



HAL
open science

Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris : étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients

Latifa Petitjean

► **To cite this version:**

Latifa Petitjean. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris : étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), 2000. Français. NNT: . tel-01649884

HAL Id: tel-01649884

<https://hal.science/tel-01649884>

Submitted on 27 Nov 2017

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

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

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS VI)

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

ANNEE 1999/2000

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

par

Mme SENOUS PETITJEAN Latifa

Née le 11 février 1958 à Tlemcen.

Présentée et soutenue publiquement le *27 avril 2000*

TITRE:

**ANALYSE MULTIFACTORIELLE DES CONSULTATIONS EN
MEDECINE GENERALE A PARIS. ETUDE PORTANT SUR 2140
CONSULTATIONS POUR 1200 PATIENTS.**

Président de thèse: Monsieur le Professeur **Alain BERNADOU**

Mes plus vifs remerciements:

A Monsieur le Professeur Alain BERNADOU

qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider le Jury de cette thèse.

Veillez être assuré, Monsieur le Professeur,

de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Aux autres membres du Jury, qui m'ont fait l'honneur de siéger à cette thèse.

Au Docteur Jean BRAMI

qui m'a accordé sa confiance en acceptant de diriger cette thèse.

Vos suggestions et vos critiques ont permis de donner à cette thèse plus de clarté et de précision.

Je remercie chaleureusement (par ordre alphabétique) les quatre médecins:

Docteur J. BRAMI

Docteur J.L. MESSICA

Docteur M.J. PRUNIERES-THEVENOT

Docteur A. SANTINI

qui m'ont ouvert leur porte et m'ont permis de travailler en toute liberté.

En ayant le courage de vous exposer à la critique, vous m'avez non seulement permis d'extraire toute la matière première indispensable à cette étude, mais vous avez aussi contribué à faire évoluer les mentalités. L'amélioration de la médecine générale ne peut se faire sans l'instauration d'une évaluation objective de la pratique par des études statistiques rigoureuses.

Tous les calculs statistiques et les programmes informatiques nécessaires à cette étude ont été réalisés par M.Petitjean (Docteur d'Etat ès-Sciences, chargé de recherches au CNRS).

A Michel, A Ghouti, A Mouna.

A ma famille.

A mes amis.

FACULTE DE MEDECINE - BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

<u>C.N.U.</u>	<u>NOMS</u>	<u>PRENOMS</u>	<u>DISCIPLINE</u>
45	ACAR	Jacques	BACTERIO.VIRO.HYGIENE
53	AIMEZ	Pierre	MEDECINE INTERNE
48	ALEXANDRE	Jean-Michel	PHARMACOLOGIE.FOND. CLINIQUES.THERAPEUTIQUE
43	ATLAN	Henri	BIOPHYSIQUE et TRAITEMENT de l'IMAGE
42	AUDOUIN	Josée	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
52	BARIETY	Jean	NEPHROLOGIE
48	BARON	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
44	BASDEVANT	Arnaud	NUTRITION
43	BERGER	Geneviève	BIOPHYSIQUE et TRAITEMENT de l'IMAGE
53	BERNADOU	Alain	MEDECINE INTERNE
53	BETHOUX	Jean-Pierre	CHIRURGIE GENERALE
53	BOUILLOT	Jean-Luc	CHIRURGIE GENERALE
45	BOUVET	Anne	BACTERIO.VIRO.HYGIENE
42	BRUNEVAl	Patrick	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
43	BUY	Jean-Noël	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
42	CAMILLERI	Jean-Pierre	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
53	CAPRON	Loïc	MEDECINE INTERNE
51	CARPENTIER	Alain	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE
44	CHAMBAZ	Jean	BIOLOGIE CELLULAIRE
46	CHATELLIER	Gilles	BIostatISTIQUES
55	CHAUVAUD	Dominique	OPHTALMOLOGIE
49	CONSOLI	Silla	PSYCHIATRIE ADULTE
51	COUETIL	Jean-Paul	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE
54	DARAI	Emile	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
49	DEGOS	Claude	NEUROLOGIE
46	DEGOULET	Patrice	EPIDEMIO.ECO.SANTE PREVENTION BIostatISTIQUE
44	DEGRELLE	Hervé	BIOCHIMIE
47	DELMER	Alain	HEMATOLOGIE et TRANSFUSION
51	DELOCHE de NOYELLE	Alain	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE
53	DIALLO	Alpha	MEDECINE INTERNE
51	DIEBOLD	Benoît	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
42	DIEBOLD	Jacques	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
51	DIMARIA	Gilbert	CHIRURGIE VASCULAIRE
46	DOMONT	Alain	MEDECINE du TRAVAIL et des RISQUES PROFESSIONNELS
53	EMMERICH	Joseph	MEDECINE INTERNE
51	FABIANI	Jean-Noël	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIO- VASCULAIRE
48	FAGON	Jean-Yves	REANIMATION MEDICALE
53	FIESSINGER	Jean-Noël	MEDECINE INTERNE
47	FRIDMAN	Wolf Hervé	IMMUNOLOGIE
43	GAUX	Jean-Claude	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
52	GAYET	Brice	CHIRURGIE DIGESTIVE
48	GIRERD	Xavier	THERAPEUTIQUE/MEDECINE INTERNE
52	GLOTZ	Denis	NEPHROLOGIE
54	GOMPEL	Anne	BIOLOGIE et DEVELOPPEMENT et REPRODUCTION
46	GOUPY	François	EPIDEMIO.ECO.SANTE PREVENTION BIostatISTIQUE
53	GRATEAU	Gilles	MEDECINE INTERNE

51	GUERMONPREZ	Jean-Léon	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
51	GUILZE	Louis	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
45	GUTMANN	Laurent	BACTERIO-VIRO-HYGIENE
44	GUY-GRAND	Bernard	NUTRITION
48	HABERER	Jean-Pierre	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION CHIRURGICALE
44	HOULLER	Pascal	PHYSIOLOGIE
51	HUCHON	Gérard	PNEUMOLOGIE
52	JACQUOT	Christian	NEPHROLOGIE
49	JEAMMET	Philippe	PEDO-PSYCHIATRIE
47	JEUNEMAITRE	Xavier	GENETIQUE
52	JIAN	Raymond	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
46	JOLLY	Dominique	EPIDEMIOLOGIE ECO-SANTE PREVENTION
47	KAZATCHKINE	Michel	IMMUNOLOGIE
51	LAABAN	Jean-Pierre	PNEUMOLOGIE
48	LAURENT	Stéphane	PHARMACOLOGIE FOND CLINIQUES et THERAPEUTIQUE
55	LEGEAIS	Marc	OPHTALMOLOGIE
51	LEHEUZEY	Jean-Yves	CARDIOLOGIE et MALADIES VASCULAIRES
54	LEJEUNE	Claude	PEDIATRIE
47	MARIE	Jean-Pierre	HEMATOLOGIE et TRANSFUSION
46	MENARD	Joël	EPIDEMIOLOGIE ECO-SANTE PREVENTION
52	MEYRIER	Alain	NEPHROLOGIE
44	PAILLARD	Michel	PHYSIOLOGIE
52	PETITE	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
53	PLOUIN	Pierre-François	MEDECINE INTERNE
47	PUJADE-LAURAIN	Eric	CANCEROLOGIE
46	RAIX	Alain	MED. du TRAVAIL et des RISQUES PROFESSIONNELS
55	RENARD	Gilles	OPHTALMOLOGIE
48	SAFAR	Michel	THERAPEUTIQUE
53	SAINT-JEAN	Olivier	GERIATRIE
43	SAPOVAL	Marc	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
54	SELAM	Jean-Louis	ENDOCRINOLOGIE MALADIES METABOLIQUES
48	SIMON	Alain	THERAPEUTIQUE
54	SLAMA	Gérard	ENDOCRINOLOGIE MALADIES METABOLIQUES
53	SOULIE	Jean	MEDECINE INTERNE
44	STERNBERG	Michaël	NUTRITION
50	TOUZARD	René-Claude	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
43	VADROT	Dominique	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
52	VALLANCIEN	Guy	UROLOGIE
54	VENDRELY	Eric	BIOLOGIE du DEVELOPPEMENT et REPRODUCTION
54	VOYER	Marcel	PEDIATRIE
47	WEISS	Laurence	IMMUNOLOGIE
47	ZITTOUN	Robert	HEMATOLOGIE et TRANSFUSION

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION _ _ _ _ _	10
2	UN RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE _ _ _ _ _	12
3	BUT DU TRAVAIL _ _ _ _ _	13
4	MATERIEL ET METHODES _ _ _ _ _	15
4.1	TYPE D'ETUDE _ _ _ _ _	15
4.2	CABINETS MEDICAUX CHOISIS _ _ _ _ _	18
4.2.1	LIEU	18
4.2.2	SEXE DU MEDECIN	19
4.2.3	TYPE DU FICHIER	19
4.3	CHOIX DES DOSSIERS _ _ _ _ _	19
4.4	ETABLISSEMENT D'UNE FICHE DE SAISIE _ _ _ _ _	21
4.5	RELEVÉ DES DONNÉES _ _ _ _ _	25
4.5.1	PROBLÈMES QUI SE SONT POSÉS	25
4.6	COMPARAISON ENTRE LES CLASSIFICATIONS: CISP, OMS _	26
4.7	CLASSIFICATIONS UTILISÉES DANS NOTRE ÉTUDE _ _ _	31
4.7.1	DETERMINATION D'UN MOTIF DIFFÉRENT	32
4.7.2	DEFINITION DES CLASSIFICATIONS UTILISÉES	33
4.7.2.1	Classification par symptôme dominant	33
4.7.2.2	Classification par symptôme universel	34
4.7.3	DEFINITION DES MOTIFS GIGOGNES	34
4.7.3.1	Renouvellement d'ordonnance	35
4.7.3.2	Prévention	35
4.8	PROBLÈMES SPÉCIFIQUES À L'ANALYSE PAR ORDINATEUR _	37
5.	RESULTATS _ _ _ _ _	39
5.1	DATE DE NAISSANCE _ _ _ _ _	39
5.2	DATE DE CONSULTATION _ _ _ _ _	40
5.3	SEXE DES PATIENTS _ _ _ _ _	42
5.3.1	PARITÉ HOMMES / FEMMES	42

5.3.2 LIEN ENTRE PARITE ET MEDECIN	43
5.4 CONSULTATIONS ET VISITES	45
5.4.1 CONSULTATION OU VISITE	45
5.4.2 DELAI INTERCONSULTATION	45
5.5 CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES	50
5.6 ADRESSE	53
5.7 URGENCE	54
5.8 ACCIDENT	55
5.9 ALD	56
5.10 ORDONNANCE	57
5.11 CERTIFICAT MEDICAL	58
5.12 ARRET DE TRAVAIL	59
5.13 EXAMENS COMPLEMENTAIRES	60
5.13.1 EXAMENS BIOLOGIQUES	60
5.13.2 EXAMENS RADIOLOGIQUES	61
5.13.3 AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	62
5.14 DEVENIR	64
5.15 PAIEMENT	66
5.16 SYMPTOMES, MOTIFS DE CONTACT ET DIAGNOSTICS	67
5.16.1 NOMBRE DE MOTIFS DE CONTACT PAR CONSULTATION	70
5.16.1.1 Au niveau patient	70
5.16.1.2 Au niveau médecin	70
5.16.2 TRENTE MOTIFS DE CONTACT LES PLUS FREQUENTS	73
5.16.2.1 Au niveau patient	73
5.16.2.1.1 Classification par symptôme dominant	73
5.16.2.1.2 Classification par symptôme universel	76
5.16.2.2 Au niveau médecin	79
5.16.2.2.1 Classification par symptôme dominant	79
5.16.2.2.2 Classification par symptôme universel	82
5.16.3 MOTIFS GIGOGNES	85
5.16.3.1 Renouvellement d'ordonnance	85
5.16.3.2 Prévention	87
5.17 CORRELATIONS	88
5.17.1 DELAIS INTERCONSULTATIONS / ALD	88
5.17.2 DELAIS INTERCONSULTATIONS / AMG	89

6 DISCUSSION ----- 90

7 CONCLUSION ----- 103

BIBLIOGRAPHIE ----- 105

ANNEXE: ----- 111

LISTE ALPHABETIQUE DES MOTIFS ET DIAGNOSTICS

1. INTRODUCTION

L'étudiant en médecine qui se destine à la médecine générale est tenu de présenter une thèse après de longues années d'études. Logiquement, cette thèse de médecine doit de préférence concerner la médecine générale. Or, toutes les études de médecine jusqu'à présent, cours théoriques, stages, ont lieu dans des structures hospitalières (CHU, CHI), alors que la pratique de la médecine générale se fait uniquement en ville.

Il n'y a pas dans les hôpitaux, ni dans les structures qui accueillent les étudiants en stage, de service de médecine générale. Pendant toutes ces études, les étudiants en médecine, dont une majorité vont pratiquer la médecine générale, n'ont qu'une vague et lointaine idée de la médecine pratiquée en ville, alors qu'il s'agit de leur futur métier. Le stage chez le praticien instauré récemment a heureusement amorcé ce début de prise de conscience.

L'étudiant en médecine, atterré, découvre qu'il ignore tout de la pratique de la médecine générale, et que les conditions de travail du praticien seul dans son cabinet ne sont pas tout à fait les mêmes que celles des CHU, où tout est à portée de main: laboratoires de biologie, radiologie, et les nombreux spécialistes. On ne peut travailler en médecine générale comme à l'hôpital, pas plus qu'il n'est possible d'envoyer tous les cas douteux à des confrères spécialistes, et la quantité de moyens financiers et autres dont dispose le généraliste pour l'exercice de ses activités est limitée.

L'étudiant, pour faire sa thèse, a le choix entre la faire dans des services hyperspécialisés avec des sujets très pointus qui s'éloignent de la médecine générale, et faire une thèse concernant la médecine générale, mais où?

L'envie et la curiosité de connaître réellement la pratique de la médecine générale a inspiré cette thèse.

Cette thèse a un intérêt, non seulement épidémiologique concernant la population d'une grande ville comme Paris, mais aussi un intérêt socio-économique par une meilleure compréhension de la consommation médicale chez les médecins généralistes, ainsi qu'un intérêt scientifique.

En effet, le fichier patients du médecin généraliste est une véritable base de données médicales, très riche en informations. Du fait de l'isolement relatif du médecin généraliste, ces informations sont très peu exploitées à des fins de recherche médicale.

L'idée d'explorer les fichier patients en utilisant la méthode très générale d'extraction des connaissances et des données (ECD) nous a donc conduit tout naturellement à nous affranchir du carcan de l'approche classique par questionnaires. Nous nous sommes alors rapidement trouvés devant un potentiel considérable d'informations, que nous nous sommes efforcés d'aborder dans cette thèse.

2. UN RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE

Dans cette thèse, nous allons faire souvent référence à Robert N. Braun; c'est pourquoi, nous avons jugé ce rappel bibliographique utile.

Braun, médecin généraliste Autrichien, a exercé de 1944 à 1980. En 1980, il a décidé de se consacrer entièrement à l'enseignement de la théorie professionnelle en médecine générale à l'Université de Vienne.

En plus des nombreux articles publiés, Braun décrit dans un livre (512 pages dans la traduction française de 1997), tous les aspects de la pratique d'un médecin généraliste pendant quarante ans d'exercice: le trouble de santé en tant que facteur médical, mais aussi socio-économique, les résultats de consultations, les urgences, la standardisation au moyen de tables à diagnostics, la pratique médicale, la collaboration avec les spécialistes et les hôpitaux, la thérapie, la prophylaxie et la mort.

Riche en anecdotes qui nous font revivre les consultations comme si on y était, et plus qu'un document scientifique, son livre est un vrai témoignage de la médecine générale d'après guerre.

Quel que soit le jugement que l'on puisse porter sur les travaux de Braun, le médecin généraliste qui lit son livre doit se sentir un peu moins seul dans son cabinet de ville.

Bien que n'ayant pas utilisé dans cette étude ses tables à diagnostics, qui sont surtout adaptées aux études prospectives, la lecture de son livre a été d'une grande aide, aussi bien d'un point de vue psychologique que scientifique.

Au fur et à mesure que l'on avançait dans l'étude, on s'est posé les mêmes questions, et on s'est heurté aux mêmes difficultés si bien décrites dans son livre. Cela nous a quelque peu rassuré et encouragé. Pour illustrer ce que l'on vient de dire, un exemple:

Pour classer les motifs de consultation par fréquence décroissante, la grande question était de savoir quel était le symptôme le plus important à comptabiliser chez un patient qui se plaint au cours d'une même consultation, de toux, de fièvre, et de céphalées.

Fallait-il compter tous les symptômes ou ne considérer que celui qui était signalé en premier ou qui dominait le tableau?

Nous n'avons pas pu nous résoudre à opter pour l'une ou l'autre solution, et nous avons estimé intéressant de comparer les deux modes de classification.

En relisant pour la seconde fois les 512 pages du livre de Braun, je me suis aperçue que l'auteur a été confronté au même problème, et j'ai mieux compris pourquoi dans un tableau, il parlait de "classification par dominance" et de "liste des plus petites unités des résultats d'examen".

Il se crée un rapprochement spatio-temporel entre l'auteur et son humble lecteur; c'est ce

que certains appellent peut-être "la communication".

J'ai découvert Braun en lisant un article paru en 1991, ayant pour titre: "Les possibilités d'un travail scientifique individuel en Médecine Générale" (voir ref. Braun 1991). L'article commençait par:

<<Quand je suis devenu médecin généraliste en 1944, j'ai remarqué d'abord que les cas graves et faciles à diagnostiquer n'étaient pas aussi fréquents que ma formation me l'avait laisser croire.

Au début de son installation dans les années 20, E.Liek a dû faire une expérience semblable puisqu'il se plaignait:

"Alors, rien ne se passait comme je l'avais prévu, ce que je voyais n'était pas des cas typiques comme à l'hôpital. Pas de tuberculose, pas de typhoïde, pas de valvulopathie, mais une petite vieille avec un mal de dos, une deuxième avec un mal de ventre et la troisième avec mal partout. Malgré tous mes efforts, je n'arrivais pas à poser un diagnostic pour ces plaintes vagues.">>

Le ton était donné. A eux deux, Liek et Braun ont résumé toute la tragédie du médecin généraliste!

3. BUT DU TRAVAIL

Qu'il soit informatisé ou non, chaque médecin qui pratique depuis quelques années possède dans son cabinet un trésor d'informations qui ne demandent qu'à être exploitées: c'est son fichier patients.

Le fichier patients comporte des informations précieuses sur les patients, certains très fidèles, d'autres qui le sont moins, mais souvent des patients qui consultent depuis de nombreuses années.

Le patient ne choisit pas toujours l'hôpital ou la clinique où il est admis en urgence, et à l'hôpital le patient ne peut jamais choisir son médecin. Le mode de fonctionnement de l'hôpital, très hiérarchisé, les responsabilités très dispersées, ne permettent pas à un patient d'avoir affaire à un médecin précis. C'est le grand inconvénient de la dilution de la responsabilité médicale.

En ville, le patient peut choisir. C'est un caractère particulier à la fonction médicale du généraliste. Pourquoi un patient choisit-il tel ou tel médecin? pourquoi revient-il chez le même médecin parfois pendant des années, alors qu'il n'y est pas obligé? Le libre choix du médecin par son patient reflète un comportement, des motivations, qu'il nous a paru intéressant d'étudier.

Cette précieuse relation médecin patient que les médecins généralistes préservent jalousement dans leur cabinet est très difficile à reproduire dans les hôpitaux.

Plus pragmatiquement, les fichiers témoins de consultations permettent de décrire les pratiques généralistes courantes, d'étudier les rapports qu'entretiennent entre eux les différents groupes de médecins et de patients et les conséquences qui en résultent.

Ces fichiers permettent d'entreprendre une étude statistique sur les consultations en médecine générale.

Il est en effet possible de faire une analyse multivariée des informations disponibles dans le fichier de consultations de médecine générale, d'établir des corrélations entre les différentes informations, discuter les résultats et les comparer avec les données de la littérature.

Avant de commencer notre étude, nous avons recherché dans MEDLINE des références sur des travaux concernant le sujet, effectués en France ou à l'étranger: nombreux articles portant sur des études faites en Grande Bretagne, en Allemagne, en Suède, en Nouvelle-Zélande, etc... Nous n'avons pas trouvé d'article récent portant sur une enquête menée en France. Les thèses portant sur le sujet sont rares: Vaucel 1991 et Elbaze Chaze 1992 (Ile de France), Boyer à Nantes en 1996, Drapier 1998 (banlieue parisienne), P.Barberis à Nantes en 1998, Flesch Georgel dans le Bas-Rhin en 1998.

Dans le passé, mis à part quelques courageux pionniers (Braun, Prosenç,...) on ne s'était guère occupé sur le plan scientifique de la démarche médicale au niveau de la première prise en charge.

Pourtant, qui, mieux que le médecin généraliste de quartier, peut mieux assurer cette première prise en charge des troubles de santé d'une population?

Le but de l'étude n'est pas de faire l'apologie de la consultation praticienne exemplaire, car, comme l'a si bien dit Braun: "Ce qui en fin de compte importe en médecine, c'est l'efficacité du médecin moyen dans son action pour le malade moyen".

La remarque que nous venons de faire ne contredit pas le fait que la recherche médicale ne doit plus être l'apanage des services ultraspécialisés des grands centres hospitalo-universitaires. Il est possible d'effectuer des recherches scientifiques en médecine générale; certains l'ont déjà fait et nous ont ouvert la voie.

Par une méthode autant originale que rigoureuse, nous avons essayé d'analyser systématiquement tout ce qui fait la richesse et la complexité de la médecine générale.

En effet, comme nous le verrons ultérieurement, cette étude statistique, en utilisant la sélection aléatoire des dossiers basée sur la loi uniforme, appliquée à une étude rétrospective, permet d'éviter les nombreux biais inhérents aux études prospectives par questionnaires.

Nous espérons que notre étude, tout en présentant les résultats spécifiques au sujet abordé, contribuera à montrer que la médecine générale ne doit plus être considérée comme une thérapeutique empirique échappant à toute recherche scientifique.

4. MATERIEL ET METHODES

4.1 TYPE D'ETUDE

Nul ne veut s'opposer au sacro-saint concept qui consiste à dire que pour faire une étude, il faut poser une question sur un problème donné, faire une étude prospective sur le sujet en question, et trouver une réponse à la question. Le but de l'étude est considéré comme atteint dès que l'on a une réponse à la question posée au début de l'étude.

La majorité des enquêteurs procèdent de cette manière et rares sont ceux qui osent déroger à cette loi.

Mais pourquoi procéder toujours de cette manière? N'y a-t-il pas une autre façon de voir les choses? Ce qui est gênant dans cette façon classique de raisonner, c'est que, avant même d'aborder un problème, on a déjà "une petite idée sur la question", un préjugé qui fait que tous les efforts de l'étude sont presque exclusivement dirigés dans le sens qui tend à prouver que l'on a à tout prix raison de faire telle ou telle hypothèse. Et si l'on se trompe? Si le vrai problème n'est pas d'avoir à tout prix une réponse à une question sur un problème donné, mais bien de mettre d'abord à jour ces problèmes. La vraie question ne se situe-t-elle pas bien en amont de la question posée par la méthode prospective classique?

Nous nous sommes trouvés confrontés à la situation de l'enfant qui, devant un grand coffre plein de jouets, a le choix entre deux attitudes:

- la première qui consiste à dire: "je veux cet ours en peluche marron et rien d'autre"
- la deuxième qui consiste à "fouiller" dans le grand coffre pour trouver le jouet le plus intéressant du coffre.

Les anglo-saxons ont appelé cette deuxième façon de voir les choses le "Data Mining"; la version plus élaborée est appelée KDD ("Knowledge Discovery in Databases"). L'équivalent en France est appelé ECD (Extraction des Connaissances et des Données)

En faisant la bibliographie, nous nous sommes aperçus du fait, que ce soit en France ou dans les pays étrangers, dans la grande majorité des cas, les études procédant par enquêtes médicales utilisent la méthode prospective. Plus rares sont les études rétrospectives.

Nous avons délibérément choisi de faire une étude rétrospective, car cette méthode offre un champ d'étude jusqu'alors délaissé.

