)	1,44 (2,15 ; 1)	0,33 (0,52 ; 0)
(10) Pb.soc.	1,31 (1,80 ; 1)	0,64 (1,29 ; 0)	1,28 (1,74 ; 0,5)	0,17 (0,41 ; 0)
(11) Autr.cult.	0,77 (1,17 ; 0)	0,36 (0,67 ; 0)	0,78 (1,06 ; 0)	0
(12) Non.repert.	5,38 (6,73 ; 3)	2,55 (3,86 ; 2)	4 (5,7 ; 2,5)	4,33 (6,12 ; 1)
Total	65,23 (17,96 ; 66)	56,18 (29,38 ; 50)	64,28 (25,26 ; 65,5)	51,50 (16,79 ; 48,5)

Tableau 3. Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des MSU

Répartition des familles de situations cliniques selon les caractéristiques des patients

Répartition selon le sexe des patients (Annexe 4)

Au sein de l'échantillon de patients observés, nous avons 55,7 % de femmes. Après réalisation d'un Z-Test (Annexe 3), nous avons constaté une différence statistiquement significative entre les moyennes d'âge des femmes et des hommes. Ainsi, la moyenne d'âge des femmes (44,2 années) était supérieure à celle des hommes (39,3 années).

Le rapport entre le nombre de familles de situations rencontrées et le nombre total de patients de chaque sexe était, de manière descriptive, similaire : 1,85 famille de situations/patiente contre 1,77 famille de situations/patient.

La comparaison de la répartition des familles de situations cliniques entre les hommes et les femmes a été réalisée par un test Chi² de Pearson avec un seuil de significativité à 0,05.

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la famille de situations « spécificités de l'enfant et de l'adolescent » en faveur du sexe masculin (114 contre 92 consultations, $p < 0.05$), ainsi que de la famille de situations « sexualité, génitalité, reproduction », en faveur du sexe féminin (106 contre 10 consultations, $p < 0.05$).

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la sous-famille de situations cliniques « douleur chronique » (90 contre 47 consultations, $p < 0.05$) en faveur du sexe féminin, ainsi que de la sous-famille de situations cliniques « addiction, mésusage, dépendance » (18 contre 12 consultations, $p < 0.05$) et de la sous-famille « suivi nourrisson et enfant » (85 contre 56 consultations, $p < 0.05$), en faveur du sexe masculin.

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 – 285 consultations ;
- 1-1 Pathologie chronique, poly-pathologie – 255 consultations ;
- 3-1 Plainte urgente somatique – 128 consultations ;
- 8 Aspect légaux / certificats / erreurs médicales – 107 consultations ;
- 1-2 Prise en charge de facteurs de risque – 73 consultations.

Concernant les hommes:

- 2-3 Plaintes somatiques aiguës non urgentes – 230 consultations ;

- 1-1 Pathologie chronique, poly-pathologie – 199 consultations ;
- 3-1 Plainte urgente somatique – 109 consultations ;
- 8 Aspect légaux / certificats / erreurs médicales – 84 consultations ;
- 1-2 Prise en charge de facteurs de risque – 57 consultations.

Répartition selon l'âge des patients (Annexe 5)

La grande famille la plus fréquemment rencontrée de manière globale, « situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence », était présente surtout chez les patients appartenant à des classes d'âge supérieur à 30 ans avec un maximum de 299 situations dans le groupe 60-74 ans.

Il existe la même tendance pour la plupart des familles de situations à l'exception des situations spécifiques aux enfants (le plus fréquemment rencontrées dans le groupe 0-4 ans) et aux situations liées à la sexualité, génitalité (familles plus fréquemment rencontrées dans les groupes 15-30 et 31-45 ans). De plus, nous avons pu constater que plus les patients étaient âgés, et plus leurs médecins rencontraient de familles de situations par consultation.

La répartition de la moyenne de familles de situations cliniques rencontrées par consultation, selon les classes d'âge, était la suivante :

- 0-4 ans : 1,91
- 5-14 ans : 1,74
- 15-30 ans : 1,62
- 31-45 ans : 1,73
- 46-59 ans : 1,89
- 60-74 ans : 1,99
- 75-105 ans : 2,10

Répartition selon la catégorie socio-professionnelle (Annexe 6)

Toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées dans notre échantillon, à noter la présence d'une unique personne appartenant à la catégorie numéro 1 des agriculteurs exploitants.

Les catégories socio-professionnelles qui contribuaient pour le plus de familles de situations cliniques étaient les suivantes :

- (8) Autres, personnes sans activité professionnelle – 460 consultations ;

- (7) Retraités – 376 consultations ;
- (5) Employés – 221 consultations.

De façon globale, le rapport entre le nombre total de familles codées et le nombre de patients de chaque catégorie socio-professionnelle donnait un chiffre compris entre 1,00 situation/consultation pour la catégorie 1 (agriculteurs exploitants) jusqu'à un maximum de 2,05 situations/consultation pour la catégorie 7 (retraités).

IV) DISCUSSION

Principaux résultats

Répartition globale des familles de situations

Notre étude a permis le codage de 1.466 consultations et de 2.664 familles de situations cliniques, avec un ratio de 1,8 famille de situations cliniques par consultation. Notre échantillon était composé de 86,02 % de patients connus de leur médecin, et de 55,73 % de femmes. La moyenne d'âge des patients était de 42,03 années.

Les patients étaient pour la majorité d'entre eux sans activité professionnelle, étudiants, ou élèves (31,38 %), puis retraités (25,65 %), puis employés (15,08 %).

La famille de situation à laquelle les MSU étaient le plus souvent confrontés est « patients souffrant de pathologies chroniques ou poly-morbidité à forte prévalence » avec 916 situations soit 34,38 % de l'ensemble des situations.

Cela semble logique dans la mesure où la majorité de nos patients appartenaient à une catégorie d'âge supérieure à 30 ans, et donc à une catégorie de personnes plus souvent exposée à des pathologies chroniques comparativement à une population jeune.

Venaient ensuite la famille de situation « problèmes aigus » avec 675 situations soit 25,34 % des situations, puis la famille « urgences réelles ou ressenties » avec 290 situations soit 10,89 % des situations, puis la famille « spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent » avec 206 situations soit 7,73 % des situations, puis la situation « aspects légaux » avec 191 situations soit 7,17 % des situations, puis la famille « sexualité, génitalité, reproduction » avec 116 situations soit 4,35 % des situations.

Les 6 autres familles de situations représentaient à elles toutes approximativement 10 % des situations, à noter que les situations non répertoriées représentaient 3,68 % des situations. La famille la moins rencontrée était « autres cultures » avec 0,53 % des situations.

La sous-famille la plus représentée n'appartenait pas à la famille « patients souffrant de pathologies chroniques ou poly-morbidité à forte prévalence » comme nous pouvions le supposer au vu de nos précédents résultats.

Il s'agissait de la sous-famille « plaintes somatiques aiguës non urgentes » de la famille « problèmes aigus » avec 515 situations soit 19,33 % des situations.

Venaient ensuite la sous-famille « pathologies chroniques, poly pathologiques » avec 454 situations soit 17,04 % des situations, puis la sous-famille « plainte urgente somatique » avec 237 situations soit 8,90 % des situations, puis la sous-famille « aspects légaux » avec 191 situations soit 7,17 % des situations, puis la sous-famille « suivi nourrisson et enfant » avec 141 situations soit 5,29 % des situations.