Pourquoi une étude rétrospective? L'idée de cette étude n'est pas de faire la leçon aux étudiants et de montrer comment mener à bien une consultation idéale avec anamnèse, inspection, palpation, auscultation, diagnostic et traitement, comme cela a été enseigné à la faculté de médecine, mais plutôt de montrer comment se passe une consultation dans les conditions réelles de la pratique en cabinet de ville.

L'idée est donc non pas de demander à un médecin de nous montrer tout son savoir-faire lors d'une consultation précise, choisie à l'avance, mais bien de montrer en quoi consiste une consultation habituelle dans la pratique de tous les jours.

Une étude rétrospective permet d'éviter de déranger le médecin dans son travail ce qui évite le biais dû à l'influence de l'observateur, grand intrus dans la relation médecin-patient; ceux qui ont effectué le stage chez le praticien l'ont vécu et ils savent à quel point il est difficile de se faire "oublier" quand on joue le rôle de l'observateur. Certains patients d'ailleurs sont tellement incommodés qu'ils refusent la présence de cet intrus qu'est le stagiaire.

Les études prospectives de la littérature nationale et internationale utilisent généralement le même procédé pour constituer un fichier de patients, qui devrait en principe constituer un échantillon représentatif de la population d'une région donnée. Tout le principe est basé sur une enquête "prospectrice déclarative" faite à partir d'un questionnaire adressé à des médecins sélectionnés sur l'annuaire par un "choix périodique" en fonction de la liste alphabétique (par exemple, sélection du premier médecin de chaque groupe de trente noms consécutifs de médecins). Mais certains médecins ont plusieurs lignes téléphoniques et apparaissent plusieurs fois sur la liste. Ils ont de ce fait plus de chances d'être sélectionnés, et cela peut entraîner un biais dans le choix des médecins.

Le médecin sélectionné doit remplir un questionnaire, mais selon les études, le taux de réponses est variable. Dans certaines études prospectives récentes menées en France (dans la région de Franche-Comté) sur la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes, les auteurs déclarent que le taux de réponse à leur questionnaire était de 21% et que seulement 12% des dossiers ont pu être exploités (Gaume et al., mars 2000).

Le fait d'adopter une enquête prospective ne garantit pas une plus grande précision. Dans le cadre d'une thèse de médecine générale portant sur les consultations dans le Bas-Rhin (Flesch Georgel 1998), l'auteur rapporte que, bien que clairement demandé sur le questionnaire à remplir, le sexe des patients n'était pas précisé dans 11% des cas; à titre comparatif, dans notre présente étude rétrospective, le sexe des patients n'a pas pu être déterminé dans moins de 1% des cas... mais n'anticipons pas sur les résultats de notre enquête.

Une étude prospective se déroule sur une période variable allant de quelques jours à quelques mois. En revanche, contrairement à une étude prospective qui est limitée dans le temps, l'enquête rétrospective permet de faire l'étude s'étalant sur de nombreuses années et en toutes saisons. C'est ainsi qu'une étude médicale rétrospective permet d'éviter le biais introduit par les épidémies saisonnières (grippe, rhinites allergiques du printemps, départs en vacances, bronchiolites).

De plus, une étude prospective, forcément limitée dans le temps, ne peut porter que sur un nombre restreint de dossiers, alors qu'une étude rétrospective permet de consulter des dossiers sur de nombreuses années et en nombre beaucoup plus important. Dans le chapitre sur le choix

des dossiers, nous avons expliqué pourquoi la taille de l'échantillon est si importante dans une étude statistique.

Dans une journée, les patients sont sélectionnés, soit par le médecin sollicité pour remplir le questionnaire, soit selon les instructions figurant dans le questionnaire. Par exemple, certains préconisent de choisir les trois premiers patients de la journée; mais quelle que soit la méthode utilisée, cette sélection de patients n'est pas dûe au hasard, et cela introduit forcément un biais, car même sans vouloir anticiper sur les résultats de l'enquête, le médecin croyant bien faire ne choisit-il pas les patients qu'il suppose comme étant les plus représentatifs ou les plus intéressants pour l'enquête en cours?

Une étude rétrospective permet avec le recul du temps d'acquérir une certaine neutralité vis à vis des consultations, ce qui permet de mieux appréhender la nature de la médecine générale et de ses résultats de consultation.

Mais, bien qu'ayant ses avantages, le choix d'une étude rétrospective ne va pas sans entraîner l'émergence de problèmes qu'il a bien fallu résoudre pour mener à bien cette étude.

4.2 CABINETS MEDICAUX CHOISIS

4.2.1 LIEU

A notre connaissance, une seule étude, faite en 1988 par les médecins de l'Association pour une Bonne Coordination Diagnostique (A.B.C.D.) de l'Hôtel-Dieu de Paris, a enquêté sur la population de Paris et sa proche banlieue sud (Vaucel 1991 et Elbaz Chaze 1992).

Rares sont donc les thèses portant sur les consultations de médecine générale à Paris; il n'y a pas de doute, il faut remédier à cet état de fait.

De par son statut privilégié de capitale de la France, Paris regorge d'hôpitaux, et pas moins de 11 facultés de Médecine sont présentes en Ile de France.

Dans un environnement médical aussi prestigieux, y a-t-il une petite place réservée à la médecine générale?

Quel est le rôle du médecin généraliste à Paris? En quoi consiste son travail de tous les jours? Qui sont ces patients qui, renonçant à tous ces grands centres hospitalo-universitaires et à tous les spécialistes, préfèrent consulter un médecin généraliste?

N'existe-t-il pas une médecine générale spécifique à Paris?

Oui, la médecine générale à Paris existe, car pour le savoir, nous ne nous sommes pas contentés d'envoyer un questionnaire à remplir par ces médecins; nous sommes allés sur le terrain et nous les avons rencontrés.

Les cabinets médicaux ont délibérément été choisis dans Paris, la pratique de la médecine dans les banlieues étant un peu différente de celle pratiquée dans Paris intra-muros (la proximité des hôpitaux n'est pas la même et le secteur par médecin couvre une surface beaucoup plus grande en banlieue).

L'idée était de choisir dans la mesure du possible des cabinets situés dans différents arrondissements de Paris.

Pour une raison pratique et par la force des choses, l'étude a été menée chez les quatre premiers médecins qui ont accepté de collaborer, que l'on désignera par les lettres M1 à M4. Ces 4 médecins exercent dans 3 arrondissements différents de Paris, que l'on n'identifiera pas mais que l'on désignera par A1, A2, A3. Les médecins choisis sont expérimentés, car si l'on en croit Braun: "Ce n'est qu'après dix ans d'exercice professionnel que le praticien se sent réellement rompu au métier".

4.2.2 SEXE DU MEDECIN

Le hasard a voulu que parmi ces médecins, il y ait 2 hommes et 2 femmes, ce qui permet de rechercher des corrélations éventuelles en fonction du sexe du médecin.

4.2.3 TYPE DU FICHER

Au départ, il avait été décidé de faire l'étude sur des fichiers informatisés, mais tous les médecins n'ont pas franchi le pas. Il fallait trouver des médecins qui exercent à Paris depuis un certain nombre d'années (plus de dix), qui ont un fichier informatisé et qui acceptent de le mettre à disposition de cette étude. Sur une dizaine de médecins sollicités, seuls trois remplissaient ces conditions.

L'étude a été menée chez 4 médecins dont 3 avaient un fichier informatisé, depuis 1989 pour le premier et 1994 pour les 2 autres. L'étude chez le quatrième médecin a été faite à partir d'un fichier papier, dont quelques dossiers parmi les plus anciens dataient de 1972.

4.3 CHOIX DES DOSSIERS

Pour qu'une étude soit statistiquement significative, il faut qu'elle porte sur un nombre de dossiers conséquent.

L'idée est d'avoir un nombre de dossiers suffisamment grand pour que l'étude soit statistiquement valable; exemple, la loi des grands nombres ou le théorème de la limite centrale nécessitent un nombre d'observations suffisamment grand pour s'appliquer (voir Saporta 1990).

De même, le test du χ^2 est d'autant plus efficace que la taille de l'échantillon est grande (Saporta 1990).

En revanche, la saisie des données étant faite manuellement par une seule personne (pas de transmission électronique des dossiers, du fait de la confidentialité des dossiers médicaux), il a fallu se limiter à un temps de saisie raisonnable (de mai à décembre 1999). Le traitement des données a nécessité 4 mois de travail supplémentaire à temps plein; soit au total, 1 an de travail à temps plein a été nécessaire pour mener à bien cette étude.

C'est ainsi, compte tenu de toutes ces contraintes, qu'il a été décidé de faire l'étude sur 300 dossiers chez chacun des 4 médecins, soit 1200 dossiers à étudier.

Pour chaque médecin, il a fallu obtenir un échantillon aléatoire de 300 dossiers parmi N dossiers, N étant le nombre total de dossiers disponibles au moment de l'étude, ce nombre N

variant selon les médecins de 2200 à 4632.

Deux conditions doivent être respectées:

- 1) Chacun des 300 dossiers doit avoir la même probabilité d'être choisi
- 2) Les dossiers doivent être choisis indépendamment les uns des autres

Le non respect de la première condition signifierait que certains dossiers ont plus (ou moins) de chance d'être choisis, ce qui introduirait un biais dans l'étude. Exemple, il serait anormal qu'un dossier ait deux fois plus de chance d'être choisi qu'un autre.

Le non respect de la deuxième condition signifierait qu'il y a, soit une corrélation positive, soit une anticorrélation. Exemple de corrélation positive: le choix du dossier X entraîne automatiquement le choix du dossier Y. Exemple d'anticorrélation: le choix du dossier X interdit le choix du dossier Y (exemple: le choix d'un patient ne doit pas empêcher le choix d'un autre membre de sa famille, ou d'un autre habitant de son immeuble).

On utilise une procédure qui permet de choisir K dossiers parmi N , au hasard et sans remise (un dossier ne peut être choisi qu'une fois). On va appeler 300 fois cette procédure:

Pour J variant de 0 à 299, on tire sans remise un dossier aléatoire parmi $N-J$.

Tous les ordres d'apparition sont équiprobables: les $K=300$ dossiers ont la même probabilité d'être sélectionnés. Au total, on a effectué un tirage d'une combinaison aléatoire parmi les $N!/(K!(N-K)!)$ combinaisons possibles.

Comment effectuer le tirage d'un seul dossier aléatoire parmi N ?

Tout ordinateur possède un générateur aléatoire retournant un nombre réel compris entre 0 et 1, suivant la loi uniforme sur $[0;1]$. Soit x le nombre réel aléatoire entre 0 et 1; si x est compris entre $(J-1)/N$ et J/N , alors le dossier J est choisi, J pouvant prendre n'importe quelle valeur entière de 1 à N .

L'ordinateur simule la génération des réels aléatoires entre 0 et 1 en utilisant une séquence pseudo-aléatoire basée sur la méthode congruentielle multiplicative de Lehmer (Lehmer 1951). Les paramètres de la méthode congruentielle utilisés dans notre étude sont ceux du logiciel de calcul numérique NAG (Ripley 1987, NAG 1999).

4.4 ETABLISSEMENT D'UNE FICHE DE SAISIE

L'établissement d'une fiche de saisie doit répondre à certains critères.

La fiche de saisie doit permettre de relever les informations les plus pertinentes qui doivent en plus être disponibles dans les dossiers consultés.

La fiche de saisie, conçue spécialement pour cette étude (voir fiche de saisie page 24), comporte des renseignements d'état civil préservant l'anonymat des patients.

La fiche de saisie comporte des renseignements comme la profession, le mode de paiement (l'existence de l'aide médicale gratuite ou non).

En effet, si les maladies humaines dépendent du climat (ex. maladies tropicales), elles dépendent aussi du niveau de vie. C'est pour cela qu'il ne faut pas méconnaître le rôle important du domaine extramédical dans les troubles de santé.

Pour chaque patient, 3 consultations au plus ont été sélectionnées: la première, la deuxième et la dernière. Ceci permet de connaître les motifs de ces 3 consultations, de calculer le délai entre la première et la deuxième consultation, ainsi que le délai moyen interconsultation.

Plus que pour toute autre discipline, le médecin généraliste est le médecin de "première" consultation; le patient vit avec d'innombrables troubles de santé qui ne le font pas songer à venir trouver un médecin. D'après les études de Braun, la moitié des consultations sont des "mobilisations" après traitement du malade par lui-même; alors pourquoi consulte-t-il cette fois-ci? Le patient a un motif tout particulier pour solliciter la consultation d'un médecin.

Dans la médecine hospitalière, le malade n'est pas en milieu hospitalier parce qu'il y aspire mais parce qu'un médecin (qu'il soit médecin de ville ou médecin des urgences d'un hôpital) l'y a fait admettre dans un objectif précis.

Pour chaque consultation, il fallait préciser s'il s'agit d'une consultation (C) ou d'une visite à domicile (V).

Plusieurs renseignements sont recherchés.

S'agit-il d'une urgence ou non?

Selon le dictionnaire Larousse, l'urgence se définit comme une situation particulière impliquant une procédure accélérée; est urgent ce qui ne peut être différé. On appelle urgence l'état d'un malade qui nécessite un traitement immédiat.

Les appels d'urgence se font dans la majorité des cas par téléphone, et il n'est pas toujours aisé d'en retrouver la trace écrite sur les fiches de consultations. Mais les urgences en cabinet médical existent même si elles ne sont pas toujours rapportées comme telles.

L'étude faite par le SAMU en 1997 sur les urgences cardiologiques à Paris (Lincker 1997), a bien montré que, pour l'infarctus du myocarde en phase aigue, le médecin généraliste est le

premier intervenant médical sur place dans 11% des cas, ce chiffre pouvant atteindre 20% si l'on considère les patients âgés de plus de 75 ans. A titre comparatif, le cardiologue, de qui c'est pourtant la spécialité, n'est le premier intervenant médical sur place que dans 20% des cas.

Seules les vraies urgences médicales (ex. infarctus du myocarde, pneumothorax...) ou reconnues comme telles par le médecin ont été cochées "oui".

Il faut bien différencier l'urgence selon le patient de la signification médicale du trouble. Un appel d'urgence dramatique ne correspond pas toujours à une urgence (pas d'urgence, hypochondrie), alors qu'une question posée au hasard à l'occasion d'une consultation peut au contraire être en rapport avec une affection grave.

Selon Braun, bien que représentant à peine 2% de toutes les demandes de consultation, ce chiffre représente une charge considérable pour le praticien.

S'agit-il d'un accident ou non?

Les patients souffrent-ils d'une maladie chronique, consultent ils plus que les patients porteurs de maladies bénignes? Si, d'après les études de Braun, la moitié des consultations sont des "mobilisations" après traitement du malade par lui-même, les mobilisations varient obligatoirement avec le système médico social ainsi qu'avec le standard de vie et la culture de la population. Le rôle important du domaine extramédical dans les troubles de santé nous a amené à signaler sur la fiche de saisie l'existence de l'ALD, le mode de paiement (dont l'AMG).

Toute demande d'ordre médical a une signification qui appelle un décodage et une réponse adaptée au delà des champs explorés par les techniques anatomocliniques et biologiques en usage à l'hôpital. Quand le patient vient chez le médecin, il importe habituellement aujourd'hui non pas de constater exactement une maladie, mais d'agir rationnellement par rapport au motif de consultation du patient.

Le malade réclame-t-il une ordonnance?

Que veut le malade? Que fait le médecin?

Ce dernier demande-t-il des examens complémentaires pour établir ou pour confirmer son diagnostic?

Poser un diagnostic revient à individualiser les 8000 à 30000 maladies repertoriées. En citant Braun, le médecin doit déceler "une évolution critique évitable", faire une délimitation entre les cas grave et les cas bénins, mais il paraît totalement exclu de considérer tout motif de consultation avec une rigueur scientifique, comme il est tout aussi impossible de pratiquer une prophylaxie globale pour chaque malade venant consulter. On ne saurait, comme but général de la médecine, reconnaître ou déceler exactement tous les troubles de santé ou anomalies. Les médecins ont pour tâche d'agir selon la raison dans le cadre de leur possibilités.

Tout en tenant compte des contraintes de ces réalités, il nous a semblé intéressant de recenser sur la fiche de saisie le nombre de patients adressés à des spécialistes, ou à l'hôpital, ou transférés dans des structures autres (cliniques).

Les motifs de consultations et les diagnostics établis ont aussi été relevés.

FICHE DE SAISIE

Date de naissance: ___ ___ ___ ; Sexe: M , F ; Consultations: ___ ; Visites: ___
 Profession(s): _ _ _ _ _
 Adresse:
 Ville (avec arrondissement): _ _ _ _ _
 Département (pays si étranger): _ _ _ _ _
 Cas particulier: SDF, Nomade, Tourisme, Affaires, Hébergé, etc.: _ _ _ _ _

Première consultation ou visite: C , V ; date: ___ ___ ___
 Urgence: oui , non , non connu
 Accident: oui , non , non connu
 ALD: oui , non , non connu
 Ordonnance: oui , non , non connu
 Certificat médical: oui , non , non connu
 Arrêt de travail: oui , non , non connu
 Examens complémentaires: oui , non , non connu
 préciser: biologie, RX, X: autre etc.: _ _ _ _ _
 Devenir: ...
 code: D: retour domicile, S: avis spécialisé, H: hospitalisation,
 T: trans. autre structure, C: cons. hospital., X: autre: _ _ _ _ _
 Paiement: chèque , espèce , AMG , reporté , AG , AT , autre
 Motif(s): _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _

Deuxième consultation ou visite: C , V ; date: ___ ___ ___
 Urgence: oui , non , non connu
 Accident: oui , non , non connu
 ALD: oui , non , non connu
 Ordonnance: oui , non , non connu
 Certificat médical: oui , non , non connu
 Arrêt de travail: oui , non , non connu
 Examens complémentaires: oui , non , non connu
 préciser: biologie, RX, X: autre etc.: _ _ _ _ _
 Devenir: ...
 code: D: retour domicile, S: avis spécialisé, H: hospitalisation,
 T: trans. autre structure, C: cons. hospital., X: autre: _ _ _ _ _
 Paiement: chèque , espèce , AMG , reporté , AG , AT , autre
 Motif(s): _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _

Dernière consultation ou visite: C , V ; date: ___ ___ ___
 Urgence: oui , non , non connu
 Accident: oui , non , non connu
 ALD: oui , non , non connu
 Ordonnance: oui , non , non connu
 Certificat médical: oui , non , non connu
 Arrêt de travail: oui , non , non connu
 Examens complémentaires: oui , non , non connu
 préciser: biologie, RX, X: autre etc.: _ _ _ _ _
 Devenir: ...
 code: D: retour domicile, S: avis spécialisé, H: hospitalisation,
 T: trans. autre structure, C: cons. hospital., X: autre: _ _ _ _ _
 Paiement: chèque , espèce , AMG , reporté , AG , AT , autre
 Motif(s): _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _
 _ _ _ _ _

4.5. RELEVÉ DES DONNÉES

4.5.1 PROBLÈMES QUI SE SONT POSÉS

La confidentialité a été le principal argument avancé par certains médecins pour refuser de donner accès à leur fichier pour cette étude. Bien que la fiche de saisie soit anonyme, cela n'a pas suffi à vaincre les réticences de certains.

D'autres refus ont été motivés par le caractère informatique du fichier. En effet, le fichier informatique utilisé sur microordinateur n'est accessible qu'à une seule personne à la fois. Pour les médecins travaillant à temps plein dans leur cabinet, il a été impossible de dégager une plage horaire pour cette étude, qui a nécessité en moyenne pour chaque médecin cinq heures de travail quotidien pendant quatre semaines (en effet, pour relever les renseignements du fichier et les porter sur la fiche de saisie, il a fallu 10 à 20 minutes, selon l'importance du dossier et il y avait 1200 dossiers à étudier!). Ces difficultés ont été contournées en travaillant chez des médecins qui pouvaient libérer leur cabinet pendant plusieurs heures par semaine, ou bien chez ceux qui possédaient un deuxième ordinateur, ce qui était le cas pour deux médecins sur quatre. Le quatrième médecin n'a pas fait de fichier informatique. Il fallait utiliser des dossiers sur papier en utilisant le bureau de la secrétaire aux heures où elle était absente.

L'autre difficulté a été d'établir une liste numérotée de patients.

La méthode d'échantillonnage au hasard nécessitait de connaître le nombre N total de patients parmi lesquels se fait le tirage aléatoire. Le nombre de patients par médecin variant de 2200 à plus de 4632, cela a demandé un certain temps pour établir cette liste numérotée.

Par exemple, chez le médecin qui avait un fichier papier, il a fallu sortir tous les dossiers un par un, par ordre alphabétique, et reporter le nom et le prénom de chaque patient sur une fiche numérotée. On peut comprendre que le temps consacré à l'établissement de cette liste n'a pas été négligeable.

Une fois le nombre total des patients du cabinet déterminé, il fallait établir la liste des 300 noms de patients correspondant au tirage aléatoire.

Inutile de préciser qu'il a fallu 30 heures et donc une bonne semaine de travail uniquement pour avoir la liste des 300 patients sélectionnés pour l'étude. Au total il a fallu consacrer un mois de travail uniquement pour établir ces 4 listes numérotées de 300 patients chacune.

Dans certains cas, cela a été impossible; exemple, dans un cabinet de groupe comprenant cinq médecins, la liste des patients, classée par ordre alphabétique, n'a pas pu être numérotée en raison de l'arrivée régulière de nouveaux patients faussant la numérotation de la liste; or, l'établissement de la liste numérotée nécessitait plusieurs heures, même lorsque cette liste n'évolue pas. Le blocage de l'ordinateur aurait empêché les médecins de travailler pendant

tout le temps nécessaire, ce qui bien sûr était hors de question.

Une information de la fiche très difficile à obtenir a été l'arrêt de travail. Chez tous les médecins, l'arrêt de travail est rarement mentionné, ce qui fait que les résultats sont en dessous de la réalité.

Pour des raisons techniques, le mode de paiement n'a été relevé que chez deux médecins sur quatre.

Du fait de la difficulté d'utiliser l'ordinateur lors des visites à domicile, chez deux médecins sur quatre, les visites ne sont pas mentionnées comme telles et peuvent être comptabilisées comme des consultations au cabinet.

L'étude étant rétrospective, il n'est pas possible de compléter les données dans les dossiers incomplets. On peut le regretter tout en sachant que si tous les dossiers étaient parfaitement tenus et complets, cela ne refléterait pas la réalité, d'autant plus que le temps consacré à une consultation n'est pas toujours proportionnel aux écrits qui restent.

Une fois que les données concernant les 1200 dossiers ont été relevées sur les fiches, il a fallu les introduire une par une sur ordinateur.

Notons que la fiche de saisie comporte deux types d'informations:

- une information d'ordre administratif: âge, sexe, profession, adresse (arrondissement, département, pays), qui est reportée telle quelle sur ordinateur.
- une information d'ordre médical avec notamment le relevé des motifs qui seront codés ultérieurement pour pouvoir être analysés par ordinateur.

4.6 COMPARAISON ENTRE LES CLASSIFICATIONS: CISP, OMS

L'ordinateur ne pouvant analyser à l'état brut toutes les professions et les motifs de consultation, afin de pouvoir exploiter ces données il a fallu les coder.

Le codage sert à l'établissement de statistiques par groupement de cas. Il se trouve presque autant de groupements que de publications, chacun groupant les cas à sa convenance.

Nous avons renoncé à utiliser la classification internationale de soins primaires (**CISP**), car celle-ci **s'applique à une étude prospective exclusivement** (CISP 1992). En effet, la CISP, utilisée dans le mode motif de contact, est plus orientée vers le patient que vers la maladie et le professionnel de santé. Le dispensateur de soins devrait d'abord identifier, clarifier la raison profonde de contact et la façon dont le patient la présente, avant tout jugement sur son bien-fondé ou son adéquation. La clarification du motif de contact du patient en fonction de la structure de la CISP est nécessaire pour choisir la rubrique la plus appropriée à celle-ci. Deux principes guident cette utilisation:

- 1) Le ou les motifs de contact doivent être **compris et acceptés par le patient** et le

dispensateur de soins, et reconnu **par le patient** comme une description acceptable.

2) Le choix des rubriques de la CISP doit se faire de manière à cerner au mieux la façon originale dont les patients expriment leurs raisons de consulter, et doit impliquer une transformation minimale par le dispensateur de soins.

Définition des motifs de contact selon la CISP:

"L'expression de la raison ou des raisons pour lesquelles une personne contacte le système de soins de santé avec une demande de soins. Le ou les termes notés (et classifiés) par le dispensateur représentent la clarification de ou des raisons de telle manière qu'elles soient reconnues par le patient comme une description acceptable de sa demande de soins".

Dans une étude rétrospective, il n'est pas possible après plusieurs années de savoir si le patient avait approuvé le motif de contact décrit par le médecin.

L'autre difficulté de la CISP, c'est que la même maladie est classée à différents endroits selon l'étiologie, la région atteinte, etc...

La CISP est employée pour capter et analyser l'information clinique sur la base du déroulement temporel des épisodes de maladie (CISP 1992): "Un épisode de maladie est défini comme un problème ou une maladie affectant un patient pendant une période continue depuis son éclo- sion jusqu'à sa résolution". Mais y a-t-il toujours résolution? Cette affirmation est à opposer aux pensées de Braun, qui a classé les diagnostics en 4 classes:

- 1) diagnostics médicaux complets
- 2) tableaux de maladie (ex. varicelle sans confirmation virologique)
- 3) classe de groupes de symptômes ou syndromes (ex. fièvre avec toux)
- 4) classe des signes cardinaux (ex. état fébrile sans autre constatation)

Selon Braun, 3 classes laissent la situation "ouverte" en "attente", ce qui est la condition nécessaire pour percevoir d'éventuelles situations non prévisibles.

S'appuyant sur la définition "d'épisodes de maladie", la CISP a classifié les éléments d'un contact, sachant qu'un épisode de maladie pourra comprendre plusieurs contacts (voir figures 1 et 2).

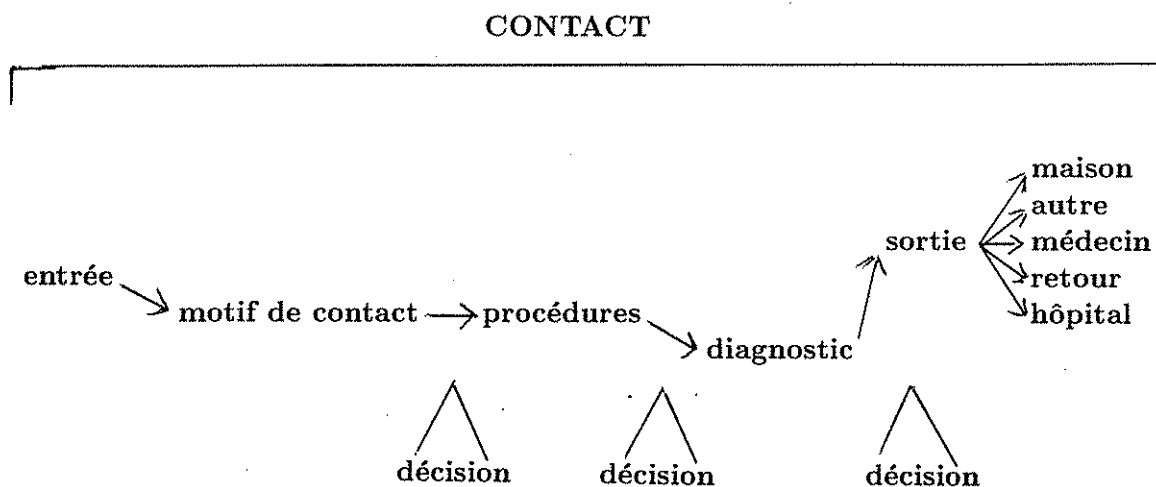


Figure 1.

Composants d'un contact de soins primaires (d'après CISP 1992)

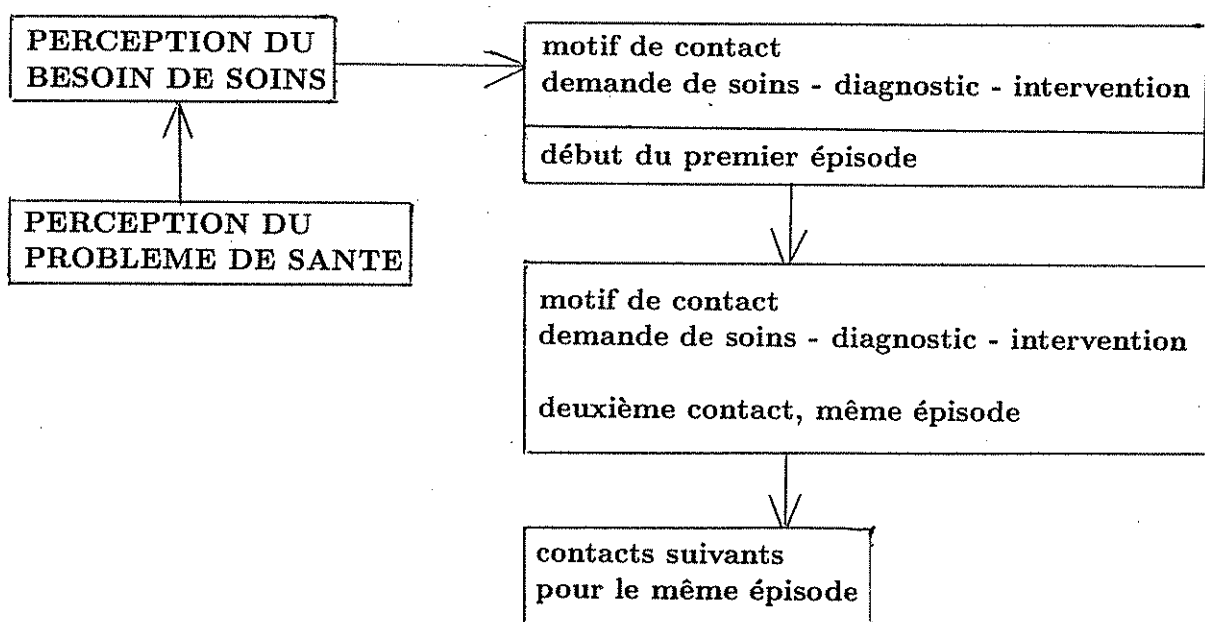


Figure 2.

Episode de maladie (d'après CISP 1992)

Si l'on considère ces schémas, on pourrait croire que le passage par l'étape du diagnostic est obligatoire avant toute intervention; et l'on ne peut s'empêcher de citer la célèbre phrase de Naegeli: "Avant la thérapie, les dieux ont mis le diagnostic"; et c'est là où les avis des auteurs divergent; nous l'avons vu avec la définition du diagnostic de Braun, mais aussi à cela on peut rajouter la définition de Richard Koch (Braun 1997), qui a défini plusieurs diagnostics:

- Diagnostic étiologique
- Diagnostic morphologique
- Diagnostic fonctionnel
- Diagnostic psychologique
- Diagnostic typologique

Poser un diagnostic, cela revient à individualiser les 8000 à 30000 maladies répertoriées. Encore faut-il pouvoir faire la distinction entre les diagnostics exacts et les résultats de consultation non clairement définis. Si la définition du diagnostic est "l'action de constater les maladies", les diagnostics complets nécessitent des moyens coûteux en temps et en matériel, et dont l'intérêt ne se justifie pas toujours; les médecins n'attendent pas d'avoir la preuve virologique pour faire le diagnostic d'une varicelle ou d'un zona ophtalmique; il s'agit d'un diagnostic probable, mais les diagnostics peuvent être provisoires, vraisemblables.

Braun va plus loin en définissant le concept de diagnostic en 1961:

"Le diagnostic est l'obligation scientifique de classer un résultat de consultation dans la catégorie d'un concept nosologique. C'est un compromis consistant à étiqueter les résultats de consultations qui ne sont pas des constatations précises de maladies tout en conservant une manière de penser inculquée par l'éducation (avant tout traitement, établir d'abord un diagnostic exact). La classification d'un tableau de maladies ne paraît pas raisonnablement possible sauf dans le cas d'une épidémie."

Or, constate le généraliste après application des techniques, le trouble fonctionnel en question pourrait être causé par une multitude de maladies plus ou moins vraisemblables.

L'ordinateur ne réagit pas de façon différente, il ne peut fournir qu'une liste de possibilités, éventuellement de probabilités. Or, le concept de diagnostic est réservé à la relation établie sans équivoque entre un cas donné et un concept nosologique.

Toujours est il que dans notre étude, nous avons considéré comme motif de contact la demande du patient, qu'elle soit sous forme de plainte (exemple: "je tousse"), ou de diagnostic (exemple: "j'ai la grippe"), ou de demande de soins (exemple: renouvellement d'ordonnance pour maladie chronique (diabète, HTA,...)).

Dans un deuxième volet, nous avons considéré les symptômes relevés par le médecin mais non signalés par le patient (exemple: adénopathies passées inaperçues), et le diagnostic quand il a été établi.

Les résultats comportent donc deux tableaux: le premier comportant les symptômes ou

diagnostics selon le **patient**, le second les symptômes ou diagnostics selon le **médecin**. Il nous a paru intéressant de pouvoir les comparer.

Par ailleurs, nous avons essayé de connaître le nombre de motifs de consultation, par consultation ou visite; mais seuls ont été considérés comme motifs différents des demandes qui n'avaient aucun lien entre elles; exemple, nous avons considéré comme étant deux motifs différents:

- La demande de vaccination antitétanique
- La demande d'ordonnance pour pilule contraceptive

En revanche, les infections des voies respiratoires supérieures ont été souvent regroupées en un seul motif; nous avons considéré comme un seul motif l'exemple du patient qui présente une toux, une rhinorrhée et des céphalées, dans le cadre d'un syndrome grippal, même si à cela s'ajoute la notion d'une sinusite chronique.

De même les plaintes somatiques diverses et variées non objectivées chez le patient traité par antidépresseur, ont été codées comme un seul motif: syndrome dépressif.

Pour pouvoir être analysées par l'ordinateur, les motifs de contact ont été identifiés par un code à deux lettres: exemple DO=douleur, TO=toux, FI=fièvre, etc...

Notre étude nous a amené à coder 255 motifs différents (voir liste, annexe). qui ont ensuite été analysés et corrélés à d'autres indicateurs.

Nous rappelons que selon les auteurs, on décrit dans la médecine humaine entre 8000 et 30000 maladies. Selon Braun, dans une consultation moyenne de 3000 résultats de consultations par an, il ne se présente avec une fréquence régulière qu'environ 300 classifications ou groupes de classifications et diagnostics. Après codage, nos chiffres sont plus proches de ceux de Braun que des 30000 maladies humaines décrites.

Toute la difficulté du codage est qu'une même maladie peut être classée de différentes manières selon que l'on considère la cause (infectieuse, traumatique,...), la région atteinte (classement par spécialité: ORL, pneumologie, cardiologie), et même selon la catégorie d'âge (pédiatrie, gériatrie). Les maladies infantiles ne se rapportent pas à une région ou une étiologie, mais à un âge; une mycose vaginale peut être aussi bien classée en maladie infectieuses, qu'en dermatologie ou en gynécologie.

Nous n'avons pas utilisé la classification appareil par appareil de l'OMS. La classification appareil par appareil est didactique, mais ne reflète pas toujours la réalité. Comment, en une seule consultation, affirmer pouvoir attribuer sans jamais se tromper, un symptôme à tel ou tel appareil quand on sait par exemple que le seul symptôme comme la dyspnée peut être dû à une pathologie respiratoire, cardiaque, ORL, ou même une anémie?

Dans la classification de l'OMS, la fièvre est classée dans les maladies infectieuses et parasitaires. Or, aucun médecin n'ignore qu'une fièvre peut être due à la prise de certains médicaments (fièvre aux antibiotiques, hyperthermie maligne aux neuroleptiques,...), ou à une

étiologie cancéreuse (cancer rénal,...)

Finalement, nous avons établi un code à 2 lettres basé sur le bon sens ...des patients. La définition des motifs de l'annexe ne respecte peut être pas toujours la rigueur du langage médical, mais reflète mieux la réalité. Quand un patient dit qu'il a "mal à la gorge", il nous a paru abusif d'interpréter ce motif par "j'ai mal au pharynx" ou "j'ai mal au larynx". C'est pourquoi le terme "mal de gorge" a été retenu comme motif. Dans la mesure du possible, et uniquement quand on était sûr de ne pas trahir la pensée du patient, nous avons essayé de traduire dans un langage médical. Par exemple: le patient qui vient en signalant "j'ai saigné du nez", nous l'avons traduit par épistaxis.

C'est ainsi qu'on a pu établir 255 codes différents pour classer les différents motifs rencontrés dans cette enquête (voir annexe).

4.7 CLASSIFICATIONS UTILISEES DANS NOTRE ETUDE

Le codage répertorié dans l'annexe a été conçu pour la première fois spécialement pour cette enquête rétrospective.

L'étape du codage ne doit pas être considérée négligemment, comme une simple formalité, ou comme un mal nécessaire pour permettre le traitement des données par l'ordinateur.

En effet, toute la pertinence des résultats est étroitement liée au soin et à la précision avec lesquels ces 255 motifs ont été établis.

Même les ordinateurs les plus puissants ne peuvent se substituer au raisonnement humain en général, et médical en particulier. Les motifs de consultation relevés à la main sur une fiche de saisie sont sous forme de phrases. Aucun ordinateur (jusqu'à présent) n'est capable de saisir toute la subtilité, le sens profond d'une phrase complexe.

Plus que la phase de relevé des données sur fiche de saisie, l'étape de codage des motifs de consultation est celle qui fait le plus appel aux connaissances médicales et aux capacités de discernement. Nous avons essayé de faire de notre mieux..., mais les améliorations ne sont pas interdites!

C'est ainsi qu'au fur et à mesure qu'on analysait les motifs, certaines précisions devenaient nécessaires à la compréhension du mode de codage, et ce dernier est devenu de plus en plus complexe.

Il a fallu plusieurs lectures des 2140 consultations pour établir le codage définitif.

Chaque consultation a été analysée à plusieurs niveaux:

- 1) au niveau patient et médecin
- 2) distinction entre classification par symptôme dominant et par symptôme universel
- 3) les motifs sont enregistrés sous formes de plaintes, diagnostics, et demandes de soins.

4) définition des motifs gigognes avec notion de sous-motifs pour l'analyse détaillée de certains motifs complexes, comme le renouvellement d'ordonnance (RO), la prévention (PR), etc...

L'analyse sémantique des motifs a non seulement nécessité l'établissement du code à 2 lettres, mais aussi la création d'une syntaxe complexe comportant des virgules, des tirets, des parenthèses, des séparateurs. Un programme d'analyse syntaxique a pu contrôler que la syntaxe a été correcte.

Les 255 codes des motifs ou diagnostics sont donnés dans l'annexe, avec leurs occurrences dans le fichier.

4.7.1 DETERMINATION D'UN MOTIF DIFFERENT

Avant d'aller plus loin, et pour la bonne compréhension des résultats, il nous a paru nécessaire d'explicitier la façon dont les symptômes, motifs et diagnostics ont été codés et comptabilisés, en ce qui concerne les patients et les médecins. Nous avons séparé les plaintes, symptômes, motifs ou même diagnostics exprimés par le patient, des résultats de consultation et/ou diagnostics établis par le médecin lui-même.

Prenons l'exemple de la patiente qui, dans un contexte d'épidémie de grippe, vient pour fièvre à 39°C, rhinorrhée, courbatures, mais profitant de l'occasion, signale qu'elle a de nouveau une mycose au pied, et qu'elle veut renouveler l'ordonnance pour la pilule contraceptive.

Le médecin, après interrogatoire et examen, diagnostique une grippe, confirme qu'il s'agit bien d'une mycose interdigitale, et renouvelle l'ordonnance pour pilule contraceptive. Nous avons codé ainsi:

FI,RI,CO - MY - RO(BP) / GI - MY - RO(BP)

Selon le patient: FI,RI,CO - MY - RO(BP)

FI: fièvre

RI: rhinorrhée

CO: courbatures

MY: mycose

RO(BP): renouvellement d'ordonnance pour la pilule

Selon le médecin: GI - MY - RO(BP)

GI: grippe

MY: mycose

RO(BP): renouvellement d'ordonnance pour la pilule

Pour compter le **nombre de motifs différents selon le patient**, nous avons considéré que les symptômes fièvre, rhinorrhée et courbatures se rapportant à une seule cause (la grippe),

ces 3 symptômes comptent pour 1 motif de contact; la mycose et le renouvellement d'ordonnance n'ayant rien à voir avec la grippe, ont été comptés chacun comme un motif différent. Donc, selon le patient, on comptera 3 motifs différents; le premier motif étant un groupe de symptômes: fièvre, rhinorrhée, courbatures; le deuxième motif: mycose; le troisième motif: renouvellement d'ordonnance pilule.

Pour le médecin, nous avons aussi comptabilisé 3 motifs différents, c'est à dire: grippe, mycose, renouvellement d'ordonnance.

L'ordinateur reconnaît comme motifs différents les codes à deux lettres séparés par des traits d'union, les virgules séparant les symptômes d'un même motif ou maladie, et la barre "/" permet de délimiter ce qui se rapporte au patient et au médecin.

codage: patient/médecin : FI,RI,CO - MY - RO(BP) / GI - MY - RO(BP)
 motif/diagnostic : 1^{er} - 2^e - 3^e / 1^{er} - 2^e - 3^e

Ce codage a permis de calculer le nombre de motifs différents par consultation, selon le patient, et selon le médecin (voir tableaux 27 et 28, sections 5.16.1.1 et 5.16.1.2).

4.7.2 DEFINITION DES CLASSIFICATIONS UTILISEES

Pour établir la liste des motifs de consultation les plus fréquents selon le patient, et les résultats de consultation, motifs ou diagnostics selon le médecin, nous avons adopté deux modes de comptage:

- 1) Classification par symptôme dominant
- 2) Classification par symptôme universel.

4.7.2.1 Classification par symptôme dominant

Dans la classification par symptôme dominant, seul le premier symptôme de chaque motif différent est comptabilisé, c'est à dire le premier symptôme des groupes de symptômes ou motifs séparés par des traits d'union. Reprenons le même exemple:

codage: patient/médecin : FI,RI,CO - MY - RO(BP) / GI - MY - RO(BP)
 motif/diagnostic : 1^{er} - 2^e - 3^e / 1^{er} - 2^e - 3^e

Dans cette classification par symptôme dominant, seul le premier du groupe est comptabilisé; dans ce tableau, la fièvre domine (la rhinorrhée et les courbatures venant au second plan, ne sont pas comptabilisées).

Au total, ont été comptabilisés:

selon le patient: une fièvre, une mycose, et un renouvellement d'ordonnance

selon le médecin: une grippe, une mycose, et un renouvellement d'ordonnance.

4.7.2.2 Classification par symptôme universel

Dans la classification par symptôme universel, tous les symptômes signalés par le patient sont pris en compte de manière égale, quelle que soit leur dominance et leur position dans le groupe des symptômes.

Dans le même exemple:

codage: patient/médecin : FI , RI , CO - MY - RO(BP) / GI - MY - RO(BP)

motif/diagnostic : 1^{er} , 2^e , 3^e - 4^e - 5^e / 1^{er} - 2^e - 3^e

En ce qui concerne le patient, nous avons comptabilisé 5 symptômes ou motifs: la rhinorrhée et les courbatures sont comptabilisées chacun une fois, comme la fièvre, la mycose une fois, et le renouvellement d'ordonnance une fois aussi.

Selon le médecin, 3 motifs différents sont comptabilisés: 1 grippe, 1 mycose, et 1 renouvellement d'ordonnance.

4.7.3 DEFINITION DES MOTIFS GIGOGNES

Nous remarquons que certains codes sont restés entre parenthèses; exemple, RO(BP):

RO: renouvellement d'ordonnance

BP: bilan pilule

Pour les deux classifications que l'on vient de citer ci-dessus, l'information entre parenthèses n'a pas été exploitée. Sur la liste des motifs, la fréquence des renouvellements d'ordonnance apparaît sans précision supplémentaire dans les tableaux.

L'exploitation de toutes les informations entre parenthèses est faite ultérieurement dans des tableaux réservés à cet effet.

4.7.3.1 Renouvellement d'ordonnance

Une classification des sous-motifs s'est avérée nécessaire pour clarifier les demandes des patients. Que cache le motif "renouvellement d'ordonnance (RO)"? Que recouvre-t-il comme pathologies? Que cache le motif prévention?

C'est ainsi que dans un tableau à part, pour le motif "renouvellement d'ordonnance", nous avons répertorié la fréquence des motifs signalés pour justifier cette demande de renouvellement d'ordonnance. Au total, 58 motifs différents (ou sous-motifs, devons nous dire?) ont été recensés, la plupart ayant rapport avec, soit des maladies chroniques nécessitant un traitement permanent (diabète, HTA, hypothyroïdie, épilepsie,...), soit des raisons physiologiques (contraception médicamenteuse, ménopause,...).

La liste complète de ces sous-motifs est présentée dans le tableau 37, section 5.16.

4.7.3.2 Prévention

Nous n'avons pas résisté à la curiosité de savoir ce que cache la fréquence du code PR (pour prévention), lorsqu'il apparaît dans la liste des motifs dans la classification par symptôme universel.

C'est ainsi que le code PR s'est trouvé affublé d'une parenthèse à l'intérieur de laquelle on a précisé la nature de la prévention prescrite.

Nous avons recensé plusieurs sortes de préventions.

a) Médicamenteuse:

- par la prescription de vitamine D (et de calcium) pour prévenir le rachitisme chez les enfants: PR(RA), l'ostéoporose chez les femmes ménopausées: PR(OS).

- par la prescription de médicaments dans le cas de contagion de maladie infectieuse: PR(CI)

- l'IDR à la tuberculine

b) Prescription d'examens complémentaires

b.1) Dépistage de cancers

exemples:

- coloscopie en cas d'antécédents familiaux de polypose rectocolique diffuse

- mammographie systématique

- frottis cervico-vaginal systématique

b.2) Prévention de problèmes orthopédiques: PR(OP)

exemples:

- radiographie de la hanche chez les enfants ayant des antécédents familiaux de

dysplasie ou de luxation de la hanche

c) La prise en charge du tabagisme: PR(TB), peut être à la fois médicamenteuse et psychologique.

Quelques remarques:

a) La vaccination a été codée à part, par le code "VA", mais ce motif rentre complètement dans le cadre de la prévention de maladies. Si l'on veut avoir une idée de la fréquence des motifs en rapport avec la prophylaxie, il faut faire la somme des fréquences "PR"+"VA". Il faut tenir compte des préventions primaire et secondaire.

b) A partir du moment où un examen complémentaire a été motivé par la présence de symptômes, c'est à dire demandé à titre diagnostique et non de dépistage, celui-ci n'a pas été comptabilisé dans le motif prévention.

La mammographie faite suite à une douleur mammaire, la coloscopie effectuée suite au signalement d'un méléna (même en cas d'antécédents familiaux de cancer colique), n'ont pas été considérées comme une prévention systématique, et donc n'ont pas été codées "PR".

c) De même, il faut distinguer ce qui sert à la prévention maladie de ce qui prévient les complications. Par exemple, la prescription d'antibiotiques dans les angines suspectées d'étiologie streptococcique, n'a pas été comptabilisée.

d) Les marqueurs tumoraux tels que le dosage de la PSA, CA 19.9, ACE, CA 15.3,... n'ont pas été comptabilisés dans la prévention des cancers, car ils n'ont pas de valeur en tant qu'examens de dépistage, mais leur dosage relève surtout de la surveillance de récurrence d'un cancer (après chirurgie par exemple).

4.8 PROBLEMES SPECIFIQUES A L'ANALYSE PAR ORDINATEUR

Après avoir été remplies à la main chez les quatre médecins, les 1200 fiches de saisies ont été recopiées sur l'ordinateur, sous forme d'un fichier en format ASCII comprenant 60.000 lignes, certaines lignes comprenant plus de 300 caractères (dans ce cas, la ligne ne tient évidemment pas sur l'écran, et ne peut pas être imprimée directement sur papier sans troncature).