Les autres sous-familles représentaient moins de 5 % chacune des situations.

La sous-famille la moins représentée était « patients fragiles, mal-être » avec 77 situations soit 2.89 % des situations.

L'analyse par sous-familles nous révèle 2 résultats surprenants certainement liés à la saisonnalité de notre étude.

La première sous-famille rencontrée était « plainte somatiques aiguës non urgentes », appartenant à la famille « problèmes aigus » et non à la famille « pathologies chroniques » qui est la première des grandes familles.

De plus, la famille « aspects légaux » est la 4^{ème} en terme de sous-famille alors qu'elle est la 5^{ème} en terme de familles.

Le premier résultat peut s'expliquer par le fait que les épidémies d'infections saisonnières débutaient au moment de notre étude de septembre, et le second résultat correspond certainement à la recrudescence des demandes de certificat d'aptitude à la pratique sportive liée à la période de rentrée scolaire.

En outre, notre étude a montré que les MSU rencontraient également des situations non décrites par le consensus d'experts.

Nous avons répertoriés 98 situations non répertoriées soit 3,68 % des situations. Pour seulement 46, nous disposions d'éléments, expliquant le choix d'une situation clinique non répertoriée, fournis par les internes.

Ces situations étaient réparties comme suit :

Réalisation d'examen complémentaire (échographie) – 17 actes, Vaccinations – 8 actes, Prévention adultes (certificats / expertise / conseils hygiéno-diététiques) – 8 actes, Divers actes invasifs (sclérose varices / infiltration genou) – 6 actes, Dépistage (cancer inclus) – 4 actes, Conseils voyageurs – 1 acte, Interprétation résultats examens (biologiques / radiographiques) – 3 actes, Autres (appel pour hospitalisation directe/courrier dermatologue/azote) – 3 actes.

Ces données nous démontrent bien que ces situations, souvent associées à de la prévention chez l'adulte sain, devraient amener à l'avenir à compléter ce référentiel, et ce dans l'objectif d'aborder également ce type de famille de situation clinique dans le domaine pédagogique.

Au total, comme nous pouvions nous y attendre, les MSU de niveau 1 de la Faculté de Médecine de Créteil rencontrent bien l'intégralité des onze familles de situations prévalentes en Médecine Générale dans des proportions différentes.

Répartition selon le sexe des patients

La proportion de femmes et d'hommes était similaire (55,73 % contre 44,27 %).

Leur moyenne d'âge était également similaire (44,2 années contre 39,3 années).

Le nombre de familles de situation clinique par sexe du patient était également similaire (1,85 contre 1,77).

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la famille de situations « spécificités de l'enfant et de l'adolescent » en faveur du sexe masculin, probablement en raison du fait que la majorité des MG ayant participé à notre étude étaient des hommes (57,9 %). En effet, une étude norvégienne parue dans la revue *Exercer* en 2009 montrait que les jeunes filles consultaient significativement plus de MG femmes que les jeunes garçons (25). Il y avait également une différence statistiquement significative de la répartition de la famille de situations « sexualité, génitalité, reproduction », en faveur du sexe féminin.

Ce dernier résultat semble logique dans la mesure où cette famille concerne de manière quasiment exclusive une population de sexe féminin.

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la sous-famille de situations cliniques « douleur chronique » en faveur du sexe féminin, ainsi que de la sous-famille de situations cliniques « addiction, mésusage, dépendance » et de la sous-famille « suivi nourrisson et enfant », en faveur du 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 (26) (27).

Répartition selon la catégorie d'âge des patients

La grande famille « pathologies chroniques », globalement la plus rencontrée, était la plus présente pour les catégories d'âge de plus de 30 ans, avec un pic pour la catégorie d'âge de 60-74 ans (299 situations), ce qui était prévisible étant donné la prévalence des pathologies chroniques et de la poly pathologie 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 6 maladies déclarées par personne appartenant à la classe d'âge des plus de 65 ans contre 1,7 maladies pour la classe d'âge des 16-39 ans (28).

Les familles « spécificités nourrisson, enfant et adolescent » et « sexualité, génialité, reproduction » étaient logiquement d'avantage présentes dans les catégories de 0-4 ans, 15-30 ans et 31-45 ans.

La catégorie de 75 à 105 ans rencontrait le plus de familles de situations (2,10 en moyenne par consultation).

Répartition selon la catégorie socio-professionnelle des patients

Les patients sans activité professionnelle, étudiants, ou élèves étaient ceux qui ont le plus consulté durant notre étude, suivis par les retraités, puis les employés.

Concernant les retraités, ceci peut en partie s'expliquer par la prévalence des pathologies chroniques et donc des affections de longue durée chez cette catégorie, qui rendent plus fréquents la consultation d'un médecin.

La famille « pathologies chroniques » était la plus représentée chez les retraités, cela est logique et s'explique par la forte prévalence de ce genre d'affection chez les patients âgés.

De manière descriptive, les retraités consultaient également d'avantage pour la sous-famille « douleurs chroniques ».

De manière descriptive, les familles « problèmes aigus » et « urgences réelles ou ressenties » étaient la plus représentées par les patients sans activité professionnelle, étudiants ou sans emploi.

La famille « aspects légaux » était majoritairement présente chez les patients sans activité professionnelle, étudiants ou élèves, probablement en raison du fait que cette catégorie de patients les plus jeunes, consulte beaucoup au mois de septembre pour des certificats d'aptitude à la pratique sportive.

De façon globale, le rapport entre le nombre total de familles codées et le nombre de patients de chaque catégorie socio-professionnelle donnait un chiffre compris entre 1,00 situation/patient pour la catégorie 1 (agriculteurs exploitants) jusqu'à un maximum de 2,05 situations/patient dans la catégorie 7 (retraités).

Répartition selon les caractéristiques des MSU

Notre étude s'est déroulée sur 24 terrains de stage, répartis en 13 monômes et 11 binômes, ainsi qu'en 18 milieux d'exercice urbains et 6 milieux d'exercice semi-ruraux.

Les internes codaient d'avantage de situations en monôme et en milieu urbain en raison du plus grand nombre de consultations journalières sur ces terrains de stage.

Les situations en rapport avec des pathologies chroniques et des problèmes aigus étaient d'avantage rencontrées en monôme et en milieu urbain (m à 42,15 chroniques/34,38 aigus en monôme et 42,56 chroniques/30,11 aigus en urbain).

Les situations d'urgences étaient plus représentées en milieu urbain par rapport au milieu semi-rural (moyenne à 14,11 contre 6).

Les MSU consultaient d'avantage d'enfants, nourrissons et adultes en milieu urbain par rapport au milieu semi-rural (m à 10,78 contre 2).

Les situations en rapport avec des histoires personnelles, un problème au travail, un patient difficile, un patient d'une autre culture, ou avec un problème social étaient plus représentées en milieu urbain qu'en milieu semi-rural.

La répartition des autres familles de situation était relativement comparable en fonction des caractéristiques des lieux de stage, les familles non répertoriées y compris.

Il n'a pas été possible de connaître précisément les caractéristiques de chaque MSU car les questionnaires étaient rendus de manière anonyme.

De plus, le petit échantillon de MSU ayant répondu au questionnaire et donc de terrains de stage analysables était assez faible, de même que la disparité entre le nombre de stages en milieu urbain et semi-rural. Cela nous empêche de tirer des conclusions à ce sujet.

Cependant, on observe tout de même que les internes en monôme et milieu urbain ont codé un nombre plus élevé de familles de situations que leurs homologues en binôme et en milieu semi-rural.

Représentativité de la population de MSU étudiée

La population des MSU étudiée était légèrement différente en terme d'âge, par rapport au panel de médecins généralistes non MSU répertorié dans l'Atlas de Démographie Médicale Français de 2016 (26). Les MSU répondants appartenaient surtout aux groupes d'âge 30-39 et 60-70, tandis que dans le panel les groupes majoritaires d'âge sont de 50-54 ans, 55-59 ans et 60-70 ans. La moyenne d'âge de nos MSU hommes (55 ans) est très similaire à celle des MG recensés dans l'Atlas de 2016 (54 ans). Les MSU femmes de notre étude sont plus jeunes que celles du panel, avec une moyenne de 40 ans environ (contre 49 ans). Le nombre total de MSU répondant à notre questionnaire est de 38 sur 62, fait qui peut donner place à un biais de sélection, si les MSU non répondants sont différents de ceux qui ont participé.

La sous-représentation de la classe d'âge 45-54 ans chez les MSU corrobore les résultats de l'enquête de 2015 de la DREES sur leur représentativité (24). Nos MSU ont une moyenne d'âge de 48.9 ans, légèrement plus basse par rapport aux médecins généralistes du panel. Cela pourrait s'expliquer par le recrutement de nouveaux MSU, plus jeunes, ainsi que par notre échantillon plus restreint.

Les MSU répondants étaient en majorité des hommes (57,9 %), résultat qui contredit le résultat de l'enquête DREES de 2015 (24), mais qui est similaire au chiffre retrouvé dans l'Atlas de la Démographie Médicale de 2016 (53,8% d'hommes) (26).

L'activité des MSU est similaire, selon la moyenne RIAP, à celle des MG du panel (DREES 2015) (24).

Forces et faiblesses de l'étude

Forces de l'étude

La première force de cette étude est statistique dans la mesure où elle nous a permis de coder 1.466 consultations et 2.664 familles de situations dans 24 terrains de stage différents.

Sa deuxième force réside dans le fait que nos données peuvent être comparées à celles du recueil du mois de mai, permettant ainsi de s'assurer de la reproductibilité des données et donc de leur fiabilité.

Une des forces de cette étude est également son originalité. En effet, aucune autre étude n'a, par le passé, étudié l'activité des maitres de stage universitaires sous le prisme des onze familles de situations cliniques prévalentes en médecine générale, alors que celles-ci représentent le référentiel de choix pour leurs consultations, notamment à titre pédagogique.

Nous avons pu montrer, études antérieures à l'appui, que notre population de MSU est similaire en plusieurs points au panel des médecins généralistes français non MSU, ce qui peut d'abord apporter une possibilité d'extrapolation de notre étude à l'activité de la population générale des MSU français et plus ou moins aux autres MG non MSU.

Faiblesses de l'étude

La principale faiblesse de l'étude réside dans le fait que seulement 24 internes sur 41 ont effectué l'intégralité du recueil sur la période définie au préalable.

Cela peut s'expliquer par le manque de leviers incitatifs ayant pu augmenter la participation au recueil des internes (pas de rémunération, pas de validation d'un travail facultaire), ce qui a participé à la diminution de la diversité de nos terrains de stage.

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 la période de recueil consécutive aux vacances estivales ont pu également limiter la taille de notre échantillon de MSU.

De manière liée au nombre d'internes participants, les consultations de seulement 38 MSU sur 62 ont été observées.

Comparaison avec la littérature

Peu d'études en France ont permis de décrire les motifs de recours et les pathologies rencontrées en soins primaires.

Nous comparerons nos résultats avec celles d'études antérieures, qui n'ont cependant jamais décrit l'activité des médecins généralistes français sous le prisme des onze familles de situations.

Enquête de la DREES de 2004

Il s'agit d'une enquête ayant des points communs avec notre classification des familles de situations, dans le sens où les médecins généralistes devaient classer leurs consultations parmi 30 diagnostics différents (les plus fréquents) (13), il était possible qu'ils posent plusieurs diagnostics pour une seule consultation. Les situations non répertoriées étaient prises en compte. Ils devaient également classer les motifs de recours de leurs patients et cette donnée est intéressante pour la comparer avec notre étude.

Ainsi, nous constatons une similitude dans la proportion des situations chroniques (42 % contre 34,38 % dans notre étude) qui est majoritaire, ainsi que dans la proportion comparable de situations aiguës (31 % contre 25,34 % dans notre étude). La population des patients était également similaire avec 55 % de femmes dans les deux études, et 20 % de patients âgés de plus de 70 ans (12 % de patients de plus de 75 ans dans notre étude).

Les données de la DREES corroborent donc nos résultats en termes de répartition des deux principales familles de situations clinique de notre étude, ce qui donne d'autant plus de crédibilité à nos résultats.

L'échantillon des patients est également similaire à notre étude en termes d'âge et de sexe. La catégorie socio-professionnelle n'était pas renseignée dans l'enquête de la DREES ce qui nous empêche de comparer cette caractéristique à celle de notre étude.

Observatoire de la Médecine Générale

Les 10 premiers résultats de consultation apparaissant dans les dernières données de l'OMG de 2009 (14) concernent principalement des affections aiguës (état fébrile, rhinopharyngite, lombalgie, arthropathie, douleur non caractéristique soit 47,67 % des consultations), des situations de prévention (examens systématiques et prévention soit 24,28 % des consultations), et des situations de vaccination (12,06 % des consultations).

Les affections chroniques (HTA et dyslipidémie) représentent 20,70 % des consultations.

Il existe donc une discordance avec les résultats de notre étude dans la mesure où les affections chroniques sont les plus fréquemment rencontrées dans notre étude avec 34,38 % des cas, et que les affections aiguës ne viennent qu'en deuxième position avec 25,34 % des consultations.

Les situations non répertoriées parmi lesquelles figurent les situations de prévention et de vaccination n'apparaissent dans notre étude qu'en 7^{ème} position avec 3,68 % des consultations.

Etude ECOGEN de 2015

Cette étude a été réalisée auprès de 128 MSU sur l'ensemble du territoire français, grâce au codage, par des internes de niveau 1, selon la classification CISP-2 des motifs et résultats de consultation (19). Cette classification a été créée principalement dans une démarche épidémiologique et de surveillance.

L'étude apporte des résultats similaires à celle de l'OMG, citée plus haut, en termes de résultats de consultations, avec une majorité de consultations concernant des situations de prévention et affections aiguës (20 % des consultations) et seulement 16 % de situations concernant des affections chroniques (HTA, dyslipidémie, dépression, hypothyroïdie, diabète), alors que la majorité des consultations de notre étude sont en relation avec des pathologies chroniques.

Concernant les motifs de consultations et les appareils concernés, l'étude ECOGEN laisse présumer que les situations les plus fréquemment rencontrées sont celles liées aux pathologies chroniques (renouvellement de traitement médicamenteux, rencontre de suivi soit 27 % des consultations). Cela corrobore les données de notre étude, où la famille de « situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence », arrive en première position en termes de fréquence, avec 34,38 % des familles de situations cliniques rencontrées.