Afin de convertir chaque ligne de texte en données numériques utilisables par le logiciel de traitement de données, il a été nécessaire de réaliser pour cette étude un ensemble de programmes d'analyse syntaxique et sémantique de chaque ligne de texte.

Par exemple, dans les cas les plus simples, il s'agissait de lire une valeur numérique (numéro de fiche, nombre de consultations, etc...), ou bien une chaîne de caractères, telle que "o" ou "O", et "n" ou "N", signifiant qu'il a été répondu respectivement OUI ou NON à une question (exemple: y a-t-il eu une ordonnance?); la chaîne de caractères "nc", ou "NC", ou la chaîne vide (absence de réponse) signifiait que la réponse à la question était "non connu", et toutes les autres chaînes de caractères donnaient lieu à l'édition d'un message d'erreur.

Quelques cas plus complexes d'analyses syntaxiques et sémantiques sont présentés ci-dessous.

Dates:

Il fallait lire 3 valeurs numériques (jour, mois, année), séparés par différents délimiteurs (caractères spéciaux tels que "-" ou "/"). Ainsi, "01" et "1" représentent le mois de janvier, mais il peut arriver que, suite à leur proximité sur le clavier, le chiffre "0" soit remplacé par la lettre "O" majuscule. Le programme effectue les contrôles nécessaires. Il a également dû être tenu compte des dates incomplètes: il pouvait y avoir 2 valeurs seulement (mois, année), ou 1 seule (année), signifiant respectivement que le jour est inconnu, ou bien que jour et mois sont inconnus. Dans certains cas, la date était absente.

Afin de ne pas refaire le "bug de l'an 2000", la valeur numérique de l'année était augmentée de 1900 chaque fois qu'elle était codée sur 2 chiffres (exemple: 74 signifie 1974), mais était laissée telle quelle lorsqu'elle était codée sur 4 chiffres.

Enfin, il a fallu écrire un programme capable de calculer le nombre de jours écoulés entre 2 dates quelconques, sans faire d'erreur sur les années bisextiles. Ce calcul a été nécessaire pour obtenir les statistiques sur les délais inter-consultations. Il a également servi à vérifier l'ordre chronologiques des consultations, et à calculer l'âge des patients.

Motifs et diagnostics:

Chaque code de motif de contact était une chaîne de 2 caractères (c'est à dire 2 lettres), pour lesquels majuscules et minuscules devaient être confondus. Chaque code pouvait être suivi par une liste de sous-codes séparés par des virgules, la liste étant entre parenthèses. Ces codes,

avec ou sans listes de sous-codes, étaient réunis en groupes de codes. Les codes appartenant à un même groupe étaient séparés par des virgules, et il pouvait y avoir plusieurs groupes de codes, chaque groupe étant séparé par un tiret. Pour chaque groupe, le premier code était enregistré comme un code de motif dominant.

D'un autre côté, les diagnostics du médecin étaient codés avec les mêmes conventions que les motifs de contact: listes de sous codes entre parenthèses, groupes de codes, etc...

Les groupes de motifs et de diagnostics étaient eux-mêmes séparés entre eux et séparés du textes par des délimiteurs (tels que "/" et "\$"), et l'ensemble a dû être contrôlé et analysé sur l'ordinateur, grâce à un programme spécialement réalisé à cet effet.

Un exemple de codage est donné ici:

FI,RI,CO-MY-RO(BP)/GI-MY-RO(BP)\$texte...

FI: fièvre; RI: rhinorrhée; CO: courbatures; MY: mycose; RO: renouvellement d'ordonnance; BP: bilan pilule, contraception; GI: grippe.

Finalement, les statistiques sur les motifs et les diagnostics ont été effectuées à la fois sur les codes dominants à 2 caractères, puis sur l'ensemble des codes à 2 caractères, également sur les groupes de codes, et aussi sur les codes à 4 caractères générés par développement des listes parenthésées (exemple: RO(SD,ME) est développé en ROSD,ROME).

Compte tenu de la complexité des informations saisies et codées dans le fichier, les statistiques ont été produites à l'aide d'un logiciel développé à cet usage, et non avec un logiciel commercial complètement inadapté à cette étude.

5. RESULTATS

5.1 DATE DE NAISSANCE

Les naissances sont elles réparties uniformément dans la semaine?

Les valeurs du χ^2 à 6 degrés de liberté sont telles que l'on ne peut pas conclure que les jours de naissance sont inégalement répartis dans la semaine (seuils trop grands: voir tableau 1).

Mais la sommation des effectifs des différents médecins, patients hommes et femmes confondus, peut cacher des effets contradictoires. C'est pour cela que le tableau 1 montre les tests faits pour chaque médecin séparément et chaque type de patients.

Médecin	Sexe	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	N	χ^2	seuil
M1 à M4	H+F	15.6	14.9	12.1	16.0	14.4	12.6	14.5	927	8.2	20-30
M1 à M4	H	14.2	15.2	12.6	13.9	16.2	11.9	16.0	388	4.4	60-70
M1 à M4	F	16.8	14.7	11.7	17.5	13.0	12.9	13.4	537	10.4	10-20
M1	H+F	11.7	16.8	10.2	16.4	15.7	15.0	14.2	274	7.0	30-40
M1	H	7.8	17.4	13.9	12.2	19.1	15.7	13.9	115	6.6	30-40
M1	F	14.6	16.5	7.6	19.6	13.3	13.9	14.6	158	8.8	10-20
M2	H+F	17.6	12.3	12.7	15.5	13.4	13.4	15.1	284	4.2	60-70
M2	H	19.4	12.7	9.0	17.2	15.7	12.7	13.4	134	6.6	30-40
M2	F	16.0	12.0	16.0	14.0	11.3	14.0	16.7	150	2.7	80-90
M3	H+F	18.7	16.3	12.6	14.6	14.2	11.4	12.2	246	6.7	30-40
M3	H	14.1	17.4	14.1	12.0	15.2	8.7	18.5	92	4.2	60-70
M3	F	21.4	15.6	11.7	16.2	13.6	13.0	8.4	154	10.7	5-10
M4	H+F	13.8	13.8	13.8	18.7	13.8	8.1	17.9	123	6.1	40-50
M4	H	14.9	12.8	17.0	12.8	12.8	6.4	23.4	47	5.3	50-60
M4	F	13.3	14.7	12.0	22.7	14.7	8.0	14.7	75	6.1	40-50

Tableau 1. Pourcentages d'apparition des naissances dans la semaine, en fonction du médecin et du sexe des patients. N est l'effectif. Les seuils sont en pourcentages.

5.2 DATE DE CONSULTATION

L'affluence des patients est-elle la même selon le jour de la semaine?

En dehors du samedi et du dimanche qui sont traités à part, nous avons voulu savoir si les patients consultaient plus certains jours de la semaine que d'autres.

Pour les 4 médecins réunis, les valeurs du χ^2 à 4 degrés de liberté correspondent toutes à des seuils très inférieurs à 0.05%. Nous concluons donc que les pourcentages sont significativement différents, et notamment que les patients consultent plus le lundi et moins le mercredi (voir tableau 2).

Les conclusions sont les mêmes, que l'on considère les hommes séparément des femmes, ou hommes et femmes réunis.

Médecin	Sexe	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	N	χ^2	seuil (%)
M1 à M4	H+F	26.1	20.2	14.7	20.0	19.1	1858	61.0	< 0.05
M1 à M4	H	25.6	22.1	13.5	18.2	20.7	765	32.0	< 0.05
M1 à M4	F	26.4	18.7	15.6	21.3	18.1	1086	37.0	< 0.05
M1	H+F	30.7	17.8	19.1	15.8	16.8	597	44.2	< 0.05
M1	H	29.0	19.4	17.9	16.3	17.5	252	13.3	1
M1	F	32.0	16.6	20.1	15.4	16.0	344	33.1	< 0.05
M2	H+F	22.1	23.1	7.0	24.5	23.3	54	58.0	< 0.05
M2	H	21.5	27.1	7.2	19.9	24.3	25	30.0	< 0.05
M2	F	22.7	19.6	6.9	28.5	22.3	29	37.5	< 0.05
M3	H+F	24.6	19.5	14.4	22.8	18.7	395	12.1	1-2.5
M3	H	24.8	21.0	12.7	21.0	20.4	157	6.2	10-20
M3	F	24.4	18.5	15.6	24.0	17.7	238	7.4	10-20
M4	H+F	25.9	20.7	19.8	16.7	17.0	324	9.1	5-10
M4	H	28.6	18.1	19.1	14.3	20.0	105	5.8	20-30
M4	F	24.9	21.1	20.2	17.8	16.0	213	4.9	20-30

Tableau 2. Pourcentages de consultations dans la semaine, en fonction du médecin et du sexe des patients. N est l'effectif.

Considérons les médecins un par un.

M1: Il y a beaucoup plus de consultations le lundi, les autres jours de la semaine sont a peu près équivalents, que l'on considère hommes et femmes réunis ou non. Les valeurs du χ^2 correspondent toutes à des seuils inférieurs à 1%.

M2: Les jours de la semaine sont équivalents, sauf le mercredi où il y a moins de consultations. Cela se vérifie que l'on considère séparément ou non les hommes et les femmes. Les valeurs du χ^2 correspondent toutes à des seuils inférieurs à 0.05%.

M3: Quand on considère les hommes et les femmes séparément, le test du χ^2 n'est pas concluant. Pour hommes et femmes réunis, les pourcentages sont significativement différents. Nous remarquons qu'il y a plus de consultations le lundi et moins le mercredi.

M4: Les valeurs du χ^2 correspondent à des seuils supérieurs à 5%, et ne permettent par conséquent pas de conclure que les pourcentages sont significativement différents, et ceci que l'on considère les hommes et les femmes séparément ou non.

5.3 SEXE DES PATIENTS

5.3.1 PARITE HOMMES / FEMMES

Pour effectuer ces calculs, nous avons utilisé la formule suivante:

$$N(0,1) = (F - p) / \sqrt{p \cdot (1 - p) / N}$$

F étant le pourcentage observé et p le pourcentage théorique (ici, 50%).

$N(0,1)$ tend à être distribuée suivant une loi normale centrée réduite (loi de Gauss) lorsque que N est grand; c'est une conséquence du théorème de la limite centrale (Saporta 1990). Les valeurs de $N(0,1)$ seront les mêmes, que l'on fasse les calculs sur les pourcentages d'hommes ou les pourcentages de femmes.

Médecin	% hommes	% femmes	effectifs	$N(0,1)$	seuil (%)
M1 à M4	40.12	59.88	1189	6.81	$< 10^{-7}$
M1	43.10	56.90	297	2.38	0.87
M2	47.00	53.00	300	1.04	15
M3	36.67	63.33	300	4.62	$2 \cdot 10^{-4}$
M4	33.56	66.44	292	5.62	10^{-5}

Tableau 3. Parité hommes femmes, en pourcentages. Les valeurs $N(0,1)$ sont celles de la loi normale centrée réduite.

Conclusions:

Les femmes consultent une fois et demi plus souvent que les hommes: seuil inférieur au milliardième (hommes 40%, femmes 60%: voir tableau 3).

Si l'on considère les médecins séparément, M1, M3 et M4 ont significativement plus de patients de sexe féminin, mais la différence hommes femmes n'est pas significative chez M2 (seuil 15%).

Mais les enfants sont accompagnés par leurs parents, et à priori, il n'y a pas de raison pour qu'un parent (père ou mère) consulte moins souvent pour son fils que pour sa fille. Cela introduit peut-être un biais dans nos calculs. C'est pourquoi nous avons refait les mêmes calculs en séparant les adultes des enfants. Pour cela, il est nécessaire de connaître, en plus du sexe du patient, son âge, c'est à dire sa date de naissance et la date de consultation, ce qui réduit la quantité de données disponibles.

Médecin	% hommes	% femmes	effectifs	N(0,1)	seuil (%)
M1 à M4	41.52	58.48	672	4.40	0.001
M1	41.42	58.58	169	2.23	1.3
M2	47.20	52.80	250	0.89	19
M3	37.58	62.42	165	3.19	0.07
M4	32.95	67.05	88	3.20	0.07
Médecin	% garçons	% filles	effectifs	N(0,1)	seuil (%)
M1 à M4	46.43	53.57	173	0.93	18
M1	44.76	55.24	105	1.07	14
M2	47.06	52.94	34	0.34	37
M3	41.72	48.28	29	-0.19	58
M4	80.00	20.00	5	1.34	9

Tableau 4. Parité (en pourcentages) chez les adultes, puis chez les mineurs.

Conclusions:

Pour les adultes, les conclusions sont les mêmes: seul, M2 n'a pas significativement plus de femmes que d'hommes.

Pour les mineurs, aucun médecin n'a significativement plus (ou moins) de filles que de garçons.

Remarque: la non observation d'une différence significative entre filles et garçons (âges inférieurs à 18 ans) ne signifie pas obligatoirement l'absence de cette différence. Cela est peut-être une conséquence de la faible taille de l'échantillon (173 patients mineurs).

5.3.2 LIEN ENTRE PARITE ET MEDECIN

Compte tenu des résultats ci-dessus, nous allons comparer les parités hommes femmes pour chaque médecin, à la parité moyenne pour l'ensemble des médecins, qui correspond maintenant à la parité théorique (environ 40% d'hommes et 60% de femmes: voir tableau 3). Le nombre de degrés de liberté du test du χ^2 est, dans ce cas, égal au nombre de médecins, moins un.

Le χ^2 à 3 degrés de liberté, calculé avec les données du tableau 3, vaut 13.7, ce qui correspond à un seuil inférieur à 0.5%. Il y a donc un lien entre parité hommes femmes et médecin.

On constate dans le tableau 3 que M2 a plus d'hommes (47%) que la moyenne des médecins (40%), que M4 a plus de femmes (66%) que la moyenne des médecins (60%), ainsi que M3 (63%

de femmes); par contre, M1 possède un pourcentage presque équilibré d'hommes et de femmes (43% et 57% respectivement).

On constate qu'il existe un biais dans le choix du patient en fonction du sexe du médecin: M1 et M2 sont des médecins hommes, M3 et M4 des médecins femmes.

En séparant les adultes et les mineurs, le χ^2 , calculé avec les données du tableau 4, vaut 7.0 pour les adultes, et 2.64 pour les mineurs, ce qui correspond aux seuils respectifs d'environ 5 à 10% et 40 à 50% (voir tableau 5).

Médecin	adultes+mineurs	adultes	mineurs
M1	1.097	0.000	0.293
M2	5.915	3.324	0.001
M3	1.488	1.056	0.218
M4	5.225	2.658	2.131
χ^2 total	13.725	7.038	2.643

Tableau 5. Contributions aux χ^2 chez l'ensemble des patients, puis chez les adultes seuls et les mineurs seuls.

Adultes seuls: mêmes conclusions que précédemment, sur la base des chiffres bruts, mais le χ^2 (seuil supérieur à 5%) ne rejette plus l'hypothèse d'indépendance.

Enfants seuls: le χ^2 (seuil supérieur à 40%) ne rejette plus l'hypothèse d'indépendance, mais il y a moins de données.

Conclusion générale:

Les femmes consultent plus souvent que les hommes (rapport H/F: 40%/60%).

Chez les adultes, les chiffres montrent qu'il y a une tendance à ce que les hommes préfèrent consulter chez les médecins hommes, et que les femmes préfèrent consulter chez les médecins femmes. Ce résultat est confirmé par le fait que le biais n'est plus observé chez les mineurs âgés de moins de 18 ans.

5.4 CONSULTATIONS ET VISITES

5.4.1 CONSULTATION OU VISITE

Les 1200 dossiers étudiés totalisent 6115 consultations ou visites.

Le nombre de patients effectuant un nombre de consultations (ou visites) donné varie de 1 à 137 selon l'importance et l'ancienneté du dossier, avec un pic très net à 1 consultation (ou visite): voir tableau 6.

Les conclusions demeurent valables pour chaque médecin, puis séparément, et quel que soit le sexe du patient.

C	HF	H	F	C	HF	H	F	C	HF	H	F	C	HF	H	F
1	504	206	292	11	12	5	7	21	5	1	4	31	1	0	1
2	151	68	83	12	13	6	7	22	5	3	2	32	4	1	3
3	89	30	59	13	12	5	7	23	1	0	1	33	2	0	2
4	50	18	32	14	11	3	8	24	3	2	1	34	3	0	3
5	48	22	25	15	7	5	2	25	3	2	1	35	2	0	2
6	33	12	21	16	5	3	2	26	1	0	1	36	3	2	1
7	30	13	17	17	7	2	5	27	1	0	1	37	2	0	2
8	17	9	8	18	1	0	1	28	2	0	2	38	0	0	0
9	15	6	9	19	4	1	3	29	1	0	1	39	0	0	0
10	18	11	7	20	3	2	1	30	1	1	0	≥40	23	5	18

Tableau 6. Nombre de patients effectuant un nombre donné C de consultations ou visites.

5.4.2 DELAIS INTERCONSULTATION

Cependant, les consultations ou visites sont étalées dans le temps, et le nombre de consultations n'est interprétable que s'il est confronté au temps écoulé entre les consultations, d'où le calcul du **délai interconsultations**, c'est à dire du nombre de jours s'écoulant entre deux consultations.

Sur la fiche de saisie, nous disposons du nombre total de consultations (et visites), et des dates de la première, deuxième, et dernière consultation.

Soient, n le nombre de consultations (plus visites), D_1 la date de la première consultation, D_2 la date de la deuxième consultation, et D_n la date de la dernière consultation. Le premier délai interconsultation est égal à $D_2 - D_1$, et les $n-2$ autres délais valent en moyenne: $D_n - D_2 / (n-2)$.

On a donc une **population de délais**.

On a reporté dans le tableau 7 le délai minimum, le délai maximum, le délai moyen, mais aussi l'écart-type et la médiane.

La médiane est la valeur séparant la population classée en ordre croissant en deux sous populations d'effectif égaux. En effet, pour une distribution non symétrique, la moyenne diffère de la médiane. Le calcul de la médiane nous donne des informations supplémentaires sur la forme de la courbe.

Médecin	Sexe patient	Effectif	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane
M1 à M4	H+F	4771	0	2482	104.9	144.7	61.2
M1 à M4	H	1653	0	2482	121.0	157.7	72.8
M1 à M4	F	3114	0	2057	95.9	136.0	58.0
M1	H+F	1493	0	2482	108.5	152.5	62.2
M1	H	512	0	2482	136.1	166.7	72.6
M1	F	981	0	1991	94.0	142.5	57.9
M2	H+F	1412	1	2018	88.2	131.5	58.8
M2	H	464	3	2018	125.4	170.3	81.8
M2	F	948	1	1964	70.0	102.8	42.0
M3	H+F	865	1	1255	92.7	113.4	55.4
M3	H	343	1	1255	98.0	108.8	63.5
M3	F	522	2	1157	89.1	116.2	55.4
M4	H+F	1001	1	2057	134.0	168.1	77.8
M4	H	334	1	974	115.4	164.4	70.9
M4	F	663	1	2057	141.2	167.6	77.8

Tableau 7. Distribution du délai interconsultations en jours, calculé sur le total des consultations et visites.

Nous observons que le délai minimum est nul (retour chez le médecin le jour même), et peut aller jusqu'à plusieurs années: 3,4 à 6,8 années suivant le médecin. La moyenne est aux alentours de 3 à 4 mois suivant le médecin. L'écart-type (environ 4 à 5,5 mois) est plus grand que la moyenne (différence de 3 à plus de 6 semaines), ce qui nous montre que le délai interconsultations peut prendre des valeurs très supérieures à la moyenne.

La médiane, aux environs de 2 mois, est nettement inférieure à la moyenne, ce qui prouve que 50% des délais sont très inférieurs à la moyenne. Une minorité de délais très élevés déplace la moyenne vers les fortes valeurs.

L'avantage de la médiane est qu'elle est insensible aux valeurs extrêmes, et donc beaucoup plus robuste que la moyenne et l'écart-type.

Les calculs ci-dessus s'appuient sur des délais moyens, car on n'a pas toutes les dates des 6115 consultations, mais seulement au mieux, la date de la première, deuxième et dernière consultation. Donc seul le calcul de la moyenne est exact.

C'est pourquoi, afin d'avoir un calcul exact, on utilise uniquement les dossiers comportant au plus 3 consultations (voir tableau 8).

Médecin	Sexe patient	Effectif	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane
M1 à M4	H+F	634	0	2482	174.3	300.0	55.5
M1 à M4	H	257	0	2482	178.1	303.3	69.0
M1 à M4	F	376	0	2057	170.8	297.6	50.0
M1	H+F	192	0	2482	158.7	336.0	41.0
M1	H	80	0	2482	155.4	313.9	63.5
M1	F	112	0	1991	161.0	350.8	33.5
M2	H+F	175	1	2018	202.6	324.0	60.0
M2	H	85	3	2018	238.4	359.3	96.0
M2	F	90	1	1964	168.8	282.6	45.0
M3	H+F	153	1	1255	151.6	219.9	52.0
M3	H	58	1	1255	141.5	219.1	46.5
M3	F	95	2	1157	157.8	220.2	52.0
M4	H+F	114	1	2057	187.6	286.0	69.0
M4	H	34	1	943	143.1	212.1	48.5
M4	F	79	1	2057	202.6	310.3	69.0

Tableau 8. Distribution du délai interconsultations en jours, calculé sur les consultations et visites entièrement datées.

Les délais extrêmes sont identiques (de 0 jour à plus de 6,8 ans). La moyenne est du même ordre de grandeur (5 à 6 mois environ suivant le médecin), mais l'écart-type est beaucoup plus grand (près de 1 an), ce qui provient de l'influence plus grande des valeurs extrêmes, dûe aux effectifs plus faibles. En revanche, la médiane est un peu plus petite: environ 1,5 à 2 mois suivant le médecin.

En conclusion, les calculs ci-dessus montrent que la moitié des patients consulte tous les moins de 2 mois environ.

Le délai entre la première et la seconde consultation (premier retour chez le médecin), a également été étudié (voir tableau 9).

Médecin	Sexe patient	Effectif	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane
M1 à M4	H+F	551	0	2482	169.3	305.1	50.0
M1 à M4	H	227	0	2482	173.7	310.6	60.0
M1 à M4	F	323	0	2057	165.1	300.9	45.0
M1	H+F	172	0	2482	162.9	352.7	34.0
M1	H	74	0	2482	155.0	324.6	42.5
M1	F	98	0	1991	168.8	372.4	32.5
M2	H+F	150	1	2018	202.0	335.7	58.0
M2	H	72	3	2018	236.5	371.6	92.0
M2	F	78	1	1964	170.1	295.2	41.5
M3	H+F	134	1	1255	143.8	197.7	52.0
M3	H	52	1	1255	148.2	229.1	46.5
M3	F	82	2	649	141.0	174.8	53.5
M4	H+F	95	1	2057	165.1	280.7	51.0
M4	H	29	1	943	111.4	183.3	35.0
M4	F	65	1	2057	183.8	311.0	59.0

Tableau 9. Distribution du temps (en jours) du premier retour chez le médecin.

Les valeurs extrêmes sont les mêmes que pour l'ensemble des consultations.

La moyenne est à peu près la même (environ 5 à 6 mois suivant le médecin). L'écart-type (environ 6 mois à 1 an), prend des valeurs voisines de celles calculées dans le tableau 8. La médiane est un peu plus petite, et varie de 1 à 2 mois suivant le médecin.

Conclusion:

Parmi ceux qui reviennent après la première consultation, la moitié d'entre eux reviennent en moins de 50 jours.

Comparaison hommes-femmes

Les valeurs maximales observées (tableaux 7,8,9) sont dues aux hommes chez M1,M2 et M3, et aux femmes chez M4.

Pour l'ensemble des consultations, le délai moyen pour les hommes est, de 6 à 8 semaines plus grand que pour les femmes chez M1 et M2, et d'un peu plus de 1 semaine plus grand chez M3, alors que chez M4, il est de près de 4 semaines plus petit que pour les femmes.

Pour les patients n'ayant pas consulté plus de 3 fois, et pour le premier retour chez le médecin, le délai interconsultation pour les hommes est de 1 à 2 semaines plus court que pour les femmes chez M1, et environ 2 fois plus court que pour les femmes chez M4; il n'en diffère que de 1 à 2 semaines chez M3, mais il est supérieur chez M2 de plus de 2 mois au délai interconsultation pour les femmes.