En outre la population de MSU est comparable à nos médecins concernant la moyenne d'âge (52,64 ans contre 49 ans), la proportion plus importante des hommes (66,4 % contre 57,9 %) et la moyenne du nombre de consultations (5139 actes/an contre 4630 actes/an).

Recueil du mois de mai 2017 (Annexe 7)

La moyenne d'âge des patients était de 42,03 années contre 49,10 années pour le recueil du mois de mai, probablement parce que le mois de septembre était un moment propice au suivi et vaccination des enfants à la rentrée, et à l'importante prévalence des certificats d'aptitude sportive en cette période (patients plus jeunes).

Nous avons 18,97 % de patients de moins de 15 ans contre 13,28 % en mai.

La catégorie socio-professionnelle la plus fréquemment rencontrée était celle des patients sans activité professionnelle, étudiants, et élèves (31,38 %) alors qu'au mois de mai il s'agissait des patients retraités (31,33 %). Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes retraitées prennent majoritairement leurs congés hors vacances scolaires et donc au mois

de septembre, et que donc les patients sans activité professionnelle ou étudiants sont souvent plus présents au mois de septembre. En effet, une étude menée en 2016 par la Direction Générale des Entreprises (29), sous l'égide du Ministère de l'Economie et des Finances, montrait que la répartition mensuelle des nuitées touristiques des seniors français est peu différente de celle de leurs cadets les mois d'hiver mais sensiblement plus aux beaux jours. Les seniors partent un peu plus avant la haute saison, en mai et juin, et surtout beaucoup plus en septembre, plus souvent même qu'en juillet et presque autant qu'en août. Le mois d'octobre bénéficie également d'une plus forte fréquentation.

Nous avons comparé la répartition des familles et sous-familles de situations cliniques entre les mois de mai et septembre 2017 avec un test du Chi² de Pearson (Annexe 8), qui a révélé une différence statistiquement significative de la répartition certaines familles et sous-familles de situations cliniques.

Ainsi, les 5 grandes familles de situations les plus fréquemment rencontrées par ordre décroissant étaient les mêmes :

- Pathologies chroniques : 34,38 % en septembre contre 41,25 % en mai (différence statistiquement significative) ;
- Problèmes aigus : 25,34 % en septembre contre 26,9 % en mai ;
- Urgences réelles ou ressenties : 10,89 % en septembre contre 6,91 % en mai (différence statistiquement significative) ;
- Spécificités nourrissons, enfants, adolescents : 7,73 % en septembre contre 5,55 % en mai (différence statistiquement significative) ;
- Aspects légaux : 7,17 % en septembre et 4,89 % en mai (différence statistiquement significative).

Les situations non répertoriées étaient présentes en proportions similaires (3,68 % en septembre contre 3,15 % en mai).

Comme déjà évoqué, la plus importante proportion de la famille « aspects légaux » s'explique par la prévalence des certificats d'aptitude sportive au mois de septembre.

La plus importante proportion de la famille « spécificités nourrissons, enfants, adolescents », peut s'expliquer par la période de rentrée scolaire influençant probablement le nombre de consultations des plus jeunes patients.

Les patients consultaient d'avantage pour des pathologies chroniques au mois de mai comparativement au mois de septembre, et inversement concernant des urgences réelles ou ressenties.

L'analyse de la répartition des sous-familles montre également des différences statistiquement significatives.

La sous-famille la plus représentée au mois de septembre était « plaintes somatiques aiguës non urgentes » avec 19,33 % des consultations suivie par la sous-famille « pathologie chronique » avec 17,04 % des consultations.

La sous-famille la plus représentée au mois de mai était « pathologie chronique » avec 22,77 % des consultations suivie par la sous-famille « plaintes somatiques aiguës non urgentes » avec 19,94 % des consultations.

Il y avait une différence statistiquement significative de la répartition de la sous-famille « pathologie chronique », mais pas pour la sous-famille « plaintes somatiques aiguës non urgentes ».

Ce résultat peut s'expliquer par la prévalence plus forte des infections saisonnières au mois de septembre comparativement au mois de mai (effet de saisonnalité).

Familles de situations cliniques rencontrées par les internes en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie (SASPAS) (Annexe 7)

Cette étude cristolienne (30) réalisée dans le cadre d'un travail de thèse a permis la description d'un très grand nombre de situations cliniques (14.295 au total) sur 11.251 consultations.

Elle était basée sur le codage des relevés d'activité (quelques lignes rapportant les motifs et résultats de chaque consultation effectuée en autonomie) inclus dans les journaux de bord des internes en SASPAS lors du semestre de novembre 2014 à avril 2015.

Nous avons comparé, avec notre étude, la répartition des familles et sous-familles de situations cliniques entre les échantillons de patients avec un test du Chi² de Pearson (Annexe 8), qui a révélé une différence statistiquement significative de la répartition de certaines familles et sous-familles de situations cliniques.

Nous pouvons nous apercevoir que la première famille de situation rencontrée par les internes en SASPAS est « problèmes aigus » avec 56,66 % des consultations, alors que dans notre étude, cette famille de situation arrive seulement en deuxième position avec 25,34 % des consultations, soit moins de la moitié de ce que rencontrent les internes (différence statistiquement significative).

La deuxième famille de situations rencontrée par les internes de SASPAS est « pathologies chroniques » avec 20,64 % des consultations, alors que cette famille arrive en première position dans notre étude avec 34,38 % des consultations (différence statistiquement significative).

La famille « urgences réelles ou ressenties » est très peu représentée chez les internes de SASPAS avec 0,99 % des consultations contre 10,89 % dans notre étude (différence statistiquement significative).

Les internes de SASPAS semblent également suivre moins d'enfants que les MSU de notre étude dans la mesure où la famille « spécificités nourrissons, enfants et adolescents » représente 4,32 % des consultations contre 7,73 % dans notre étude (différence statistiquement significative).

La sous-famille la plus fréquemment rencontrée par les internes SASPAS et les MSU de notre étude au mois de septembre est « plaintes somatiques aiguës non urgentes » mais dans des proportions très différentes avec 55,33 % contre 19,33 % dans notre étude (différence statistiquement significative), alors qu'au mois de mai la première sous-famille était « pathologie chronique » avec 22,77 % des consultations. Nous avons expliqué cette différence entre mai et septembre par la saisonnalité.

La deuxième sous-famille rencontrée par les internes SASPAS était « pathologie chronique » mais avec une faible proportion de 11,98 % contre 22,77 % en mai et 17,04 % en septembre (différence statistiquement significative).

Les situations non répertoriées occupent une place importante dans les 2 travaux de recherche (1,89 % contre 3,68 % dans notre étude, cette différence étant statistiquement significative).

En septembre, les MSU rencontraient également d'avantage les familles « histoires personnelles et familiales », « patients difficiles », et « autres cultures » que les internes en SASPAS (différences statistiquement significatives).

Au total, ce comparatif nous permet de montrer que les internes de SASPAS semblent rencontrer plus de problèmes aigus que chroniques en stage, alors que les pathologies chroniques occupent les situations les plus fréquentes pour les MSU et donc pour l'ensemble des médecins généralistes français.

Il en résulte à priori une inadéquation de répartition des familles de situations cliniques rencontrées entre les internes SASPAS et leurs MSU.