La médiane du délai interconsultations pour les hommes est d'environ 2 à 7 semaines plus grande que pour les femmes, chez M1 et M2; elle n'en diffère que de 1 à 2 semaines chez M3, mais elle est plus faible de 1 à 3 semaines chez M4.

Conclusions:

Comme cela avait déjà été remarqué, les hommes consultent plus chez les médecins hommes M1 et surtout M2, et les femmes chez M4 (médecin femme). Chez M3, les différences entre hommes et femmes sont faibles, et plus difficilement interprétables.

Les résultats obtenus à partir du calcul du délai interconsultation confirment les premiers résultats obtenus à partir du calcul du nombre de consultations.

Les femmes consultent plus et plus souvent que les hommes.

Remarque:

Les écarts-types des délais figurant dans les tableaux 7,8,9 sont supérieurs aux délais moyens. Cette situation est due à l'extrême dissymétrie des courbes de distributions. Cette situation peut exister dans des cas très simples telle que pour la loi binomiale de paramètres $n=1$ et $q>p$ (ref.: voir le tableau A2.1 dans l'annexe 2 dans Saporta 1990). Exemple pratique: on observe les 3 valeurs suivantes: 0, 0, 3; la moyenne vaut 1, la variance vaut: $(1^2+1^2+2^2)/3 = 2$, et l'écart-type vaut donc $\sqrt{2}$, soit environ 1,414; l'écart-type est alors supérieur à la moyenne, bien qu'aucune des valeurs observées ne soit négative.

5.5 CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Catégorie socio-professionnelle	H+F	H	F
0 à 2 ans	7.58	7.34	7.72
3 à 6 ans	2.67	3.77	1.97
7 à 12 ans	1.75	2.31	1.40
12 à 18 ans	2.25	3.14	1.69
Etudiant	2.42	2.10	2.67
Enseignant (sauf sports)	1.42	1.47	1.40
Cadre, ingénieur, architecte	3.75	6.71	1.83
Secrétariat, administration, bureau	4.58	2.52	6.04
Profession de santé	0.83	1.68	0.28
Educateur, psychologue, assistante sociale	0.67	0.21	0.98
Juriste, avocat, magistrat, huissier	0.58	1.05	0.28
Police, sécurité, gardien, pompier	1.08	2.31	0.28
Restaurateur, cuisinier, barman	2.08	3.56	1.12
Commerçant, artisan, VRP	5.00	5.24	4.92
Arts, TV, cinéma, mode, décoration, publicité	3.58	3.98	3.37
Littérature, politique, journalisme, économie	1.17	1.26	1.12
Ouvrier, technicien, réparateur, livreur	1.17	2.31	0.28
Concièrge, femme de ménage, nourrice	1.25	0.00	2.11
Tourisme, transports, voyage	1.00	1.05	0.98
Sports, éducation physique	0.25	0.42	0.14
Ecclésiastique	0.17	0.42	0.00
Chômage, RMI, SDF	0.92	1.05	0.84
Sans profession	0.67	0.21	0.98
Retraité	3.33	2.52	3.93
Autres	0.08	0.00	0.14
Non connu	49.75	43.40	53.51

Tableau 10. Pourcentages de chaque catégorie socio-professionnelle pour l'ensemble des 4 médecins M1 à M4.

	M1:H+F	M1:H	M1:F	M2:H+F	M2:H	M2:F
0 à 2 ans	24.33	21.88	26.04	3.33	2.84	3.77
3 à 6 ans	5.33	7.81	3.55	2.67	2.84	2.52
7 à 12 ans	2.33	2.34	2.37	1.33	2.13	0.63
12 à 18 ans	3.33	4.69	2.37	4.00	3.55	4.40
Etudiant	5.00	3.13	6.51	2.67	2.84	2.52
Enseignant	1.67	2.34	1.18	1.67	2.84	0.63
Cadre	8.00	12.50	4.73	3.67	5.67	1.89
Secrétariat	4.00	3.91	4.14	3.67	0.71	6.29
P. de santé	0.67	1.56	0.00	2.33	3.55	1.26
Educateur	1.00	0.00	1.78	1.00	0.71	1.26
Juriste	1.67	2.34	1.18	0.33	0.71	0.00
Police	1.33	3.13	0.00	1.33	1.42	1.26
Restaurateur	3.00	5.47	1.18	3.67	5.67	1.89
Commerçant	5.67	3.91	7.10	8.33	9.93	6.92
Arts	5.67	3.91	7.10	4.33	4.26	4.40
Littérature	2.33	2.34	2.37	0.00	0.00	0.00
Ouvrier	1.67	3.91	0.00	1.67	2.84	0.63
Conciërge	2.00	0.00	3.55	1.33	0.00	2.52
Tourisme	1.67	2.34	1.18	1.33	0.00	2.52
Sports	0.00	0.00	0.00	1.00	1.42	0.63
Ecclésiastique	0.67	1.56	0.00	0.00	0.00	0.00
Chômage	1.00	0.00	1.78	1.00	1.42	0.63
Sans	2.00	0.78	2.96	0.33	0.00	0.63
Retraité	1.00	0.78	1.18	6.33	2.84	9.43
Autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Non connu	14.67	9.38	17.75	42.67	41.84	43.40

Tableau 11. Pourcentages de chaque catégorie socio-professionnelle pour les médecins M1 et M2.

Le pourcentage des patients chômeurs (1%) est le même chez M1 et M2.

On note que 35% des patients de M1 ont moins de 18 ans, alors que ceux de M2 ne représentent que 11%.

Aussi bien chez M1 que M2, on note la prédominance des hommes chez les cadres et celle des femmes chez les employés de bureau.

	M3:H+F	M3:H	M3:F	M4:H+F	M4:H	M4:F
0 à 2 ans	2.33	2.73	2.11	0.33	0.00	0.52
3 à 6 ans	2.67	3.64	2.11	0.00	0.00	0.00
7 à 12 ans	3.33	4.55	2.63	0.00	0.00	0.00
12 à 18 ans	1.33	2.73	0.53	0.33	1.02	0.00
Etudiant	0.33	0.00	0.53	1.67	2.04	1.55
Enseignant	1.00	0.00	1.58	1.33	0.00	2.06
Cadre	1.00	2.73	0.00	2.33	5.10	1.03
Secrétariat	2.33	0.91	3.16	8.33	5.10	10.31
P. de santé	0.00	0.00	0.00	0.33	1.02	0.00
Educateur	0.00	0.00	0.00	0.67	0.00	1.03
Juriste	0.00	0.00	0.00	0.33	1.02	0.00
Police	0.33	0.91	0.00	1.33	4.08	0.00
Restaurateur	0.33	0.00	0.53	1.33	2.04	1.03
Commerçant	1.67	2.73	1.05	4.33	3.06	5.15
Arts	1.33	0.00	2.11	3.00	8.16	0.52
Littérature	0.67	1.82	0.00	1.67	1.02	2.06
Ouvrier	0.33	0.91	0.00	1.00	1.02	0.52
Conciërge	0.33	0.00	0.53	1.33	0.00	2.06
Tourisme	0.00	0.00	0.00	1.00	2.04	0.52
Sports	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Ecclésiastique	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Chômage	1.33	1.82	1.05	0.33	1.02	0.00
Sans	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.52
Retraité	4.33	5.45	3.68	1.67	1.02	2.06
Autres	0.00	0.00	0.00	0.33	0.00	0.52
Non connu	75.00	69.09	78.42	66.67	61.22	68.56

Tableau 12. Pourcentages de chaque catégorie socio-professionnelle pour les médecins M3 et M4.

Chez les médecins femmes, le pourcentage de professions non connues étant très élevé (67 à 75%), nous avons renoncé à interpréter les résultats.

5.6 ADRESSE

Arr ^t	Médecin	patient	S1	S2	S3	S4	S5	non connu
	M1+M2+M3+M4	H+F	25.75	36.17	8.58	2.08	0.92	26.50
	M1+M2+M3+M4	H	24.95	33.75	7.97	2.31	1.05	29.98
	M1+M2+M3+M4	F	26.40	38.20	9.13	1.97	0.84	23.46
A1	M1	H+F	35.67	48.67	6.33	2.00	1.00	6.33
A1	M1	H	34.37	47.66	7.81	2.34	1.56	6.25
A1	M1	F	36.69	49.70	5.33	1.78	0.59	5.92
A2	M2	H+F	12.00	23.00	3.67	2.00	1.67	57.67
A2	M2	H	13.48	16.31	2.84	1.42	2.13	63.83
A2	M2	F	10.69	28.93	4.40	2.52	1.26	52.20
A3	M3	H+F	20.67	47.67	12.67	2.00	0.33	16.67
A3	M3	H	20.00	46.36	10.91	2.73	0.00	20.00
A3	M3	F	21.05	48.42	13.68	1.58	0.53	14.74
A1	M4	H+F	34.67	25.33	11.67	2.33	0.67	25.33
A1	M4	H	34.69	26.53	12.24	3.06	0.00	23.47
A1	M4	F	35.57	25.77	11.86	2.06	1.03	23.71

Tableau 13. Répartition des adresses par secteur d'habitation, en pourcentages.

Arr^t: arrondissement

S1: Arrondissement du médecin

S2: Arrondissement autre que celui du médecin

S3: Ile de France

S4: Province

S5: Etranger

Nous remarquons pour M1, M2 et M3, que le pourcentage de patients provenant des arrondissements de Paris autres que celui du cabinet du médecin est plus important (différences de pourcentages: pour M1:13%, pour M2:11%, pour M3:27%). M4 constitue une exception, bien que 26% de ses patients viennent d'autres arrondissements.

Mais n'oublions pas que pour chaque médecin, les autres arrondissements de Paris représentent 19/20 arrondissements, et il est logique que cela représente plus de patients potentiels.

5.7 URGENCE

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	4.02	10.98	85.00
M1+M2+M3+M4	H	3.38	8.63	87.98
M1+M2+M3+M4	F	4.24	12.56	83.20
M1	H+F	0.17	19.67	80.17
M1	H	0.00	13.10	86.90
M1	F	0.00	24.35	75.65
M2	H+F	3.69	5.27	91.04
M2	H	3.36	2.61	94.03
M2	F	3.99	7.64	88.37
M3	H+F	3.08	4.63	92.29
M3	H	2.87	5.17	91.95
M3	F	3.21	4.29	92.50
M4	H+F	9.67	12.77	77.56
M4	H	9.20	15.34	75.46
M4	F	9.48	11.78	78.74

Tableau 14. Pourcentages des consultations répondant à une urgence.

Nous remarquons que pour plus de 85% des patients, nous n'avons pas pu déterminer si ces consultations étaient vécues comme situation d'urgence ou non. Nous avons codé "oui" ou "non" uniquement pour les situations clarifiées par le médecin et pour lesquelles on a retrouvé des traces écrites.

Le tableau 14 nous montre que pour 2140 consultations, nous avons: **au minimum 4%** d'urgences et 11% de non-urgences.

Selon les médecins, le pourcentage d'urgence varie de 0.17% à 9.67%.

Il n'y a pas de différences notables entre les hommes et les femmes.

5.8 ACCIDENT

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	3.18	73.27	23.55
M1+M2+M3+M4	H	4.55	74.33	21.12
M1+M2+M3+M4	F	2.20	72.53	25.27
M1	H+F	1.67	87.00	11.33
M1	H	1.59	87.70	10.71
M1	F	1.74	86.67	11.59
M2	H+F	4.57	71.00	24.43
M2	H	4.48	75.75	19.78
M2	F	4.65	66.78	28.57
M3	H+F	4.41	76.87	18.72
M3	H	9.20	70.69	20.11
M3	F	1.43	80.71	17.86
M4	H+F	2.32	56.67	41.01
M4	H	4.29	55.21	40.49
M4	F	1.15	56.90	41.95

Tableau 15. Pourcentages de consultations effectuées suite à des accidents.

Pour l'ensemble des médecins, le pourcentage de consultations suite à des accidents est faible (3,18%).

Nous remarquons qu'il y a deux fois plus d'accidents chez les hommes que chez les femmes.

Cette constatation, faite pour l'ensemble des médecins, n'est en réalité vraie que pour les médecins femmes; chez les médecins hommes, il n'y a pas cette disparité.

5.9 ALD

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	4.91	46.82	48.27
M1+M2+M3+M4	H	5.48	51.23	43.29
M1+M2+M3+M4	F	4.55	44.11	51.33
M1	H+F	0.67	14.83	84.50
M1	H	1.59	16.67	81.75
M1	F	0.00	13.33	86.67
M2	H+F	7.73	90.69	1.58
M2	H	5.22	92.91	1.87
M2	F	9.97	88.70	1.33
M3	H+F	10.57	85.68	3.74
M3	H	15.52	83.33	1.15
M3	F	7.50	87.14	5.36
M4	H+F	1.74	1.55	96.71
M4	H	1.23	1.84	96.93
M4	F	2.01	1.44	96.55

Tableau 16. Pourcentages de consultations avec ALD.

En considérant l'ensemble des médecins, le pourcentage de patients porteurs d'affections de longue durée (ALD), s'élève à 4.91%, sans différence notable entre les hommes et les femmes.

Selon les médecins, ce taux varie de 0,67% à 10,57%. Nous remarquons que les résultats concernant la répartition hommes/femmes chez les médecins M2 et M3 sont divergents.

5.10 ORDONNANCE

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	63.36	5.79	30.84
M1+M2+M3+M4	H	62.66	6.77	30.57
M1+M2+M3+M4	F	63.81	5.18	31.00
M1	H+F	65.33	3.17	31.50
M1	H	63.10	3.57	33.33
M1	F	67.25	2.90	29.86
M2	H+F	68.19	7.03	24.78
M2	H	70.90	7.46	21.64
M2	F	65.78	6.64	27.57
M3	H+F	75.55	4.41	20.04
M3	H	70.11	6.32	23.56
M3	F	78.93	3.21	17.86
M4	H+F	45.07	8.70	46.23
M4	H	40.49	11.04	48.47
M4	F	46.55	7.76	45.69

Tableau 17. Pourcentages des consultations ayant donné lieu à ordonnance.

63% des patients repartent avec une ordonnance quand on considère l'ensemble des médecins. Il n'y a pas de différences entre les patients hommes et femmes.

Ce chiffre va de 65 à 68% pour M1 et M2 respectivement.

On note une plus grande disparité chez les médecins femmes pour lesquelles ce pourcentage varie de 45% chez M3 à 75% chez M4, mais le nombre de non connus est élevé chez M4.

5.11 CERTIFICAT MEDICAL

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	2.48	0.84	96.68
M1+M2+M3+M4	H	3.03	0.93	96.03
M1+M2+M3+M4	F	2.12	0.78	97.10
M1	H+F	2.33	0.67	97.00
M1	H	1.59	0.40	98.02
M1	F	2.90	0.87	96.23
M2	H+F	3.51	2.11	94.38
M2	H	4.48	2.24	93.28
M2	F	2.66	1.99	95.35
M3	H+F	3.74	0.00	96.26
M3	H	5.17	0.00	94.83
M3	F	2.86	0.00	97.14
M4	H+F	0.39	0.39	99.23
M4	H	0.61	0.61	98.77
M4	F	0.29	0.29	99.43

Tableau 18. Pourcentages des consultations ayant donné lieu à un certificat médical.

Moins de 4% de consultations aboutissent à la délivrance d'un certificat médical, mais ce chiffre est sans doute sous évalué car il y a rarement des traces écrites dans le dossier.

5.12 ARRET DE TRAVAIL

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	1.50	18.32	80.19
M1+M2+M3+M4	H	1.40	19.60	79.00
M1+M2+M3+M4	F	1.49	17.43	81.08
M1	H+F	0.83	41.00	58.17
M1	H	1.19	38.10	60.71
M1	F	0.58	42.90	56.52
M2	H+F	1.76	13.36	84.89
M2	H	1.12	14.93	83.96
M2	F	2.33	11.96	85.71
M3	H+F	1.54	13.66	84.80
M3	H	1.15	17.24	81.61
M3	F	1.79	11.43	86.79
M4	H+F	1.93	1.55	96.52
M4	H	2.45	1.23	96.32
M4	H	1.44	1.72	96.84

Tableau 19. Pourcentages des consultations donnant lieu à un arrêt de travail.

Moins de 2% des consultations permettent aux patients de bénéficier d'un arrêt de travail, mais le pourcentage de non connus est très élevé, et il est difficile de conclure.

5.13 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

5.13.1 EXAMENS BIOLOGIQUES

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	21.54	67.38	11.07
M1+M2+M3+M4	H	19.37	70.60	10.04
M1+M2+M3+M4	F	23.08	65.15	11.77
M1	H+F	11.17	77.67	11.17
M1	H	14.29	75.40	10.32
M1	F	8.99	79.42	11.59
M2	H+F	13.36	67.84	18.80
M2	H	11.94	72.39	15.67
M2	F	14.62	63.79	21.59
M3	H+F	23.57	67.18	9.25
M3	H	18.97	74.14	6.90
M3	F	26.43	62.86	10.71
M4	H+F	40.81	55.13	4.06
M4	H	39.88	56.44	3.68
M4	F	41.67	54.02	4.31

Tableau 20. Pourcentages des consultations nécessitant des examens biologiques.

En moyenne, 22% des consultations conduisent à la prescription d'examens biologiques, mais on note une grande disparité entre les médecins (de 11% à 41%).

5.13.2 EXAMENS RADIOLOGIQUES

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	9.35	79.58	11.07
M1+M2+M3+M4	H	9.22	80.75	10.04
M1+M2+M3+M4	F	9.42	78.81	11.77
M1	H+F	6.17	82.67	11.17
M1	H	7.54	82.14	10.32
M1	F	5.22	83.19	11.59
M2	H+F	10.37	70.83	18.80
M2	H	10.07	74.25	15.67
M2	F	10.63	67.77	21.59
M3	H+F	14.32	76.43	9.25
M3	H	12.07	81.03	6.90
M3	F	15.71	73.57	10.71
M4	H+F	7.54	88.39	4.06
M4	H	7.36	88.96	3.68
M4	F	7.47	88.22	4.31

Tableau 21. Pourcentages des consultations nécessitant des examens radiologiques.

En moyenne, 9% des consultations entraînent la prescription des examens radiologiques, ce pourcentage variant selon les médecins de 6% à 14%.

Il n'y a pas de différence dans les prescriptions pour patients hommes ou femmes.

5.13.3 AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Médecin	sexe patient	oui	non	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	1.92	87.01	11.07
M1+M2+M3+M4	H	2.68	87.28	10.04
M1+M2+M3+M4	F	1.41	86.81	11.77
M1	H+F	0.67	88.17	11.17
M1	H	1.19	88.49	10.32
M1	F	0.29	88.12	11.59
M2	H+F	1.58	79.61	18.80
M2	H	1.87	82.46	15.67
M2	F	1.33	77.08	21.59
M3	H+F	3.08	87.67	9.25
M3	H	4.60	88.51	6.90
M3	F	2.14	87.14	10.71
M4	H+F	2.71	93.23	4.06
M4	H	4.29	92.02	3.68
M4	F	2.01	93.68	4.31

Tableau 22. Pourcentages des consultations nécessitant des examens autres que biologiques et radiologiques.

Les examens complémentaires autres que biologiques et radiologiques sont rarement prescrits puisqu'ils représentent en moyenne 2% des consultations (0,67% à 3,08% selon les médecins).

Ces examens sont classés dans le tableau 23.

Examen complémentaire	fréquence (%)
ECG	26
fibroscopies oesogastroduodénales	19
examens ophtalmologiques	12
coloscopies	9
holters cardiarques et tensionnels	9
dopplers artérioveineux	7
scintigraphies	5
bilans d'orthophonie	5
cystographie	2
audiométrie	2
electro-encéphalogramme	2
exploration vestibulaire otoneurologique	2

Tableau 23. Répartition des examens complémentaires autres que biologiques et radiologiques, classés par fréquences décroissantes.

La cardiologie et la gastroentérologie sont les spécialités qui engendrent le plus d'examens complémentaires.

L'absence d'examens complémentaires relatifs à la dermatologie (bien que les dermatologues soient très sollicités: voir tableau 25), s'explique par le fait que c'est une discipline basée en grande partie sur la clinique.

5.14 DEVENIR

Médecin	sexe patient	D	S	H	C	T	X	non connu
M1+M2+M3+M4	H+F	81.45	4.25	0.61	0.79	0.19	0.33	12.38
M1+M2+M3+M4	H	80.51	4.90	1.17	1.28	0.47	0.47	11.20
M1+M2+M3+M4	F	81.95	3.85	0.24	0.47	0.00	0.24	13.27
M1	H+F	90.17	2.67	0.50	0.33	0.17	0.67	5.50
M1	H	89.29	3.97	1.19	0.40	0.40	0.40	4.37
M1	F	90.72	1.74	0.00	0.29	0.00	0.87	6.38
M2	H+F	73.64	5.45	0.88	0.88	0.00	0.53	18.63
M2	H	73.51	6.34	1.49	1.49	0.00	1.12	16.04
M2	F	73.75	4.65	0.33	0.33	0.00	0.00	20.93
M3	H+F	86.34	3.74	0.22	0.66	0.00	0.00	9.03
M3	H	85.63	4.60	0.57	1.72	0.00	0.00	7.47
M3	F	86.79	3.21	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00
M4	H+F	75.63	5.22	0.77	1.35	0.58	0.00	16.44
M4	H	73.01	4.29	1.23	1.84	1.84	0.00	17.79
M4	F	76.44	5.75	0.57	1.15	0.00	0.00	16.09

Tableau 24. Devenir du patient après la consultation, en pourcentages.

D: retour à domicile

S: patient adressé à un médecin spécialiste

H: hospitalisation

C: consultation à l'hôpital

T: transfert vers une autre structure (clinique)

X: autre confrère généraliste spécialisé (sevrage toxiques, acupuncture,...)

Dans plus de 81% des cas, les patients retournent chez eux, avec égalité parfaite entre les hommes et les femmes.

Plus de 4% des patients sont adressés à des spécialistes (2,67% à 5,45% selon les médecins): voir détails tableau 25.

Moins de 1% des patients sont hospitalisés.

Moins de 1% sont adressés en consultation à l'hôpital.

Spécialiste	fréquence (%)
dermatologue	17.89
gastroentérologue	10.53
ORL	10.53
cardiologue	9.47
urologue	6.32
ophtalmologiste	6.32
chirurgien viscéral	6.32
neurologue	5.26
gynécologue	5.26
psychiatre	5.26
chirurgien orthopédiste	5.26
nutritionniste	4.21
rhumatologue	2.11
stomatologue, dentiste	2.11
pneumologue	1.05
chirurgien cardiaque	1.05

Tableau 25. Répartition des spécialistes sollicités, par fréquences décroissantes.

Les dermatologues sont de loin les spécialistes les plus sollicités par les médecins généralistes de ville.

Les mal aimés des spécialistes de ville seraient ils les pneumologues?

Si le système de protection sociale Français généralise un jour le principe du médecin référent, ceux qui se destinent à une spécialité devraient peut-être méditer ce tableau.

Nous remarquons que certaines spécialités ne sont pas représentées dans le tableau; nous pouvons peut-être mieux comprendre ce phénomène si l'on considère qu'il est par exemple peut-être plus pratique et plus adéquat d'exercer l'hématologie à l'hôpital qu'en cabinet de ville: certaines spécialités sont plus "hospitalières" que d'autres.

5.15 PAIEMENT

Médecin	sexe patient	Chèque	Espèce	AMG	Reporté	AG	AT	non connu
M1 à M4	H+F	23.50	12.15	5.51	0.47	1.17	0.37	56.82
M1 à M4	H	23.34	14.12	4.90	0.70	2.22	0.70	54.03
M1 à M4	F	23.78	10.91	5.97	0.31	0.47	0.16	58.40
M1	H+F			2.33	0.17	0.33		97.17
M1	H			1.98	0.00	0.79		97.22
M1	F			2.61	0.29	0.00		97.10
M2	H+F	51.67	23.90	6.50	0.70	3.16	0.00	14.06
M2	H	47.76	25.00	3.73	0.75	5.97	0.00	16.79
M2	F	55.15	22.92	8.97	0.66	0.66	0.00	11.63
M3	H+F	46.04	27.31	13.88	1.10	1.10	1.76	8.81
M3	H	41.38	31.03	14.94	2.30	0.57	3.45	6.32
M3	F	48.93	25.00	13.21	0.36	1.43	0.71	10.36
M4	H+F			0.77				99.23
M4	H			0.61				99.39
M4	F			0.86				99.14

Tableau 26. Modes de paiement, en pourcentages.