Perspectives

Notre étude semble montrer que les MSU de niveau 1 de la Faculté de Médecine de Créteil rencontrent en grande majorité de situations liées à des pathologies chroniques alors que les internes en SASPAS rencontrent d'avantage de situations liées à des problèmes aigus.

Il semble donc régner une inadéquation entre les besoins de formation (situations rencontrées par les MSU) et les situations réellement rencontrées par les internes au cours de leurs stages ambulatoires.

Une refonte de l'organisation des stages ambulatoires pourrait être envisagée à la Faculté de Médecine de Créteil en proposant par exemple des terrains de stage avec des MSU ayant des activités complémentaires afin que les internes balayent de façon plus homogène les onze familles de situations.

Un travail de codage de consultations effectuées par les internes de niveau 1 en autonomie, pourrait être envisagé à la suite de notre étude. Ceci afin de savoir si les internes de niveau 1 rencontrent les mêmes familles de situations que leur MSU, ou bien s'ils rencontrent uniquement des familles (ou sous-familles) particulières, que leurs MSU leur « sélectionneraient » de manière plus ou moins consciente ou liée à l'organisation des cabinets des MSU, comme cela semble être le cas pour les internes en SASPAS.

La proportion non négligeable des situations non répertoriées dans notre étude pourrait également pousser à une révision du référentiel des familles de situations cliniques.

La publication d'un article dans la revue *Exercer* et/ou une présentation à un congrès de médecine générale pourraient être envisagées suite à ce travail de thèse. Le même travail de thèse sera également réalisé lors du semestre d'hiver pour obtenir l'exhaustivité au cours d'une année civile et éviter un biais lié aux consultations saisonnières.

Enfin, à l'image de l'étude ECOGEN, un travail d'ampleur nationale pourrait être organisé afin de décrire l'activité des MG français (MSU et non MSU) à travers les onze familles de situations prévalentes en Médecine Générale.

V) CONCLUSION

Lors de notre étude, les MSU de niveau 1 de la Faculté de Médecine de Créteil ont rencontré l'intégralité des onze familles de situations prévalentes en Médecine Générale dans des proportions différentes, comme nous le supposions dans notre hypothèse initiale.

La famille de situation la plus rencontrée par les MSU était « Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidité à forte prévalence ».

Notre étude révèle une proportion non négligeable de situations non répertoriées parmi les onze familles de situations.

Il semble exister une inadéquation d'exposition aux onze familles de situations entre les MSU de niveau 1 et les internes SASPAS de la Faculté de Médecine de Créteil.

BIBLIOGRAPHIE

(28) Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et protection sociale 2008. Rapport de l'Irdes juin 2010.

(12) Attali C, Bail P, Compagnon L, Lebeau JP PC. Guide pratique du MSU ECA. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Paris: L&C; 2012.

(11) Attali C, Huez J, Valette T. Les grandes familles de situations cliniques. Exerc La Rev Française médecine générale. 2013;24(108):165 à 169.

(8) Boeck B De. Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspective intégrative. 2017;(2013):5-7.

(10) Boelen C, Gomes J, Ladner J, Pélissier-Simard L, Pestiaux D, Nawar T, Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie Médicale 2011;12: 37-48.

(21) Bouet P (Conseil national de l'ordre des médecins), Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. 2016;274.

(20) 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.; Vol. 27(1):59-67.

(6) CASSF, CNGE, CNOSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.

(5) Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.

(7) Compagnon L, Bail P, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.

(30) 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.

(15) DREES SF. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. [Consulté le 17 Octobre 2017]; Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>

(2) Education Nationale. « Le socle commun de connaissances et de compétences ». [Consulté le 17 Octobre 2017]. Disponible sur <http://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissances-et-de-competences.html>

(16) Gautier A. dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

(29) Gitton F., Loquet G. « Les séniors français : un segment touristique porteur de croissance », *Le 4 Pages de la DGE* numéro 51, Février 2016.

(26) 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.

(24) Insee, Nomenclatures des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS 2003), Paris, INSEE, 2003. p. 619

(1) ISNAR-IMG. (2013). Guide de l'apprentissage par compétences, [Consulté le 17 Octobre 2017]. Disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/apprentissage-par-competences.pdf>

(9) JORF n°0159 du 8 juillet 2017. JORF n°0159 du 8 juillet 2017. Arrêté du 6 juillet 2017 fixant au titre de l'année universitaire 2017-2018 le nombre d'étudiants susceptibles d'être

affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire | Legifrance [Internet]. [Consulté le 17 Octobre 2017]. Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/6/SSAH1719410A/jo/texte>

(13) Labarthe. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES, Etudes et résultats. 2004;(n°315).

(25) Lebeau JP, Cadwallader JS. Les jeunes et leur médecin généraliste. Exercer.2009;85 suppl 1:30S-1S.

(19) Letrilliart L, Et.al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;(114):148-57.

(17) Letrilliart L, Gelas-Dore BB, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. Inform Prim Care. 2006;14(3):157-65.

(23) Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B. Comparaison des exercices des médecins généralistes maîtres de stage universitaires et non-maîtres de stage en France. Exercer. 2017;135:308-9.

(14) Observatoire de la Médecine Générale. Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2009. [Consulté le 30 octobre 2017]. Disponible sur <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>

(27) 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: 6 p.

(18) Site de recherche des référentiels de pratique clinique francophones pour les médecins généralistes à l'aide de la CISP [Consulté le 17 Octobre 2017]. Disponible sur www.refcisp.info

(22) Steinecker M, Paris- UFR, Toulouse UFR. Les maîtres de stage universitaires sont-ils des généralistes comme les autres ? 2016;40-1.

(3) Tardif J. « L'évaluation des compétences ». Montréal : éditions de la Chenelière, 2006.25/ Tardif J. « L'évaluation dans le paradigme constructiviste. L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation ». Sherbrooke : Éditions du CRP 1993 : 27-56.

(4) WONCA Europe société européenne de médecine générale-médecine de famille. La Définition Européenne De La Médecine Générale - Médecine De Famille. 2002;52. Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA_definition_French_version.pdf

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux Maitres de Stage Universitaires

Adresse courriel :

Nom et prénom :

Age :

Sexe :

- Féminin
- Masculin

Milieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Année d'installation :

Secteur conventionnel :

- 1 (conventionné)
- 2 (conventionné - tarifs maîtrisés, adhérent OPTAM)
- 3 (tarifs libres, non conventionné)

Mode d'exercice :

- Individuel
- Cabinet de groupe
- Groupe pluri-professionnel
- Centre de santé

Nombre annuel de consultations (RIAP 2016) :

Recevez-vous des visiteurs médicaux? Oui / Non

Recevez-vous des délégués de l'Assurance Maladie ? Oui / Non

Annexe 3 : Répartition des familles de situations cliniques selon les terrains de stage (b : terrain de stage avec binôme de MSU)