AMG: aide médicale gratuite

AG: acte gratuit

AT: accident du travail

Les modes de paiement n'ont pu être relevés en totalité que chez M2 et M3.

Pour ces deux médecins, les paiements par chèque sont deux fois plus fréquents que les paiements en espèce, sans différence sensible entre le comportement des hommes et des femmes.

Plus de 5% des patients ont l'aide médicale gratuite (carte Paris Santé, etc...). Le taux d'AMG varie selon les médecins et les arrondissements de 0,77% à 13.88%.

5.16 SYMPTOMES, MOTIFS DE CONTACT ET DIAGNOSTICS

5.16.1 NOMBRE DE MOTIFS DE CONTACT PAR CONSULTATION

5.16.1.1 Au niveau patient

5.16.1.2 Au niveau médecin

5.16.2 TRENTE MOTIFS DE CONTACT LES PLUS FREQUENTS

5.16.2.1 Au niveau patient

5.16.2.1.1 Classification par symptôme dominant

5.16.2.1.2 Classification par symptôme universel

5.16.2.2 Au niveau médecin

5.16.2.2.1 Classification par symptôme dominant

5.16.2.2.2 Classification par symptôme universel

5.16.3 MOTIFS GIGOGNES

5.16.3.1 Renouvellement d'ordonnance

5.16.3.2 Prévention

5.17 CORRELATIONS

5.17.1 DELAIS INTERCONSULTATIONS / ALD

5.17.2 DELAIS INTERCONSULTATIONS / AMG

Médecin	sexe	1	2	3	4	5	Moyenne	Ecart-type
M1+M2+M3+M4	H+F	1586	306	55	6	3	1.23	0.52
M1+M2+M3+M4	H+F	81.1	15.6	2.8	0.3	0.2		
M1+M2+M3+M4	H	666	103	21	0	2	1.19	0.49
M1+M2+M3+M4	H	84.1	13.0	2.7	0.0	0.3		
M1+M2+M3+M4	F	911	203	34	6	1	1.25	0.54
M1+M2+M3+M4	F	78.9	17.6	2.9	0.5	0.1		
M1	H+F	517	61	6	1	2	1.14	0.44
M1	H+F	88.1	10.4	1.0	0.2	0.3		
M1	H	220	23	2	0	2	1.14	0.48
M1	H	89.1	9.3	0.8	0.0	0.8		
M1	F	294	38	4	1	0	1.15	0.41
M1	F	87.2	11.3	1.2	0.3	0.0		
M2	H+F	441	95	13	1	0	1.23	0.48
M2	H+F	80.2	17.3	2.4	0.2	0.0		
M2	H	212	41	7	0	0	1.21	0.47
M2	H	81.5	15.8	2.7	0.0	0.0		
M2	F	229	54	6	1	0	1.24	0.49
M2	F	79.0	18.6	2.1	0.3	0.0		
M3	H+F	324	90	16	1	1	1.30	0.57
M3	H+F	75.0	20.8	3.7	0.2	0.2		
M3	H	135	25	8	0	0	1.24	0.53
M3	H	80.4	14.9	4.8	0.0	0.0		
M3	F	189	65	8	1	1	1.33	0.59
M3	F	71.6	24.6	3.0	0.4	0.4		
M4	H+F	304	60	20	3	0	1.28	0.59
M4	H+F	78.6	15.5	5.2	0.8	0.0		
M4	H	99	14	4	0	0	1.19	0.47
M4	H	84.6	12.0	3.4	0.0	0.0		
M4	F	199	46	16	3	0	1.33	0.64
M4	F	75.4	17.4	6.1	1.1	0.0		

Tableau 27. Nombres et pourcentages de motifs de contact différents par consultation, selon le patient.

Médecin	sexe	1	2	3	4	5	Moyenne	Ecart-type
M1+M2+M3+M4	H+F	1428	333	47	5	2	1.25	0.52
M1+M2+M3+M4	H+F	78.7	18.3	2.6	0.3	0.1		
M1+M2+M3+M4	H	614	102	20	2	1	1.21	0.50
M1+M2+M3+M4	H	83.1	13.8	2.7	0.3	0.1		
M1+M2+M3+M4	F	807	230	27	3	1	1.28	0.53
M1+M2+M3+M4	F	75.6	21.5	2.5	0.3	0.1		
M1	H+F	422	74	5	3	1	1.19	0.48
M1	H+F	83.6	14.7	1.0	0.6	0.2		
M1	H	190	23	0	2	1	1.15	0.49
M1	H	88.0	10.6	0.0	0.9	0.5		
M1	F	230	51	5	1	0	1.22	0.48
M1	F	80.1	17.8	1.7	0.3	0.0		
M2	H+F	423	97	17	0	0	1.24	0.50
M2	H+F	78.8	18.1	3.2	0.0	0.0		
M2	H	206	39	9	0	0	1.22	0.49
M2	H	81.1	15.4	3.5	0.0	0.0		
M2	F	217	58	8	0	0	1.26	0.50
M2	F	76.7	20.5	2.8	0.0	0.0		
M3	H+F	286	93	12	1	0	1.31	0.54
M3	H+F	73.0	23.7	3.1	0.3	0.0		
M3	H	122	27	8	0	0	1.27	0.55
M3	H	77.7	17.2	5.1	0.0	0.0		
M3	F	164	66	4	1	0	1.33	0.53
M3	F	69.8	28.1	1.7	0.4	0.0		
M4	H+F	297	69	13	1	1	1.27	0.56
M4	H+F	78.0	18.1	3.4	0.3	0.3		
M4	H	96	13	3	0	0	1.17	0.44
M4	H	85.7	11.6	2.7	0.0	0.0		
M4	F	196	55	10	1	1	1.31	0.60
M4	F	74.5	20.9	3.8	0.4	0.4		

Tableau 28. Nombres et pourcentages de motifs de contact différents par consultation, selon le médecin.

5.16.1 NOMBRE DE MOTIFS DE CONTACT PAR CONSULTATION

5.16.1.1 Au niveau patient

Selon le patient (tableau 27), la moyenne est de 1,23 motifs par consultation, si l'on considère les patients hommes et femmes des quatre médecins réunis, cette moyenne allant de 1.19 pour les hommes seuls à 1,25 pour les femmes seules.

Pour les médecins hommes M1 et M2, la moyenne est respectivement 1.14 et 1.23, et ne varie pas en fonction du sexe.

Pour les médecins femmes M3 et M4, le nombre moyen de motifs est respectivement 1,30 et 1,28 avec un nombre de motifs sensiblement plus grand chez les femmes. On note que chez les femmes médecin, le nombre de motifs par consultation est plus grand.

On note que même si la majorité des patients consulte pour 1 ou 2 motifs, le nombre de motifs par consultation peut aller jusqu'à 5 chez quelques rares patients, ce qui est considérable.

On n'a pas recensé des patients ayant plus de 5 motifs par consultation.

5.16.1.2 Au niveau médecin

Au niveau des médecins (tableau 28), on aboutit aux mêmes conclusions.

fréq.	%	motifs chez hommes+femmes
199	8.61	renouvellement d'ordonnance
154	6.67	douleur non traumatique
121	5.24	toux
103	4.46	vaccination
92	3.98	examen systématique
89	3.85	résultats biologie
71	3.07	fièvre, hyperthermie
55	2.38	rhinorrhée
53	2.29	mal de gorge
47	2.03	résultats radio
37	1.60	angine
34	1.47	syndrome grippal
32	1.39	fatigue, asthénie
31	1.34	céphalées
29	1.26	diarrhée
25	1.08	rhinopharyngite
24	1.04	gastroentérite
22	0.95	HTA (problèmes TA)
22	0.95	éruptions diverses
21	0.91	syndrome dépressif
21	0.91	aménorrhée secondaire, retard règles
20	0.87	douleur suite à traumatisme
19	0.82	grippe
19	0.82	certificat sport
19	0.82	angoisse, crise d'angoisse
19	0.82	allergie
18	0.78	rhinite
18	0.78	migraines
18	0.78	bilan biologique
17	0.74	bronchite

Tableau 29. Trente motifs de contacts les plus fréquents, selon le patient. Classification par symptôme dominant.

fréq.	%	motif: hommes	fréq.	%	motif: femmes
58	6.37	toux	146	10.50	renouve. d'ordonnance
56	6.15	douleur non traumatique	97	6.97	douleur non traumatique
53	5.82	renouv. d'ordonnance	62	4.46	toux
43	4.72	vaccination	60	4.31	vaccination
42	4.61	résultats biologie	59	4.24	examen systématique
33	3.62	examen systématique	47	3.38	résultats biologie
31	3.40	fièvre, hyperthermie	40	2.88	fièvre, hyperthermie
25	2.74	mal de gorge	31	2.23	rhinorrhée
23	2.52	rhinorrhée	30	2.16	résultats radio
22	2.41	angine	28	2.01	mal de gorge
19	2.09	syndrome grippal	25	1.80	fatigue, asthénie
17	1.87	résultats radio	21	1.51	aménorrhée secondaire
15	1.65	éruptions diverses	18	1.29	diarrhée
13	1.43	gastroentérite	18	1.29	céphalées
13	1.43	céphalées	17	1.22	rhinopharyngite
11	1.21	diarrhée	16	1.15	syndrome dépressif
9	0.99	rhinite	15	1.08	syndrome grippal
9	0.99	douleur suite à traumatisme	15	1.08	migraines
9	0.99	certificat sport	15	1.08	angine
9	0.99	bilan biologique	14	1.01	otalgie
9	0.99	allergie	13	0.93	HTA (problèmes TA)
8	0.88	HTA (problèmes TA)	12	0.86	prurit, démangeaisons
8	0.88	grippe	12	0.86	bilan pilule, contraception
8	0.88	gastralgies	12	0.86	bronchite
8	0.88	angoisse, crise d'angoisse	11	0.79	grippe
7	0.77	rhinopharyngite	11	0.79	gastroentérite
7	0.77	précordialgies	11	0.79	douleur suite à traumatisme
7	0.77	pharyngite	11	0.79	angoisse, crise d'angoisse
7	0.77	mycose	10	0.72	régime
7	0.77	hospitalisée dernièrement	10	0.72	grossesse

Tableau 30. Comparaison homme/femme des 30 motifs de contacts les plus fréquents, selon le patient.

Classification par symptôme dominant.

5.16.2 TRENTE MOTIFS DE CONTACT LES PLUS FREQUENTS

5.16.2.1 Au niveau patient

5.16.2.1.1 Classification par symptôme dominant

En utilisant la classification par symptôme dominant, nous avons répertorié les 30 motifs de contact les plus fréquents, d'abord chez les hommes+femmes réunis (tableau 29), puis hommes et femmes séparément (tableau 30).

Les renouvellements d'ordonnance viennent en tête (8,61%). C'est pourquoi nous avons consacré un tableau à part pour dévoiler ce que cache ce motif (voir tableau 37, section 5.16.4).

Le symptôme le plus fréquent est la douleur (6,67%), c'est pourquoi nous avons traité celui-ci à part.

Le second symptôme signalé par le patient est la toux (5,24%), à corrélérer avec la bronchite diagnostiquée par les médecins.

Le troisième symptôme est la fièvre (3,07%).

Nous notons que la vaccination, quel que soit le sexe des patients, occupe la quatrième place (4,46% pour hommes et femmes réunis), ce qui souligne le rôle de la médecine générale dans la prophylaxie.

Nous avons été surpris par l'importance du motif "aménorrhée secondaire, retard règles", et du nombre de certificats de sport demandés par les patients.

Le tableau 30, comparant les motifs hommes/femmes, montre que la toux est le symptôme le plus fréquent chez les hommes (6,37%), alors qu'elle ne représente que 4,46% chez les femmes.

La douleur et la fièvre sont les deux autres symptômes signalés quel que soit le sexe.

Les céphalées sont aussi fréquentes chez les hommes (1,43%) que les femmes (1,29%).

fréq.	%	symptômes+motifs chez hommes+femmes
217	6.35	douleur non traumatique
208	6.08	renouvellement d'ordonnance
200	5.85	toux
146	4.27	fièvre, hyperthermie
119	3.48	résultats biologie
106	3.10	vaccination
98	2.87	rhinorrhée
93	2.72	examen systématique
87	2.54	mal de gorge
74	2.16	fatigue, asthénie
73	2.14	résultats radio
69	2.02	céphalées
50	1.46	diarrhée
44	1.29	angine
43	1.26	nausées
38	1.11	syndrome grippal
38	1.11	courbatures, crampes, myalgies
38	1.11	angoisse, crise d'angoisse
33	0.97	vomissements
33	0.97	bronchite
31	0.91	rhinopharyngite
29	0.85	problèmes sociaux (divorce, chômage,...)
28	0.82	trouble sommeil
28	0.82	syndrome dépressif
28	0.82	rhinite
28	0.82	otalgie
27	0.79	HTA (problèmes TA)
27	0.79	allergie
26	0.76	gastroentérite
26	0.76	éruptions diverses

Tableau 31. Trente symptômes et motifs de contacts les plus fréquents, selon le patient.

Classification par symptôme universel.

fréq.	%	motif: hommes	fréq.	%	motif: femmes
100	7.42	toux	150	7.29	renouv. d'ordonnance
76	5.64	douleur non traumatique	140	6.80	douleur non traumatique
59	4.38	fièvre, hyperthermie	99	4.81	toux
57	4.23	renouv. d'ordonnance	87	4.23	fièvre, hyperthermie
54	4.01	résultats biologie	65	3.16	résultats biologie
44	3.26	vaccination	62	3.01	vaccination
41	3.04	rhinorrhée	59	2.87	examen systématique
40	2.97	mal de gorge	56	2.72	rhinorrhée
34	2.52	examen systématique	54	2.62	fatigue, asthénie
30	2.23	résultats radio	47	2.28	mal de gorge
28	2.08	céphalées	43	2.09	résultats radio
25	1.85	angine	41	1.99	céphalées
21	1.56	syndrome grippal	34	1.65	nausées
20	1.48	fatigue, asthénie	31	1.51	diarrhée
18	1.34	diarrhée	26	1.26	vomissements
15	1.11	gastroentérite	24	1.17	courbatures, myalgies
15	1.11	éruptions diverses	24	1.17	aménorrhée secondaire
15	1.11	angoisse, crise d'angoisse	23	1.12	syndrome dépressif
14	1.04	rhinite	22	1.07	angoisse, crise d'angoisse
14	1.04	courbatures, crampes, myalgies	20	0.97	otalgie
13	0.96	bronchite	20	0.97	bronchite
12	0.89	HTA (problèmes TA)	19	0.92	trouble sommeil
12	0.89	nez bouché	19	0.92	rhinopharyngite
12	0.89	frissons	19	0.92	problèmes sociaux
12	0.89	allergie	19	0.92	angine
11	0.82	résultats autres	17	0.83	syndrome grippal
11	0.82	rhinopharyngite	16	0.78	migraines
11	0.82	précordialgies	16	0.78	adénopathies
11	0.82	hospitalisée dernièrement	15	0.73	vertiges
11	0.82	douleur suite à traumatisme	15	0.73	infection urinaire basse

Tableau 32. Comparaison homme/femme des 30 symptômes et motifs de contacts les plus fréquents, selon le patient.

Classification par symptôme universel.

5.16.2.1.2 Classification par symptôme universel

Dans la classification par symptôme universel (tableaux 31 et 32), tous les symptômes sont comptabilisés de manière égale.

On note la prédominance des symptômes relevant de la pneumologie et de l'ORL, qui constituent à eux seuls 8 motifs sur les trente plus fréquents (toux + rhinorrhée + mal de gorge + angine + bronchite + rhinopharyngite + rhinite + otalgie = 16,07%).

On a toujours comme trois premiers symptômes: douleur, toux, fièvre, avec une prédominance de la toux chez les hommes par rapport aux femmes (7,42%/4,81%).

Notons que la classification par symptôme universel fait émerger des motifs qui n'étaient pas apparus dans les 30 premiers dans la classification par symptôme dominant. C'est ainsi que les "problèmes sociaux" surgissent, ce qui nous fait penser que ce dernier motif est rarement reconnu par le patient comme raison principale de sa consultation. Il est rarement comptabilisé en premier symptôme par groupe de symptômes. Exemple, un autre symptôme comme la fatigue, les troubles du sommeil, sont plus souvent mis en avant.

fréq.	%	hommes+femmes
202	9.30	renouvellement d'ordonnance
104	4.79	vaccination
97	4.46	rhinopharyngite
95	4.37	prévention
85	3.91	examen normal
79	3.64	bronchite
68	3.13	rhinite
65	2.99	angine
45	2.07	mycose
38	1.75	gastroentérite
37	1.70	syndrome grippal
37	1.70	angoisse, crise d'angoisse
36	1.66	otite
33	1.52	pharyngite
32	1.47	infection urinaire basse (cystite)
31	1.43	HTA (problèmes TA)
31	1.43	sinusite
31	1.43	syndrome dépressif
31	1.43	allergie
30	1.38	infection génitale
25	1.15	problème orthopédique
23	1.06	sciatique
23	1.06	arthrose
20	0.92	grippe
19	0.87	régime
19	0.87	migraines
18	0.83	problèmes sociaux (divorce, chômage,...)
18	0.83	lumbago
18	0.83	certificat sport
17	0.78	insuffisance veineuse

Tableau 33. Trente résultats et/ou diagnostics différents les plus fréquents, selon le médecin, chez les patients hommes+femmes réunis.

Classification par symptôme dominant.

fréq.	%	hommes	fréq.	%	femmes
55	6.42	renouv. d'ordonnance	146	11.16	renouv. d'ordonnance
53	6.18	rhinopharyngite	73	5.58	prévention
44	5.13	vaccination	60	4.59	vaccination
44	5.13	bronchite	58	4.43	examen normal
33	3.85	angine	43	3.29	rhinopharyngite
31	3.62	rhinite	36	2.75	rhinite
27	3.15	examen normal	35	2.68	bronchite
22	2.57	prévention	32	2.45	mycose
20	2.33	syndrome grippal	32	2.45	angine
20	2.33	gastroentérite	26	1.99	cystite
18	2.10	angoisse, crise d'angoisse	25	1.91	otite
14	1.63	allergie	23	1.76	syndrome dépressif
13	1.52	mycose	22	1.68	pharyngite
12	1.40	infection génitale	20	1.53	sinusite
11	1.28	HTA (problèmes TA)	19	1.45	angoisse, crise d'angoisse
11	1.28	surpoids, obésité	18	1.38	HTA (problèmes TA)
11	1.28	sinusite	18	1.38	infection génitale
11	1.28	pharyngite	18	1.38	gastroentérite
11	1.28	otite	17	1.30	syndrome grippal
10	1.17	hypercholestérolémie	17	1.30	problème orthopédique
9	1.05	certificat sport	17	1.30	allergie
8	0.93	syndrome dépressif	16	1.22	sciatique
8	0.93	problème orthopédique	16	1.22	régime
8	0.93	hémorroïdes	15	1.15	migraines
8	0.93	grippe	15	1.15	insuffisance veineuse
8	0.93	colique néphrétique	15	1.15	grossesse
8	0.93	arthrose	15	1.15	arthrose
7	0.82	sciatique	12	0.92	problèmes sociaux
7	0.82	goutte	12	0.92	lumbago
6	0.70	suivi séropositif (HIV)	12	0.92	grippe

Tableau 34. Comparaison hommes/femmes des 30 résultats et/ou diagnostics différents les plus fréquents, selon le médecin.

Classification par symptôme dominant.

5.16.2.2 Au niveau médecin

5.16.2.2.1 Classification par symptôme dominant

Classification par symptôme dominant (tableaux 33 et 34):

La prophylaxie est à l'honneur, car on remarque que la vaccination (4,79%) et la prévention (4,37%) représentent à elles deux 9,16% des motifs, presque autant que le renouvellement d'ordonnance (9,30%).

Nous remarquons la neuvième place prise par le motif "mycose" (2,07%), et les infections urinaires basses (1,47%). Chacun de ces deux motifs est plus fréquent à lui seul que l'hypertension artérielle par exemple.

Il y a une nette prédominance des mycoses chez les femmes, par rapport aux hommes.

La comparaison hommes/femmes révèle la nette prédominance des bronchites chez les hommes (5,13%/2,68%). Peut-on corrélérer ce résultat avec le fait que le tabagisme est plus important chez les hommes?

Si les céphalées sont aussi souvent signalées par les hommes que par les femmes, la migraine est beaucoup plus souvent diagnostiquée par les médecins chez les femmes que chez les hommes.

Si le régime est le plus souvent prescrit chez les femmes, le surpoids, l'obésité, l'hypercholestérolémie sont diagnostiqués beaucoup plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Bien que relégué à la trentième place (0,70%), le motif "suivi séropositif HIV", à la fois timide et sournois, fait son apparition chez les hommes.

fréq.	%	diagnostic: hommes+femmes
208	7.81	renouvellement d'ordonnance
128	4.81	rhinopharyngite
108	4.06	bronchite
105	3.94	vaccination
103	3.87	prévention
89	3.34	rhinite
85	3.19	examen normal
72	2.70	angine
59	2.22	trachéite
53	1.99	sinusite
52	1.95	otite
51	1.92	mycose
50	1.88	allergie
48	1.80	pharyngite
48	1.80	angoisse, crise d'angoisse
39	1.47	gastroentérite
38	1.43	syndrome grippal
37	1.39	infection génitale
36	1.35	infection urinaire basse (cystite)
35	1.31	syndrome dépressif
34	1.28	HTA (problèmes TA)
32	1.20	problèmes sociaux (divorce, chômage,...)
27	1.01	sciaticque
26	0.98	problème orthopédique
25	0.94	arthrose
25	0.94	adénopathies
22	0.83	régime
22	0.83	douleur non traumatique
21	0.79	grippe
20	0.75	migraines

**Tableau 35. Trente résultats ou diagnostics les plus fréquents, selon le médecin.
Classification par symptôme universel.**

fréq.	%	diagnostic: hommes	fréq.	%	diagnostic: femmes
74	6.72	rhinopharyngite	148	9.54	renouv. d'ordonnance
60	5.45	bronchite	78	5.03	prévention
58	5.27	renouvellement d'ordonnance	61	3.93	vaccination
44	4.00	vaccination	58	3.74	examen normal
41	3.72	rhinite	53	3.42	rhinopharyngite
38	3.45	angine	48	3.09	bronchite
32	2.91	trachéite	47	3.03	rhinite
27	2.45	examen normal	36	2.32	mycose
25	2.27	sinusite	35	2.26	otite
25	2.27	prévention	34	2.19	angine
24	2.18	allergie	33	2.13	pharyngite
22	2.00	angoisse, crise d'angoisse	30	1.93	cystite
21	1.91	gastroentérite	28	1.81	sinusite
20	1.82	syndrome grippal	27	1.74	syndrome dépressif
17	1.54	otite	26	1.68	trachéite
15	1.36	pharyngite	26	1.68	angoisse, crise d'angoisse
15	1.36	mycose	26	1.68	allergie
13	1.18	HTA (problèmes TA)	24	1.55	infection génitale
13	1.18	infection génitale	21	1.35	problèmes sociaux
12	1.09	suivi séropositif (HIV)	20	1.29	grossesse
12	1.09	surpoids, obésité	19	1.23	HTA (problèmes TA)
12	1.09	adénopathies	18	1.16	sciatique
10	0.91	conseils voyages	18	1.16	syndrome grippal
10	0.91	problèmes sociaux	18	1.16	gastroentérite
10	0.91	hypercholestérolémie	17	1.10	problème orthopédique
9	0.82	sciatique	17	1.10	arthrose
9	0.82	problème orthopédique	16	1.03	régime
9	0.82	hémorroïdes	16	1.03	insuffisance veineuse
9	0.82	certificat sport	15	0.97	migraines
9	0.82	problème d'alcool, boit trop	14	0.90	douleur non traumatique

Tableau 36. Comparaison hommes/femmes des 30 résultats ou diagnostics les plus fréquents, selon le médecin.