N° lieu de stage ^{b=binôme}	1	2b	3	4	5b	6	7	8b	9b	10b	11	12b	13b	14b	15	16	17	18b	19b	20b	21	22	23	24	Total	m	s	Md
N° Cs	45	50	58	40	40	81	84	33	125	55	76	15	47	44	67	47	65	81	50	78	88	66	41	90	1466	61,08	23,77	56,5
(1) Pat. chr.	19	32	19	17	12	35	30	21	108	42	59	3	21	44	58	26	50	33	12	40	72	63	27	73	916	38,17	24,37	32,5
(2) Pb. Aig.	16	15	31	24	45	41	72	0	30	18	36	10	34	22	25	22	30	4	33	17	34	33	5	78	675	28,13	18,58	27,5
(3) Urg.	25	8	1	7	1	0	8	17	14	16	5	3	1	6	42	3	18	62	10	7	14	3	7	12	290	12,08	14,14	7,5
(4) Enf. Nour. Ado.	2	2	2	0	16	5	33	2	13	16	8	1	9	4	25	1	5	8	13	5	16	6	6	8	206	8,58	8,09	6,0
(5) Sexual. Gen. R.	2	3	5	0	1	4	1	2	8	8	4	1	1	4	5	3	9	7	1	8	15	5	7	12	116	4,83	3,81	4,0
(6) Hist. Pers.	0	0	0	3	0	0	2	1	7	1	20	2	2	3	9	0	0	0	0	1	2	10	1	4	68	2,83	4,62	1,0
(7) Pb. W	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	3	0	5	6	5	0	0	0	4	0	2	1	1	5	38	1,58	1,95	1,0
(8) Asp. Leg.	3	7	0	0	17	14	0	15	14	7	6	3	9	2	17	8	16	0	9	18	5	15	1	5	191	7,96	6,30	7,0
(9) Pat. Dif.	0	0	0	0	1	1	2	0	2	1	1	0	0	0	1	1	3	0	1	2	0	9	0	3	28	1,17	1,93	1,0
(10) Pb. Soc.	2	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	1	6	1	3	24	1,00	1,59	0,0
(11) Autr. Cult.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	3	0	0	0	0	0	1	3	2	1	14	0,58	0,97	0,0
(12) Non. Reper.	0	2	0	14	0	0	0	0	5	3	10	13	3	0	5	10	21	0	0	2	7	0	0	3	98	4,08	5,67	2,0
N° fam / lieu de stage	70	69	58	65	94	101	149	59	202	118	152	40	85	93	198	74	152	114	83	100	169	154	58	207	2664	111,00	50,10	97,0
m fam / lieu de stage	1,56	1,38	1,00	1,63	2,35	1,25	1,77	1,79	1,62	2,15	2,00	2,67	1,81	2,11	2,96	1,57	2,34	1,41	1,66	1,28	1,92	2,33	1,41	2,30		1,84		1,8
Milieu	U	SR	SR	SR	U	SR	U	SR	U	U	U	U	U	U	U	SR	U	U	U	U	U	U	U	U				

Annexe 4 : Répartition des familles de situations selon le sexe des patients

	Femmes (n = 817)	Hommes (n = 649)	Test χ^2 à 1 ddl (p=0.05) > 3,84
	m 44.2 ans	m 39.3 ans	Ztest=3,67>1,96 (Z0>Z alpha/2)
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologie	255	199	0,04
1-2 Prise en charge facteurs de risque	73	57	0,01
1-3 Patients fragiles, mal être	45	32	0,23
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	13	17	1,85
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	12	18	4,76
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	6	5	0,10
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	30	17	1,25
1-8 Douleur chronique	90	47	5,47
Total famille (1)	524	392	0,81
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	35	46	3,70
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	47	32	0,46
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	285	230	0,03
Total situations aiguës (2)	367	308	0,51
3-1 Plainte urgente somatique	128	109	0,29
3-2 Crise aiguë psychiatrique	21	10	1,79
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	13	9	0,10
Total situations urgentes (3)	162	128	0
4-1 Suivi nourrisson et enfant	56	85	15,57
4-2 Accompagnement des parents inquiets	13	10	0,01
4-3 Suivi adolescent	23	19	0,02

Total spécificités suivi enfants (4)	92	114	10,23
5-1 Contraception	34	0	NA
5-2 Grossesse	16	0	NA
5-3 Ménopause / Péri-ménopause	9	0	NA
5-4 IVG	1	0	NA
5-5 Plainte prévalente gynécologique	19	0	NA
5-6 Dépistage cancer sein / col	25	0	NA
5-7 Trouble sexuel	2	10	7,47
Total sexualité/génitalité/contraception (5)	106	10	59,88
6-Histoires personnelles/familiales	43	25	1,55
7-Problème de santé au travail	23	15	0,35
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	107	84	0,01
9-Patients difficiles	16	12	0,02
10-Problèmes sociaux/Précarité	15	9	0,43
11-Autres cultures	9	5	0,42
12-Non répertoriée	51	47	0,54
Total familles de situations	1.515	1.149	1,40
Rapport nombre de familles / consultation	1,85	1,77	

Annexe 5 : Répartition des familles de situation selon la catégorie d'âge des patients

Classes d'âge	0-4	5-14	15-30	31-45	46-59	60-74	75-95
(N° total patients dans le groupe)	(90)	(169)	(232)	(290)	(244)	(247)	(175)
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologie	0	9	14	36	82	169	144
1-2 Prise en charge facteurs de risque	0	2	4	14	27	55	28
1-3 Patients fragiles, mal être	2	1	9	11	19	17	18
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	0	1	1	2	4	7	15
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	0	0	6	12	6	5	1
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	1	0	0	1	4	4	1
1-7 Pathologie psy prévalente	0	1	5	13	14	13	1
1-8 Douleur chronique	1	4	8	31	34	29	30
Total famille pathologies chroniques (1)	4	18	47	120	190	299	238
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	6	8	21	25	12	4	5
2-2 Plaintes somatiques inexplicées	3	8	10	22	14	10	12
2-3 Plaintes somatiques aiguës non-urgentes	42	61	102	107	91	67	45
Total situations aiguës (2)	51	77	133	154	117	81	62
3-1 Plainte urgente somatique	20	26	44	59	41	28	19
3-2 Crise aiguë psychiatrique	0	2	5	12	6	4	2
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	0	3	4	9	4	2	0
Total situations urgentes (3)	20	31	53	80	51	34	21
4-1 Suivi nourrisson et enfant	74	67	0	0	0	0	0
4-2 Accompagnement des parents	7	14	1	1	0	0	0

inquiets							
4-3 Suivi adolescent	0	21	21	0	0	0	0
Total spécificités suivi enfants (4)	81	102	22	1	0	0	0
5-1 Contraception	0	1	20	12	1	0	0
5-2 Grossesse	0	0	6	10	0	0	0
5-3 Ménopause / Péri-ménopause	0	0	0	2	5	2	0
5-4 IVG	0	0	0	1	0	0	0
5-5 Plainte prévalente gynécologique	0	1	4	9	5	0	0
5-6 Dépistage cancer sein / col	0	0	2	7	8	8	0
5-7 Trouble sexuel	0	0	4	3	5	0	0
Total sexualité / génitalité / contraception (5)	0	2	36	44	24	10	0
6-Histoires personnelles/familiales	0	6	10	14	14	16	8
7-Problème de santé au travail	1	2	8	12	13	2	0
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	12	42	36	46	21	25	9
9-Patients difficiles	0	1	4	3	5	4	11
10-Problèmes sociaux/Précarité	0	1	5	9	3	2	4
11-Autres cultures	2	0	1	5	3	3	0
12-Non répertoriée	1	12	20	15	19	16	15
Total 12 familles de situations	172	294	375	503	460	492	368
Rapport nombre familles/patient dans le groupe d'âge respectif	1,9						
	1	1,74	1,62	1,73	1,89	1,99	2,10

Annexe 6 : Répartition des familles de situations selon la catégorie socio-professionnelle des patients

Catégorie socio-professionnelle*	0*	1	2	3	4	5	6	7	8
(Total patients)	108	1	28	126	62	221	84	376	460
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologie	23	0	8	26	11	45	18	288	35
1-2 Prise en charge facteurs de risque	9	0	1	4	5	14	10	76	11
1-3 Patients fragiles, mal être	2	0	1	7	3	15	4	32	13
1-4 Déficits moteurs, sensitifs, cognitifs	1	0	0	1	0	0	0	22	6
1-5 Addiction, mésusage, dépendance	1	0	0	5	1	5	5	4	9
1-6 Pathologie très grave, soins palliatifs	0	0	1	2	1	2	0	5	0
1-7 Pathologie psychiatrique prévalente	1	0	0	5	1	13	2	9	16
1-8 Douleur chronique	6	0	1	4	10	28	17	55	16
Total famille (1)	43	0	12	54	32	122	56	491	106
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	5	0	5	8	5	12	4	9	33
2-2 Plaintes somatiques inexplicables	7	0	1	5	4	18	6	18	20
2-3 Plaintes somatiques	37	1	12	37	27	82	39	94	186

aiguës non-urgentes									
Total famille (2)	49	1	18	50	36	112	49	121	239
3-1 Plainte urgente somatique	14	0	2	42	5	38	12	46	78
3-2 Crise aiguë psychiatrique	3	0	1	3	2	3	3	4	12
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	0	0	1	3	1	7	3	2	5
Total famille (3)	17	0	4	48	8	48	18	52	95
4-1 Suivi nourrisson et enfant	15	0	0	0	0	0	0	0	126
4-2 Accompagnement des parents inquiets	3	0	0	0	0	0	0	0	20
4-3 Suivi adolescent	0	0	0	0	0	0	0	0	42
Total famille (4)	18	0	0	0	0	0	0	0	188
5-1 Contraception	0	0	2	5	1	10	0	0	16
5-2 Grossesse	3	0	0	6	0	4	1	0	2
5-3 Ménopause / Péri-ménopause	1	0	0	1	1	4	0	2	0
5-4 IVG	0	0	0	0	0	1	0	0	0
5-5 Plainte prévalente gynécologique	2	0	1	2	2	7	0	0	5
5-6 Dépistage cancer sein / col	3	0	1	4	2	10	0	4	1
5-7 Trouble sexuel	0	0	2	3	1	1	3	0	2

Total famille (5)	9	0	6	21	7	37	4	6	26
6-Histoires personnelles/familiales	2	0	1	9	3	14	3	21	15
7-Problème de santé au travail	3	0	0	2	6	9	8	1	9
8-Aspects légaux/Certificats/Erreur médicale	15	0	7	14	9	35	9	24	78
9-Patients difficiles	1	0	0	0	0	1	0	15	11
10-Problèmes sociaux/Précarité	0	0	0	0	1	6	3	6	8
11-Autres cultures	0	0	0	2	0	4	0	2	6
12-Non répertoriée	2	0	2	11	5	15	5	30	28
Total familles situations	159	1	50	211	107	403	155	769	809
Rapport nombre familles/patient de chaque catégorie	1,47	1,00	1,79	1,67	1,73	1,82	1,85	2,05	1,76

*0 : Pas de catégorie socio-professionnelle renseignée dans la grille de cotation

1 : Agriculteurs exploitants

2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

3 : Cadres et professions intellectuelles

4 : Professions intermédiaires

5 : Employés

6 : Ouvriers

7 : Retraités

8 : Autres, personnes sans activité professionnelle

Annexe 7 : Comparaison entre les familles de situations cliniques des recueils des mois de septembre et mai 2017 (MSU niveau 1) et celles rencontrées par les internes SASPAS de Créteil

Type famille	N°	%	N°	%	N°	%
	(MSU Sept)		(MSU Mai)		(SASPAS)	
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologies	454	17,04	484	22,77	1713	11,98
1-2 Prise en charge facteurs de risque	130	4,88	119	5,6	259	1,81
1-3 Fragilité, mal-être	77	2,89	57	2,68	249	1,74
1-4 Déficience motrice, sensitive ou cognitive	30	1,13	24	1,13	63	0,44
1-5 Addiction	30	1,13	28	1,32	152	1,06
1-6 Pathologie très grave, soin palliatifs	11	0,41	11	0,52	50	0,35
1-7 Pathologie psychiatrique	47	1,76	44	2,07	352	2,46
1-8 Douleur chronique	137	5,14	110	5,17	113	0,79
Total famille (1)	916	34,38	877	41,25	2951	20,64
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	81	3,04	64	3,01	59	0,41
2-2 Plaintes somatiques inexplicées	79	2,97	84	3,95	130	0,91
2-3 Plaintes aiguës non-urgentes	515	19,33	424	19,94	7910	55,33
Total famille (2)	675	25,34	572	26,90	8099	56,66
3-1 Plainte urgente somatique	237	8,90	122	5,74	77	0,54
3-2 Crise aiguë psychiatrique	31	1,16	14	0,66	20	0,14
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	22	0,83	11	0,52	45	0,31
Total famille (3)	290	10,89	147	6,91	142	0,99

4-1 Suivi nourrisson et enfant	141	5,29	83	3,9	337	2,36
4-2 Accompagnement parents	23	0,86	26	1,22	46	0,32
4-3 Suivi adolescents	42	1,58	9	0,42	234	1,64
Total famille (4)	206	7,73	118	5,55	617	4,32
5-1 Contraception	34	1,28	17	0,8	156	1,09
5-2 Grossesse	16	0,60	13	0,61	234	1,46
5-3 (Péri-) Ménopause	9	0,34	6	0,28	31	0,22
5-4 IVG	1	0,04	1	0,05	16	0,11
5-5 Plainte prévalente gynécologique	19	0,71	11	0,52	126	0,88
5-6 Dépistage cancer sein / col	25	0,94	21	0,99	96	0,67
5-7 Trouble sexuel	12	0,45	2	0,09	18	0,13
Total famille (5)	116	4,35	71	3,00	677	4,74
6-Histoires personnelles et familiales	68	2,55	63	2,96	146	1,02
7-Problèmes de santé au travail	38	1,43	56	2,63	144	1,01
8-Aspects légaux/certificats/mdph/erreur	191	7,17	104	4,89	1030	7,21
9-Patients difficiles	28	1,05	15	0,71	85	0,59
10-Problèmes sociaux – précarité	24	0,90	25	1,18	46	0,32
11-Autres cultures	14	0,53	11	0,52	88	0,62
12-Non répertoriée	98	3,68	67	3,15	270	1,89
Total situations	2.664	100	2.126	100	14.295	100

Annexe 8 : Comparaison par test du Chi 2 entre le recueil du mois de septembre 2017 avec le recueil du mois de mai 2017 et les familles de situations cliniques rencontrées par internes SASPAS de Créteil