Classification par symptôme universel.

5.16.2.2.2 Classification par symptôme universel

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, la classification par symptôme universel (tableaux 35 et 36) montre que les 3 premiers diagnostics sont dans l'ordre: "rhinopharyngite, bronchite, rhinite".

Il y a toujours la prédominance des mycoses chez les femmes (2,32%/1,36%), et des bronchites chez les hommes (5,45%/3,09%).

Si les "problèmes d'alcool" font leur apparition chez les hommes (0,82%), la "séropositivité HIV" commence à prendre une place inquiétante (1,09%). Le "certificat de sport" devançant les "problèmes d'alcool", nous rassure quelque peu.

Les médecins seraient-ils plus à l'écoute des problèmes sociaux des femmes que des hommes (1,35%/0,91%)?

Sous-motifs de RO	H+F			H			F		
	T	A	B C	T	A	B C	T	A	B C
acné	1	0	1 0	0	0	0 0	1	0	1 0
anémie	4	0	1 3	1	0	0 1	3	0	1 2
angine	1	0	1 0	1	0	1 0	0	0	0 0
allergie	6	0	5 1	3	0	2 1	3	0	3 0
angoisse, crise d'angoisse	10	0	5 2	5	0	3 1	5	0	2 1
arthrose	2	0	0 1	0	0	0 0	2	0	0 1
asthme	6	0	5 1	3	0	2 1	3	0	3 0
agressivité	1	0	1 0	0	0	0 0	1	0	1 0
bilan pilule, contraception	29	0	24 0	0	0	0 0	29	0	24 0
céphalées	1	0	1 0	0	0	0 0	1	0	1 0
courbatures, crampes, myalgies	1	0	0 0	0	0	0 0	1	0	0 0
constipation	6	0	3 1	1	0	1 0	5	0	2 1
canal lombaire étroit	1	0	1 0	1	0	1 0	0	0	0 0
douleur non traumatique	5	1	2 1	2	1	1 0	3	0	1 1
diverticulose sigmoïdienne	2	0	1 1	0	0	0 0	2	0	1 1
dyslexie	1	1	0 0	1	1	0 0	0	0	0 0
épilepsie, crise comitiale	3	0	2 0	1	0	0 0	2	0	2 0
fièvre, hyperthermie	1	1	0 0	1	1	0 0	0	0	0 0
gastralgies	1	0	1 0	1	0	1 0	0	0	0 0
gastrite	4	0	4 0	0	0	0 0	4	0	4 0
goutte	1	0	1 0	1	0	1 0	0	0	0 0
hypercholestérolémie	19	0	10 7	9	0	5 3	10	0	5 4
hypertriglycémie	1	0	0 1	1	0	0 1	0	0	0 0
hyperuricémie	1	0	0 0	1	0	0 0	0	0	0 0
IDM (infarctus du myocarde)	1	0	1 0	1	0	1 0	0	0	0 0
insuffisance respiratoire	1	0	0 1	0	0	0 0	1	0	0 1
cystite	1	0	1 0	0	0	0 0	1	0	1 0
insuffisance veineuse	10	0	9 0	0	0	0 0	10	0	9 0
antécédent cancer	4	0	1 3	2	0	0 2	2	0	1 1
lumbago	2	0	2 0	0	0	0 0	2	0	2 0
maladie cardio-vasculaire	9	0	1 6	3	0	0 2	5	0	1 4
ménopause	20	0	13 4	0	0	0 0	20	0	13 4

Tableau 37. Voir légende page suivante.

Sous-motifs de RO	H+F			H			F		
	T	A B C		T	A B C		T	A B C	
migraines	3	0 2 1		0	0 0 0		3	0 2 1	
mémoire (perte, problèmes)	3	0 0 3		1	0 0 1		2	0 0 2	
névralgie (trijumeau, crurale)	1	0 0 1		0	0 0 0		1	0 0 1	
oesophagite	3	0 2 1		2	0 2 0		1	0 0 1	
ostéoporose	2	0 0 1		0	0 0 0		2	0 0 1	
problèmes psy	7	0 5 0		3	0 1 0		4	0 4 0	
précordialgies	3	0 2 1		0	0 0 0		3	0 2 1	
problèmes oeil	1	0 1 0		1	0 1 0		0	0 0 0	
problèmes sociaux	1	0 0 0		1	0 0 0		0	0 0 0	
régime	1	0 1 0		0	0 0 0		1	0 1 0	
syndrome dépressif	25	0 20 3		5	0 3 1		20	0 17 2	
semelles orthopédiques	1	0 1 0		1	0 1 0		0	0 0 0	
trouble sommeil	3	0 1 2		1	0 0 1		2	0 1 1	
sciaticque	1	0 1 0		0	0 0 0		1	0 1 0	
surmenage travail	1	0 1 0		0	0 0 0		1	0 1 0	
sevrage drogue	1	0 1 0		1	0 1 0		0	0 0 0	
suivi diabète	6	0 4 2		4	0 3 1		2	0 1 1	
HTA (problèmes TA)	51	0 22 19		22	0 10 9		28	0 12 10	
tendinite	1	0 1 0		0	0 0 0		1	0 1 0	
thyrotoxicose, hypothyroïdie	7	0 5 2		0	0 0 0		7	0 5 2	
toux	2	0 2 0		0	0 0 0		2	0 2 0	
tuméfaction (kyste)	2	0 0 0		0	0 0 0		2	0 0 0	
troubles du rythme	1	0 0 1		0	0 0 0		1	0 0 1	
ulcère gastroduodéal	3	0 2 1		2	0 1 1		1	0 1 0	
vertiges	1	0 1 0		0	0 0 0		1	0 1 0	
autres motifs	12	0 10 1		5	0 5 0		7	0 5 1	

Tableau 37. Suite et fin.

Fréquences des 58 sous-motifs de renouvellement d'ordonnance, suivant le sexe et la tranche d'âge:

T: Total pour l'ensemble des patients

A: Patients < 18 ans

B: Patients de 18 à 64 ans

C: Patients \geq 65 ans

5.16.3 MOTIFS GIGOGNES

5.16.3.1 Renouvellement d'ordonnance

Par fréquence décroissante, tous âges confondus, le renouvellement d'ordonnance est motivé en premier par l'hypertension artérielle, avec une prédominance chez les hommes (surtout les hommes âgés), et l'absence chez les mineurs (voir tableau 37).

La contraception est le deuxième motif (nous ne précisons pas que c'est chez les femmes adultes).

Il n'y a pas de contraception recensée chez les filles de moins de 18 ans.

Le syndrome dépressif est presque exclusivement réservé aux femmes adultes de moins de 65 ans.

Le traitement de la ménopause est surtout suivi par les femmes de moins de 65 ans.

Il y a une prédominance relative de l'hypercholestérolémie chez les hommes.

Les hommes sont relativement plus angoissés que les femmes.

Type de prévention	Sexe	effectifs	< 18	18-64	> 65
contage maladie infectieuse	H+F	46	23	17	1
IDR (intradermo réaction)	H+F	1	1	0	0
cancer	H+F	28	0	10	0
problème orthopédique	H+F	1	1	0	0
ostéoporose	H+F	3	0	1	2
rachitisme	H+F	18	18	0	0
tabagisme	H+F	3	0	1	0
autres préventions	H+F	6	1	3	0
contage maladie infectieuse	H	17	5	10	0
IDR (intradermo réaction)	H	1	1	0	0
cancer	H	2	0	0	0
problème orthopédique	H	1	1	0	0
ostéoporose	H	0	0	0	0
rachitisme	H	1	1	0	0
tabagisme	H	1	0	0	0
autres préventions	H	2	0	2	0
contage maladie infectieuse	F	29	18	7	1
IDR (intradermo réaction)	F	0	0	0	0
cancer	F	26	0	10	0
problème orthopédique	F	0	0	0	0
ostéoporose	F	3	0	1	2
rachitisme	F	17	17	0	0
tabagisme	F	2	0	1	0
autres préventions	F	4	1	1	0

Tableau 38. Fréquences des actes de prévention suivant de la tranche d'âge.

5.16.3.2 Prévention

Les motifs de prévention sont donnés dans le tableau 38.

Le "contage maladie infectieuse" concerne (bien que cela n'apparaisse pas dans le tableau) surtout les moins de 2 ans (maladies infantiles).

Le contage chez les femmes adultes de moins de 65 ans est moins fréquent que chez les hommes de la même catégorie d'âge.

Les plus de 65 ans, assagis, ont appris à se ...préserver des maladies infectieuses.

La prévention du cancer se fait presque exclusivement chez les femmes adultes.

La prévention du rachitisme a été recensée presque exclusivement chez les filles. Nous n'avons pas d'explication à ce phénomène!

5.17 CORRELATIONS

5.17.1 DELAIS INTERCONSULTATIONS / ALD

	Patients	Sexe	Effectif	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane
1	total	H+F	551	0.0	2482.0	169.3	305.1	50.0
1	total	H	227	0.0	2482.0	173.7	310.6	60.0
1	total	F	323	0.0	2057.0	165.1	300.9	45.0
1	ALD	H+F	28	1.0	636.0	93.5	152.9	29.5
1	ALD	H	13	5.0	425.0	94.5	136.0	31.0
1	ALD	F	15	1.0	636.0	92.7	166.1	21.0
2	total	H+F	634	0.0	2482.0	174.3	300.0	55.5
2	total	H	257	0.0	2482.0	178.1	303.3	69.0
2	total	F	376	0.0	2057.0	170.8	297.6	50.0
2	ALD	H+F	31	1.0	636.0	87.2	146.7	31.0
2	ALD	H	13	5.0	425.0	94.5	136.0	31.0
2	ALD	F	18	1.0	636.0	82.0	153.7	21.5
3	total	H+F	4771	0.0	2482.0	104.9	144.7	61.2
3	total	H	1653	0.0	2482.0	121.0	157.7	72.8
3	total	F	3114	0.0	2057.0	95.9	136.0	58.0
3	ALD	H+F	450	1.0	636.0	58.4	57.1	32.0
3	ALD	H	118	5.0	425.0	85.1	67.0	64.3
3	ALD	F	332	1.0	636.0	48.8	49.7	32.0

Tableau 39. Distribution du délai interconsultations en jours pour les patients avec ALD. Le mode de calcul est en colonne 1:

- 1: calcul d'après le temps du premier retour chez le médecin.
- 2: calcul des délais d'après les consultations entièrement datées.
- 3: calcul des délais d'après le total des consultations.

Quel que soit le sexe, les patients ayant une affection longue durée ont un temps de retour après la première consultation, deux fois plus court que chez l'ensemble des patients.

Cette tendance reste vraie au fil des consultations, mais s'atténue nettement chez les hommes.

5.17.2 DELAIS INTERCONSULTATIONS / AMG

	Patients	Sexe	Effectif	Min	Max	Moyenne	Ecart-type	Médiane
1	total	H+F	551	0.0	2482.0	169.3	305.1	50.0
1	total	H	227	0.0	2482.0	173.7	310.6	60.0
1	total	F	323	0.0	2057.0	165.1	300.9	45.0
1	AMG	H+F	32	2.0	757.0	97.6	156.1	28.0
1	AMG	H	12	5.0	757.0	163.2	219.3	57.0
1	AMG	F	20	2.0	331.0	58.3	77.3	28.0
2	total	H+F	634	0.0	2482.0	174.3	300.0	55.5
2	total	H	257	0.0	2482.0	178.1	303.3	69.0
2	total	F	376	0.0	2057.0	170.8	297.6	50.0
2	AMG	H+F	34	1.0	757.0	93.1	152.6	28.0
2	AMG	H	12	5.0	757.0	163.2	219.3	57.0
2	AMG	F	22	1.0	331.0	54.8	74.7	28.0
3	total	H+F	4771	0.0	2482.0	104.9	144.7	61.2
3	total	H	1653	0.0	2482.0	121.0	157.7	72.8
3	total	F	3114	0.0	2057.0	95.9	136.0	58.0
3	AMG	H+F	395	1.0	757.0	51.5	64.7	29.0
3	AMG	H	37	5.0	757.0	109.2	146.8	58.6
3	AMG	F	358	1.0	331.0	45.6	44.9	24.3

Tableau 40. Distribution du délai interconsultations en jours pour les patients bénéficiant de l'AMG. Le mode de calcul est en colonne 1:

- 1: calcul d'après le temps du premier retour chez le médecin.
- 2: calcul des délais d'après les consultations entièrement datées.
- 3: calcul des délais d'après le total des consultations.

Le retour après la première consultation s'effectue deux fois plus vite chez les patients bénéficiant de l'AMG, mais ceci provient surtout des femmes.

A long terme, cette tendance reste vraie pour l'ensemble des consultations.

Les personnes défavorisées sont elles plus souvent malades, ou consultent elles plus facilement parce que bénéficiant de la médecine gratuite?

6 DISCUSSION

Matériel et méthodes

L'enquête rétrospective nous a permis non seulement de mieux connaître les 1200 patients concernés par cette étude, mais aussi d'analyser point par point les 2140 consultations de médecine générale. C'est un effectif assez conséquent, qui nous a permis de tirer des conclusions.

Notre étude comporte cependant un biais par le fait que le choix des médecins n'a pas été fait au hasard, et par conséquent, on pourrait nous reprocher le fait que ces quatre médecins ne constituent pas un échantillon représentatif des médecins parisiens. Mais s'il est habituel et relativement facile de demander à un médecin de remplir un questionnaire, il est beaucoup plus difficile de convaincre un médecin de se laisser parasiter par un étudiant pendant 5 à 6 semaines. Il faut pouvoir trouver des médecins disponibles, mais aussi tolérants et patients.

Notre grand regret a été que l'on n'ait pas pu couvrir tous les arrondissements de Paris, et comparer les résultats entre les 20 arrondissements de Paris. Dans notre étude, seuls 3 arrondissements ont été concernés par l'étude (A1, A2, A3); mener une enquête telle que nous l'avons faite, dans les 20 arrondissements de Paris, aurait nécessité 5 ans de travail à temps plein pour une personne, ou 1 an de travail à temps plein pour cinq étudiants.

La sélection des patients par la méthode de tirage aléatoire, nous a permis d'avoir un échantillon représentatif des patients, d'autant plus que l'on s'est donné le temps et les moyens informatiques conséquents pour exploiter cette enquête.

Le relevé des données fait par une seule personne a permis d'éviter la variabilité qu'aurait pu entraîner l'intervention de plusieurs observateurs.

La fiche de saisie a largement rempli son rôle; d'ailleurs, il n'a pas été nécessaire de la modifier en cours d'enquête. Pratique et concise (elle tient sur une seule page), la fiche de saisie a révélé un potentiel énorme, qui ne demande qu'à être exploité.

Nous tenons à signaler que le pourcentage de "non connus" introduit potentiellement une source d'incertitude sur les résultats, car on ne sait pas si les "non connus" se répartissent de manière équilibrée entre les différentes catégories.

En France, pour le codage des pathologies en médecine générale, quatre classifications sont actuellement utilisables: la classification internationale des maladies (CIM), la classification internationale des problèmes de santé en soins primaires (ICHPPC), la classification internationale des soins primaires (CISP), et la kasographie de Braun d'origine germanophone.

Le but de cette thèse n'était pas de faire une revue critique de ces quatre classifications, car cela a été largement décrit dans une thèse de la faculté de Médecine de Broussais - Hôtel-Dieu (Cittée 1998).

Les deux classifications que nous avons conçues pour notre étude se rapprochent dans l'esprit plus de la kasographie de Braun, avec la notion de diagnostic "ouvert" que des autres classifications. Nous n'avons pas utilisé la kasographie de Braun, car nous voulions traduire le plus fidèlement possible les plaintes dans le langage des patients francophones. De plus, chaque époque exerce une influence sur la morbidité; c'est ainsi que ces 20 dernières années, nous avons été témoins de l'émergence de maladies comme le SIDA qui n'existaient pas du temps de Braun.

Pour pouvoir interpréter les résultats des motifs de manière rigoureuse, deux classifications ont dû être conçues:

- La classification par symptôme dominant
- La classification par symptôme universel

L'interprétation des résultats nous a permis de montrer que ces deux classifications ne sont pas en concurrence, mais bien complémentaires. Cependant, la classification par symptôme dominant doit être manipulée avec prudence, et ne pas devenir l'arbre qui cache la forêt. Nous avons une légère préférence pour la classification par symptôme universel, car celle-ci permet de dévoiler des motifs rarement avoués par les patients comme raison principale de la consultation, comme les "problèmes sociaux" par exemple; ces problèmes sont parfois abordés en dernier, sur le pas de la porte au moment de partir. Beckman a montré que ce problème pouvait constituer une barrière à la communication entre médecins et patients (Beckman 1984).

L'utilisation de l'ordinateur nous a imposé l'utilisation d'un codage des motifs médicaux (codes et sous-codes), et la création de notions telles que les motifs gigognes et les sous-motifs.

En 1988, l'Association pour une Bonne Coordination Diagnostique de l'Hôtel-Dieu de Paris (A.B.C.D.) qui regroupait 50 médecins généralistes et 30 médecins spécialistes a fait une étude prospective sur 2 mois du 18-1-1988 au 21-3-1988, en adressant 6351 fiches à 17 médecins volontaires (Vaucel 1991, Elbaz Chaze 1992). Seuls 14 médecins ont été retenus (5 femmes et 9 hommes); on note une forte sélection sur les médecins, car seuls ont été retenus ceux qui avaient adhéré à l'étude suffisamment et qui avaient un rendement supérieur à 60%. Parmi les 14 médecins, 11 exerçaient en cabinet de ville à Paris, 1 médecin pratiquait à l'hôpital, et 2 médecins exerçaient en proche banlieue sud de Paris.

L'A.B.C.D. a établi un système de codage théorique des motifs de consultation de médecine générale. Il est à noter que si seulement un tiers du codage a permis de coder 84% des plaintes, en revanche, 1,5% des plaintes n'ont pu être analysées, car non prévues par le codage.

Dans notre étude, nous avons pu éviter ce paradoxe, en partant non pas d'un codage théorique appliqué à la pratique, mais en faisant l'inverse. Toutes les plaintes, demandes et diagnostics rencontrés, ont été pris en compte et codés avec un code à deux lettres. Le codage établi n'est pas exhaustif; il peut être amélioré et surtout, il reste "ouvert" et ne demande qu'à être complété.

Résultats

Les besoins de consultation sont plus importants le lundi; ce phénomène n'est pas étonnant après un week-end.

Ces résultats doivent être confrontés à l'emploi du temps des médecins et des patients.

Les femmes consultent plus que les hommes (rapport 60%/40%), ce qui est exactement conforme aux données de la littérature concernant la population Française. Ces chiffres sont conformes à l'enquête CREDES de 1992 et aux données de la littérature concernant la population française (Sermet et Le Fur 1994, Pouchain et al. 1996).

On peut donner une explication à cette plus grande fréquence de consultations chez les femmes si l'on se réfère à une étude rétrospective faite aux Pays-Bas sur la différence hommes/femmes en ce qui concerne l'incidence et la prévalence des problèmes de santé (voir ref. Stoverinck et al. 1996). Cette étude rapporte que, bien que la longévité soit plus grande chez les femmes, la morbidité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, dans un rapport de 2286/1598 par 1000 patients et par an. Cette différence se voit surtout dans le groupe d'âge 25-44 ans. Ceci est conforme à nos résultats puisqu'on n'a pas retrouvé de différence chez les patients de moins de 18 ans.

Dans l'étude de Stoverinck, les tests de dépistage et les problèmes gynéco-obstétricaux (dont la prévalence est plus élevée chez les femmes, respectivement 8,4 et 4,4) contribuent pour 60% dans cette différence. Les autres pathologies contribuent plus modérément: 9,3% pour les maladies infectieuses (prévalence 1,7), 6% pour les maladies mentales (prévalence 1,6), 2,1% pour les maladies cardio-vasculaires (prévalence 1,5).

Cela a un coût, les femmes ont plus recours aux examens complémentaires et aux examens spécialisés dans un rapport femmes/hommes de 603/376 par 1000 patients par an.

En France, une étude récente sur la consommation médicale a montré qu'il y a plus de femmes que d'hommes parmi les grands consommateurs, et les femmes jeunes aux âges de la maternité représentent 19% de grands consommateurs (Com-Ruelle et Dumesnil 1999).

Il faut noter que les rapports médecins-patients ne sont pas figés dans le temps, mais bien en contraire en constante évolution. Cette notion de variabilité dans le temps a rarement été abordée, et nous avons pu mieux aborder ce phénomène grâce au calcul des délais interconsultation. Cela nous a permis de conclure que les femmes consultent plus, et plus souvent que les hommes, avec une légère tendance à ce que les patients préfèrent consulter les médecins du même sexe qu'eux.

Ceci est conforme aux résultats de l'enquête CREDES 1992 qui rapporte que les femmes médecins, quelle que soit leur discipline, voient plus de femmes que leurs confrères (Sermet et

Le Fur 1994).

Une enquête menée en Nouvelle-Zélande chez 861 patients âgés de 18 ans (440 hommes et 421 femmes) a montré, que bien que seulement 4% des filles de 18 ans préfèrent discuter de leurs problèmes de santé avec un médecin homme, 88% des filles ont un médecin homme. Pour 50% des filles, le choix du médecin dépend du type de problème de santé pour lequel elles consultent. Cette enquête prouve que pour les filles, avoir un médecin homme pour traiter tous les problèmes n'est pas satisfaisant (Murdoch 1999).

Nous avons voulu comparer ces résultats à ceux présentés par Flesch Georgel (Flesch Georgel 1998). L'auteur a trouvé que la parité femme/homme était de 51,3%/48,7%. Bien que comportant plusieurs biais, cette étude demeure intéressante car elle a porté sur 1172 consultations dans le Bas-Rhin, mais aussi car elle a le mérite d'exister (les enquêtes sur les consultations en médecine générale sont rares).

L'étude de Flesch Georgel a consisté en une enquête prospective auprès de 96 médecins généralistes du Bas-Rhin, durant la période du 1/02/97 au 31/07/97. Les 96 médecins ont été sélectionnés sur un annuaire téléphonique, selon un choix périodique sur une liste alphabétique. Un dossier comportant 18 questionnaires a été adressé aux médecins, qui devaient mener l'enquête sur sept jours consécutifs de consultation, et concernant les trois premiers malades qui se présentaient chaque jour, les visites à domicile étant exclues.

Cette enquête déclarative comportant de nombreux observateurs, comporte de nombreux biais, car tous les médecins n'ont pas la même façon de déclarer les choses.

Il y a un biais saisonnier, et au cours d'une même journée, les consultations ne sont pas sélectionnées au hasard.

Cette étude prospective portant sur une seule consultation par patient, ne permet pas de voir l'évolution du comportement des patients, et de calculer les délais interconsultations, chose que l'on a pu effectuer dans cette présente étude, puisque nous avons pu conclure que la moitié des patients consulte en moyenne tous les 55 jours avec un intervalle plus long chez les hommes (H:69j, F:50j).

Parmi ceux qui reviennent après la première consultation, la moitié d'entre eux revient en moins de 50 jours.

Dans la littérature internationale et surtout britannique, les délais interconsultations sont calculés d'une autre manière: nombre de contacts par an par personne. L'étude de McNiece et Majeed (1999) est le résultat d'une enquête prospective menée chez 60 médecins généralistes en Angleterre et au Pays de Galles. L'enquête montre que le nombre de contacts par an et par personne est 3,05 chez les enfants de moins de 16 ans, de 3,03 chez les 16-64 ans, et 4,64 chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Une enquête faite en 1953 par 6 médecins d'une ville nouvelle près de Londres a montré que pour 76% des patients enregistrés, le taux de consultation basé sur la moyenne de la population

était de 4,1 par an, avec une prédominance chez les femmes; 80% des consultations étaient faites par les moins de 45 ans (Donnan 1996, Brotherston 1996).

L'ensemble des mineurs représente plus de 14% des patients, et les retraités représentent 3,3%.

On note que chez les cadres, les hommes sont nettement plus représentés (6,7%) que les femmes (1,8%) et inversement pour les employés de bureau (hommes 2,5% et femmes 5,9%).

Dans les professions de santé, les hommes sont mieux représentés que les femmes.