Type famille	N° MSU Sept	N° MSU Mai	Sous Total	Test Chi 2 à 1 ddl (p=5%) > 3,84
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologies	454	484	938	19,78
1-2 Prise en charge facteurs de risque	130	119	249	1,17
1-3 Fragilité, mal-être	77	57	134	0,19
1-4 Déficience motrice, sensitive ou cognitive	30	24	54	0,00
1-5 Addiction	30	28	58	0,36
1-6 Pathologie très grave, soin palliatifs	11	11	22	0,28
1-7 Pathologie psychiatrique	47	44	91	0,58
1-8 Douleur chronique	137	110	247	0,00
Total famille (1)	916	877	1793	14,89
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	81	64	145	0,00
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	79	84	163	3,38
2-3 Plaintes aiguës non-urgentes	515	424	939	0,23
Total famille (2)	675	572	1247	1,12
3-1 Plainte urgente somatique	237	122	359	15,73
3-2 Crise aiguë psychiatrique	31	14	45	3,21
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	22	11	33	1,63
Total famille (3)	290	147	437	20,44
4-1 Suivi nourrisson et enfant	141	83	224	4,88
4-2 Accompagnement parents	23	26	49	1,49
4-3 Suivi adolescents	42	9	51	14,77
Total famille (4)	206	118	324	8,33
5-1 Contraception	34	17	51	2,52
5-2 Grossesse	16	13	29	0,00
5-3 (Péri-) Ménopause	9	6	15	0,12
5-4 IVG	1	1	2	0,03
5-5 Plainte prévalente gynécologique	19	11	30	0,72
5-6 Dépistage cancer sein / col	25	21	46	0,03
5-7 Trouble sexuel	12	2	14	5,14
Total famille (5)	116	71	187	3,12
6-Histoires personnelles et familiales	68	63	131	0,73
7-Problèmes de santé au travail	38	56	94	8,79
8-Aspects légaux/certificats/mdph/erreurs	191	104	295	9,96
9-Patients difficiles	28	15	43	1,57
10-Problèmes sociaux - précarité	24	25	49	0,87
11-Autres cultures	14	11	25	0,00
12-Non répertoriée	98	67	165	0,95
Total situations	2664	2126	4790	

Type famille	N° MSU Sept	N° Int SASPAS	Sous Total	Test Chi 2 à 1 ddl (p=5%) > 3,84
1-1 Pathologie chronique, poly-pathologies	454	1713	2167	44,97
1-2 Prise en charge facteurs de risque	130	259	389	92,15
1-3 Fragilité, mal-être	77	249	326	15,41
1-4 Déficience motrice, sensitive ou cognitive	30	63	93	19,24
1-5 Addiction	30	152	182	0,08
1-6 Pathologie très grave, soin palliatifs	11	50	61	0,25
1-7 Pathologie psychiatrique	47	352	399	4,65
1-8 Douleur chronique	137	113	250	288,53
Total famille (1)	916	2951	3867	185,94
2-1 Nouveau patient quel que soit le motif	81	59	140	187,84
2-2 Plaintes somatiques inexpliquées	79	130	209	77,03
2-3 Plaintes aiguës non-urgentes	515	7910	8425	585,88
Total famille (2)	675	8099	8774	425,71
3-1 Plainte urgente somatique	237	77	314	847,16
3-2 Crise aiguë psychiatrique	31	20	51	78,26
3-3 Problèmes médico-sociaux aigus	22	45	67	14,84
Total famille (3)	290	142	432	862,68
4-1 Suivi nourrisson et enfant	141	337	478	68,64
4-2 Accompagnement parents	23	46	69	16,19
4-3 Suivi adolescents	42	234	276	0,05
Total famille (4)	206	617	823	54,01
5-1 Contraception	34	156	190	0,69
5-2 Grossesse	16	234	250	16,36
5-3 (Péri-) Ménopause	9	31	40	1,39
5-4 IVG	1	16	17	1,24
5-5 Plainte prévalente gynécologique	19	126	145	0,74
5-6 Dépistage cancer sein / col	25	96	121	2,24
5-7 Trouble sexuel	12	18	30	13,37
Total famille (5)	116	677	793	0,70
6-Histoires personnelles et familiales	68	146	214	41,72
7-Problèmes de santé au travail	38	144	182	3,67
8-Aspects légaux/certificats/mdph/erreur	191	1030	1221	0,00
9-Patients difficiles	28	85	113	7,02
10-Problèmes sociaux - précarité	24	46	70	18,24
11-Autres cultures	14	88	102	0,30
12-Non répertoriée	98	270	368	33,15
Total situations	2664	14295	16959	

ABSTRACT

Year : 2018
Author : HICHEUR Badr-Eddine
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. A General Practice benchmark described eleven family medicine clinical situations. No study analysed GPs' activities through these eleven indexed situations. The goal of the study consists in describing the allocation of these situations in Paris-Est Creteil (UPEC) University teaching GPs (MSU) day-to-day activity.</p> <p>Methods. A cross family medicine clinical situation scoring grid data based study was carried out by UPEC resident GPs observing their teaching GPs' (MSU) consultations. Data were collected on September 2017 on a 3-following week period basis. Patients and MSU's sociodemographic data were collected as well as part of the study.</p> <p>Results. The study led to a total amount of 1,466 observed consultations and 2,664 coded family medicine clinical situations (i.e. 1.82 family medicine clinical situations per medical consultation). Most encountered clinical situations were linked to chronic pathologies (34.38%), acute problems (25.34%), and then real or felt emergencies (10.89%). A significant proportion of unrecognised clinical situations (3.68%) was coded. The family medicine clinical situation distribution was directly linked to patients' age, socio professional category and gender data.</p> <p>Discussion. This study sheds lights on the family medicine clinical situations' diversity encountered by the GPs in their daily activity. 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. 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 family medicine clinical situations in different proportions.</p>
<p>Keywords :</p> <p>Ambulatory care ; Professional competence ; General Practice ; Education, medical ; Primary health care</p>
<p>University adress : 8, Rue du Général Sarraill - 94010 CRETEIL CEDEX</p>

RESUME

Année : 2018
Nom et Prénom de l'auteur : HICHEUR Badr-Eddine
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. Un référentiel de médecine générale (MG) a décrit onze grandes familles de situations cliniques. Aucune étude n'a analysé l'activité des MG à travers ces onze familles. L'objectif de l'étude est de décrire la répartition de ces onze familles dans l'activité des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de niveau 1 de l'Université Paris-Est Créteil (UPEC).</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 menée par les internes de niveau 1 de Créteil en observation des consultations de leurs MSU.</p> <p>Le recueil a été réalisé pendant 3 semaines consécutives, au mois de septembre 2017. Des données sociodémographiques concernant les patients et les MSU ont également été recueillies.</p> <p>Résultats. L'étude a permis d'observer 1.466 consultations et 2.664 familles de situations cliniques (1,82 familles/consultation). Les situations les plus fréquemment rencontrées étaient en rapport avec des pathologies chroniques (34,38 %), des problèmes aigus (25,34 %) et des urgences réelles ou ressenties (10,89 %). Une proportion non négligeable de situations non répertoriées (3,68 %) était rencontrée. L'âge, la catégorie socio-professionnelle et le sexe des patients influençaient la répartition des familles de situation.</p> <p>Discussion. Cette étude montre la 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. Les familles non répertoriées pourraient 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 dans des proportions différentes.</p>
Mots-clés : Soins ambulatoires ; Compétence professionnelle ; Médecine générale ; Enseignement médical ; Soins de santé primaires
Adresse de l'U.F.R. : 8, Rue du Général Sarrail - 94010 CRETEIL CEDEX