Nous remarquons aussi que les travailleurs manuels (catégorie ouvrier, etc...) et les agents de sécurité sont beaucoup plus représentés par les hommes que par les femmes.

Au total, les catégories les plus représentées sont les mineurs (14%), les commerçants (5%) et les employés de bureau (4,6%).

Le tableau 10, compte tenu du fait que les mineurs, étudiants et retraités réunis représentent 20% ($14,25\% + 2,42\% + 3,33\%$), sous-estime la fréquence des "professions réelles".

Par exemple, pour connaître la représentation exacte de la profession de santé, il faut multiplier le pourcentage affiché dans le tableau (0,83%) par un facteur $100\% / (100\% - 20\%)$, c'est à dire par 1,25: $0,83\% \cdot 1,25 = 1,04\%$. De plus, près de la moitié des patients ont une profession non connue. En supposant qu'ils soient répartis de la même manière, cela conduit à doubler le pourcentage, soit 2% pour les professions de santé.

De même le pourcentage des chômeurs par rapport à la population active (c'est à dire en ne tenant pas compte des mineurs, des étudiants et des retraités), est de $0,92\% \cdot 1,25 = 1,15\%$ (1,31% pour les hommes, 1,05% pour les femmes). En refaisant la même hypothèse que précédemment, ces pourcentages doivent être doublés.

Cependant, les chômeurs restent sous-représentés; en effet, on est bien loin de la moyenne nationale, qui a été en permanence supérieure à 10% ces dernières années.

A Paris, les chômeurs sont ils moins souvent malades, ou ont ils moins souvent accès à la médecine de ville?

Les données nationales (CREDES 1992) ont montré que 6 consultations sur 10 des médecins généralistes et spécialistes sont réalisées pour les inactifs. Parmi les séances concernant les actifs, 40% sont des employés, 15% des professions intermédiaires, 14% des cadres, 8% des artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 4% des exploitants agricoles, et 5% des chômeurs.

3/4 des consultations qui intéressent les ouvriers, les agriculteurs et les chômeurs sont réalisées par des généralistes; 44% des séances pour les cadres supérieurs sont réalisées par des spécialistes.

Au minimum, un taux de 4% d'urgences et 11% de non urgences ont été recensées. Ces

chiffres marquent une fourchette minimale, car seules ont été répertoriées les vraies urgences, confirmées par les médecins et pour lesquelles on a retrouvé les traces écrites. Ces 4% sont le résultat de consultation "dé-dramatisées" et "clarifiées" par le médecin, et représente par là un chiffre objectif de 4% d'urgences.

Braun, dans son livre, rapporte qu'il avait estimé qu'à peine 2% de toutes les demandes de consultation sont des appels urgents, mais que cela représentait une surcharge de travail considérable pour les médecins généralistes.

Le temps mis pour faire face à une urgence se fait au détriment d'autres consultations, moins urgentes et plus banales.

L'enquête du SAMU (Lincker 1997), en ce qui concerne l'infarctus du myocarde aigu (IMA), a montré que le premier intervenant médical est un médecin de ville (58% des cas); dans 11% des cas, c'est un généraliste et dans 20% des cas c'est un cardiologue. Ces chiffres augmentent avec la durée des symptômes; au delà de la sixième heure, le médecin généraliste est le premier intervenant médical dans 16% des cas.

Dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aigue chez les personnes âgées de plus de 75 ans, le médecin généraliste prend une place bien plus importante, puisqu'il est le premier intervenant médical dans 20% des cas.

Les résultats de l'enquête SCARPA sont éloquentes. Si l'on considère que pour une seule pathologie (IMA), le médecin généraliste est sur place le premier dans 11% des cas (contre 20% pour le cardiologue), et si pour les urgences d'autres spécialités, il est sollicité dans la même proportion (hémorragie digestive, appendicite aigue, AVC, pneumothorax,...), il n'est pas abusif de supposer que le médecin généraliste est en première ligne en ce qui concerne les urgences, toutes spécialités confondues.

La fréquence des accidents recensés est faible (3,18%); cela est peut-être dû au fait que les patients accidentés préfèrent consulter à l'hôpital (possibilités d'examen complémentaires sur place, tels que la radiographie). On peut essayer d'expliquer cette prédominance d'accidents chez les hommes si l'on considère que les travailleurs manuels (ouvriers...) et les agents de sécurité sont beaucoup plus représentés par les hommes que par les femmes.

Les patients porteurs d'affections de longue durée représentent 4,91% de la population de ces 4 médecins, mais la disparité entre médecins est grande (0,67% à 10,57%); ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins qui ont fait beaucoup de pédiatrie, ont logiquement moins de patients avec affection chronique.

Dans le chapitre sur les corrélations, nous avons montré que les patients souffrant d'affections de longue durée consultent deux fois plus souvent que la population générale.

Ceci concorde avec les résultats du CREDES (1999), qui montrent que plus de la moitié des grands consommateurs sont exonérés du ticket modérateur, contre 12% de l'ensemble de la population (Chabrun-Robert 1999).

Ce qui nous amène à parler des patients bénéficiant de l'aide médicale gratuite (AMG), qui eux aussi, consultent deux fois plus que la population générale.

La même proportion est retrouvée dans une étude menée en Nouvelle-Zélande, qui montre que les patients bénéficiant de l'aide médicale gratuite ("Community Services Card") consultent leur médecin généraliste 1,9 fois plus par an que la population générale (Gribben et al. 1996). Cette étude précise que les maladies chroniques ne contribuent qu'à 26,6% à cette différence. Les maladies chroniques recensées sont l'asthme, l'HTA, le diabète, les maladies mentales, et les myopathies. Il semble donc que même dans un pays aussi éloigné que la Nouvelle-Zélande, certains comportements soient similaires.

A titre comparatif, en Angleterre, Saxena et al. (1999) rapportent récemment que les enfants (0-15 ans) des classes défavorisées consultent plus fréquemment que les enfants des classes favorisées (rapport 1,23), tout en précisant qu'en ce qui concerne les consultations à but préventif, le rapport s'inverse (0,95%) en faveur des classes favorisées.

Non seulement les patients défavorisés consultent plus souvent, mais l'étude de Howie a montré que même la durée de consultation augmente chez les patients ayant des problèmes sociaux et psychologiques (Howie 1999).

Barberis a aussi montré dans son enquête à Nantes que la durée de consultation augmente chez les patients qui ont des problèmes psychologiques (Barberis 1998).

Une ordonnance est prescrite dans 63% des cas, chez tous les médecins réunis, patients hommes et femmes réunis, sans différence notable suivant le sexe du patient.

L'enquête de l'A.B.C.D. en Ile de France en 1988, a montré qu'une prescription pharmaceutique était faite dans 74% des cas (Elbaze Chaze 1992).

A titre comparatif, l'enquête menée à Göttingen (Allemagne) par Himmel et al. (Himmel 1997), rapporte qu'une ordonnance est prescrite dans 68% des cas; 82,6% des patients qui espéraient avoir une prescription l'ont eue effectivement.

Une étude menée en Australie (Newcastle) rapporte qu'une ordonnance est faite dans 50% des cas (52,5% pour les femmes, 47,1% pour les hommes), avec une fréquence plus élevée pour les plus de 65 ans (56,4%) (Cockburn 1997).

Idéalement, selon Parish, pour être rationnelle, la prescription des médicaments doit être appropriée, efficace, sans danger, et économique (Parish 1973).

Mais ces critères sont ils les seuls à peser dans la décision du médecin généraliste? L'attente

d'une ordonnance par le patient influe-t-elle la décision du médecin?

Selon l'étude de Himmel (Himmel 1997), il n'y a pas de différence dans le jugement sur leur médecin entre les patients qui ont reçu une réponse positive ou négative à leur demande de prescription médicamenteuse. Les patients qui n'ont pas reçu d'ordonnance ne sont pas moins satisfaits de leur médecin. Cette étude faite en Allemagne contraste avec l'étude faite en Angleterre (Howie et al. 1999), qui souligne l'impact négatif sur les patients de la non prescription d'ordonnance, et ceci même si la durée de la consultation est plus longue que celle des consultations habituelles. Est-ce culturel? Les patients en Allemagne seraient ils plus disciplinés, et accepteraient ils plus facilement les décisions de leurs médecins que les patients en Angleterre? Entre ces deux comportements contrastés, où se situent les patients en France?

Du fait du pourcentage de non connus, il est regrettable que l'on n'ait pas pu conclure en ce qui concerne les certificats médicaux.

Cependant, nous remarquons que le certificat de sport est à l'honneur puisqu'il se classe dans les 30 premiers motifs. Ce résultat est d'autant plus remarquable si l'on considère le fait que la délivrance de certificats médicaux ne laisse pas toujours de trace écrite dans les dossiers et que ce chiffre est probablement sous-évalué. En effet, le tableau 18 a montré que moins de 4% des consultations aboutissent à la délivrance d'un certificat médical.

En ce qui concerne l'arrêt de travail, nous avons trouvé dans notre étude que celui-ci n'était délivré que pour 1,5% des consultations (hommes 1,40%, femmes 1,49%), mais ce chiffre est probablement sous-estimé, car le pourcentage de non connus est de 80%.

Rappelons que depuis 1928, l'arrêt de travail pour maladie justifié par un certificat médical est reconnu par le législateur (LEGI social 1993).

Un rapport des députés publié en 1996 (Janin 1996) sur les différentes fraudes et pratiques abusives envers l'état, a estimé que seuls 10% des arrêts de travail prescrits par les médecins et donnant lieu à des indemnités journalières (1,2 milliards de francs) seraient injustifiés. En 1990, le taux d'absence (nombre d'absences par rapports aux effectifs inscrits) hors congés maternité, était de 5,3%.

L'enquête de l'A.B.C.D. en 1988 a conclu que l'arrêt de travail a été prescrit dans 10,6% des cas, avec une durée moyenne de 8,7 jours (Elbaz Chaze 1992).

Une étude prospective menée en région parisienne en 1999, a montré que sur 162 questionnaires recueillis (100 femmes et 62 hommes), 10% d'arrêts de travail ont été prescrits alors que 8% des patients en ont fait la demande (Charlette-Limbe 1999).

Les examens biologiques sont prescrits dans 22% des cas, avec une grande disparité entre les médecins (11 à 41%).

L'enquête de l'A.B.C.D. a montré que les examens biologiques étaient prescrits dans 18% des cas (Elbaz Chaze 1992).

Dans notre étude, nous avons trouvé que les examens radiologiques sont prescrits dans 9% des cas (de 6 à 14%).

L'enquête de l'A.B.C.D. a montré que les examens radiologiques étaient prescrits dans 8,2% des cas (Elbaz Chaze 1992).

Les examens complémentaires autres que biologiques et radiologiques sont rarement prescrits puisqu'ils représentent en moyenne 2% des consultations (0,67% à 3,08% selon les médecins).

La première place aux ECG dans les examens complémentaires prescrits nous fait poser la question: "L'appareil à ECG est-il recommandé, indispensable ou obligatoire dans un cabinet de médecin généraliste?". L'on se pose d'autant plus la question si l'on considère le rôle non négligeable du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde aigu en ville (le médecin généraliste est le premier intervenant médical dans 11 à 20% des cas).

Ceci nous amène à parler des 4% des patients adressés aux spécialistes et des 1% adressés à l'hôpital.

L'enquête de l'A.B.C.D. en Ile de France a conclu que pour 5,2% des consultations, les patients étaient adressés à des spécialistes, et que 0,4% de l'ensemble des patients étaient hospitalisés (Elbaz Chaze 1992).

Selon l'étude de Braun, 10% des patients sont adressés aux spécialistes et 5% des patients sont adressés à l'hôpital.

Brandt (ref: Braun 1997, page 358), rapporte 5% d'hospitalisations sur l'ensemble de toutes ses consultations en 1965. Il a estimé que 45% des patients hospitalisés ont quitté l'hôpital avec un diagnostic exact.

Cela veut-il dire que les médecins généralistes des années 90 prennent mieux en charge les pathologies de leurs patients? On aurait pu croire qu'avec l'émergence d'examen complémentaires de haute technologie (scanner, IRM, biologie moderne), les patients sont plus souvent adressés à l'hôpital; mais non.

En ce qui concerne les motifs, notons qu'il a fallu établir deux classifications différentes pour cerner la diversité, la complexité des plaintes, motifs, diagnostics des patients (classification

par symptôme dominant et universel).

"Si je savais ce que j'ai, ja n'aurai pas eu besoin de consulter un médecin" ou "C'est vous le médecin, c'est vous qui devez savoir".

Chaque médecin, au moins une fois dans sa vie, s'est vu répondre une phrase de ce genre à la question maladroitte: "Qu'est ce que vous avez?".

Si l'on apprend au futur médecin à bien mener un interrogatoire, on lui apprend moins souvent à accorder de l'importance aux suppositions des personnes étrangères à la profession.

Pourtant, Prosenec et al. (1964) ont publié un article sur une étude qui consistait à demander à tous les participants de son travail d'équipe de donner leur avis sur le nombre de cas où les suppositions des patients furent utiles. Il en résulta que dans 14% des cas, les patients n'avaient aucune opinion, mais dans 86% des cas, les patients, bien que profanes en médecine, se faisaient au moment de leur maladie des idées personnelles de leur situation. En moyenne, les praticiens estimèrent que 56% des suppositions étaient utiles, 2,9% étaient très utiles, 39,5% guère utiles, et 1,6% susceptibles d'induire en erreur le praticien. C'est dans cet esprit que dans notre étude, nous avons tenu à comparer les motifs de contact au niveau patient et médecin.

Le nombre de motifs différents calculé dans notre étude est de 1,23 selon le patient (hommes 1,19, femmes 1,25). Le nombre de diagnostics établis par les médecins est de 1,25 (1,21 pour les hommes et 1,28 pour les femmes).

Ces chiffres sont proches de l'enquête de l'A.B.C.D. qui, en 1988, a montré que pour 6246 fiches traitées, le nombre moyen de motifs par consultation était de 1,18 (Vaucel 1991).

Ces chiffres sont à opposer aux résultats de Flesh Georgel (1998), qui indique un nombre moyen de 1,7. Ce nombre ne varie pas en fonction du sexe ou du lieu de vie, mais augmente chez les personnes âgées, avec chez les plus de 60 ans une prédominance de 4 motifs.

L'enquête du CREDES (1992) a montré qu'en moyenne le nombre de diagnostics par séance est de 1,6 pour les généralistes, 68% des séances ne comportent qu'un seul diagnostic, 20% en comportent deux, 8% trois, et 4% quatre diagnostics et plus. Le nombre de motifs passe de 1,2 chez le nourrisson à 2,2 chez les personnes de 80 ans et plus et il est toujours plus élevé chez les femmes (Sermet et Le Fur 1994).

Une étude a été menée en banlieue parisienne en 1998 à partir d'une grille d'évaluation de l'IFED-MG (Institut Français pour l'Etude et le Développement de la Médecine Générale), modifiée par le séminaire de 2 jours par l'école RIOM (Ecole de Formation des Enseignants de Médecine Générale du collège National des Généralistes Enseignants). Pour 143 consultations analysées, le nombre moyens de motifs a été estimé à 1,69. Mais cette étude comporte un effectif trop petit pour tirer des conclusions, et l'auteur de la thèse elle-même trouve que: "la grille est trop détaillée, trop ambiguë, et comporte trop de questions ouvertes" (Drapier Dorval 1998).

Les résultats de la CISP publient des chiffres, variant suivant les pays: 1,47 Australie, 1,48 Malaisie, 1,70 pour le Brésil, 1,61 pour la Norvège, et 1,69 pour les Pays-Bas. Mais ces chiffres doivent être modulés par la disparité entre le nombre et la qualification des observateurs: nombre des observateurs très grand, répartis dans des pays aussi contrastés que la Malaisie et la Suède, incluant comme observateurs aussi bien des médecins que des infirmières.

Notons, qu'il soit dans l'ordre ou dans le désordre, le tiercé pour les motifs est: douleur, toux, fièvre, avec une prédominance significative de la toux chez les hommes. Ces 3 motifs se retrouvent dans les études de Braun et de la CISP (voir tableau page 101). Les pathologies pneumologiques et ORL prédominent (16% des cas), avec comme diagnostics les plus fréquents les bronchites, les rhinopharyngites.

Dans notre étude, nous avons montré que le renouvellement d'ordonnance et la prévention sont toujours classés dans les 5 premiers motifs de consultation. Nous pouvons regretter que ni Braun, ni les enquêteurs de l'A.B.C.D. de l'Hôtel-Dieu de Paris n'ont estimé nécessaire de considérer le renouvellement d'ordonnance comme motif de consultation. C'est l'inconvénient des enquêtes où seules les premières consultations sont prises en compte.

Cependant, nous avons pu rapprocher les résultats obtenus dans notre étude, en ce qui concerne les motifs de renouvellement d'ordonnance, de ceux obtenus par l'enquête A.B.C.D. En effet, dans notre étude les 3 premiers motifs pour le renouvellement d'ordonnance sont: l'HTA, la contraception et le syndrome dépressif. Pour l'enquête de l'A.B.C.D., les 3 premiers états morbides dont le diagnostic était déjà établi sont aussi: HTA, la prise de pilule et l'état dépressif.

Dans notre étude, si l'HTA est le motif le plus fréquent dans les renouvellements d'ordonnance, il n'a qu'une place modeste en tant que plainte ou diagnostic. On peut interpréter ce phénomène en disant que l'HTA est présente en médecine générale plus en tant que suivi de maladie chronique qu'en tant que diagnostic récent avec instauration de traitement.

En Grande-Bretagne, une étude a montré que le renouvellement d'ordonnance représentait 2/3 de toutes les prescriptions des généralistes et 45% du coût total des prescriptions médicamenteuses. Dans 56% des cas, il n'était pas clairement prouvé que le traitement devait être poursuivi et renouvelé. Dans 72% des cas, le traitement n'a pas été réévalué dans les 15 derniers mois précédents l'étude (Zermansky 1996).

Une autre étude en Grande-Bretagne a montré que les renouvellements d'ordonnance représentaient 81% des dépenses et 48% des patients recevaient un renouvellement d'ordonnance (36% pour les 0-4 ans, 90% pour les 85 ans et plus). Les hypnotiques sont les médicaments les plus souvent prescrits dans les renouvellements d'ordonnance (Harris et Dajda 1996).

En France, une enquête faite en 1999 dans l'agglomération Tourangelle a montré que sur 650 patients vus par une remplaçante pendant les 2 mois d'été, 177 sont venus pour un renouvellement d'ordonnance, avec 62,1% pour les femmes et 37,9% pour les hommes. La aussi, l'HTA était le motif prédominant (Saint Georges 1999).

	Braun 1955 à 1959	Prosenc et al. 1964	CISP 1992
1	Fièvre	Fièvre	Toux
2	Myalgie	Blessures	Fièvre
3	Toux	Douleurs articulaires et des membres	Sympt. plaintes, gorge
4	Quelques lésions cutanées	Douleurs abdominales	Hypertension non compliquée
5	Vomissements et (ou) diarrhées	toux	Examen complet
6	Contusions	myalgies	Administratif
7	Abcès cutanés (non spécifiques)		Médicaments
8	Eczéma		Diarrhée
9	Angines tonsillaires		Vaccination, médic. préventif
10	Céphalées		Douleur d'oreille
11	Otitites moyennes aiguës		Rhume non spécifié
12	Arthropathies rhumatismales		Mal de tête
13	Douleurs dans la région lombosacrée		Vertiges, étourdissements
14	Conjonctivites aiguës		Rencontre de suivi, non précisée
15	Névralgies		Douleur abdominale localisée
16	Abdominopathies		Vomissement
11	Manifestations polymorphes et vraisemblablement d'origine non organique		Problème de pression sanguine
17	Hypertension (y compris décompensée)		Faiblesse générale
18	Abcès dentaires		Eruption cutanée, non précisée
20	Pharyngites		Douleur abdominale généralisée
21	Constipation		
22	Impétigo contagieux		
23	Etats séquellaires après une affection fébrile non spécifique		
24	Manifestations polymorphes, conduite diagnostique de courte durée		
25	Blessures légères avec ou sans plaie		

Comparaison des motifs de contact les plus fréquents selon les différents auteurs.

- Braun a publié les plus petites unités de résultats d'examens de 1955 à 1959.

- Prosenc et al. ont publié en 1964 les résultats des 1125 premières consultations; huit praticiens de quatre pays y ont participé.

- Les 20 motifs de contact les plus fréquents (CISP 1992); enquête prospective dans 7 pays (Australie, Barbades, Brésil, Hongrie, Malaisie, Pays-Bas, Norvège).

L'enquête du CREDES 1992 a montré que l'HTA était la maladie la plus fréquente dans la population (10,34%).

En France, le traitement anti-hypertenseur est estimé par le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale comme étant le premier poste de dépenses en produits pharmaceutiques de l'assurance maladie (Haut Comité 1990).

Malgré cela, dans une enquête menée par questionnaires chez 74 médecins généralistes, la plupart d'entre eux s'interrogeaient sur une possible inobservance de leur prescription lorsque le patient garde des chiffres tensionnels élevés, mais l'efficacité du traitement est aussi remise en cause (Taïfor Bencheikh 1999).

En ce qui concerne le syndrome dépressif, une étude portant sur 101 cas de dépression suivis sur 1 an en médecine générale semi-rurale, a montré que le portrait type du déprimé était la femme active de la quarantaine (70% des déprimés sont des femmes). La dépression est cyclique, touche 10% de la population (Gaume 1996). Les antidépresseurs sont utilisés dans 30% des cas.

Ceci nous amène à parler du motif "fatigue, asthénie" (2,16% dans notre étude). L'enquête IPSOS réalisée en janvier 2000 auprès de 1000 français sur leur perception de leur fatigue, montre qu'un français sur deux a connu dans les 12 derniers mois un épisode de fatigue prolongée, et ce phénomène touche plus les femmes que les hommes, et davantage les adultes jeunes et actifs que les seniors (IPSOS 2000).

Notons aussi que l'obésité est plus souvent diagnostiquée chez les hommes; mais l'enquête SOFRES de 1997 a montré que les chiffres étaient équivalents chez les hommes (8,5%) et les femmes (8,3%) (SOFRES 1997).

Les consultations à but préventif sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Est-ce pour cela que les hommes sont plus gravement malades? En effet, parmi les grands consommateurs, la dépense moyenne des hommes est plus élevée que celle des femmes (53.000F au lieu de 44.000F par an) avec des dépenses d'hospitalisation et de pharmacie respectivement supérieures de 20 et 37% (Chabrun-Robert 1999).

Selon les sources et la méthodologie, en France, la dépense moyenne de santé était estimée à 12.000F par an et par personne; elle est estimée à 8.000F par an et par personne en 1999 (Chabrun-Robert 1999).

Le traitement des maladies coûte cher. Ceci ne rend que plus important le rôle de la médecine générale dans la prévention des maladies, car, comme nous le rappelle le dicton: "mieux vaut prévenir que guérir".

7. CONCLUSION

L'analyse des 2140 consultations et visites concernant 1200 dossiers nous a permis de tirer quelques conclusions:

Les femmes consultent plus souvent que les hommes (60%/40%), et les adultes ont tendance à plus consulter chez les médecins du même sexe qu'eux.

Parmi les patients qui reviennent après la première consultation, la moitié d'entre eux revient en moins de 50 jours.

Les patients porteurs d'affections de longue durée (ALD) et ceux qui bénéficient de l'aide médicale gratuite (AMG), consultent deux fois plus souvent que la population générale.

Deux tiers des patients qui consultent repartent avec une ordonnance; les examens biologiques sont prescrits dans un quart des cas, et moins de 9% des consultations conduisent à la prescription d'examens radiologiques

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les patients de moins de 18 ans (28%), les commerçants (10%), et les employés de bureau (9,2%). Les chômeurs représentent 2% de la population recensée.

Les patients sont adressés à des spécialistes dans plus de 4% des cas; les dermatologues sont les spécialistes les plus sollicités par les généralistes. Moins de 1% des consultations conduisent à une hospitalisation.

Le nombre moyen de motifs par consultation est de 1,23. Parmi les 5 motifs de contact les plus fréquents, nous notons le renouvellement d'ordonnance (surtout pour HTA, contraception, syndrome dépressif), la place importante de la prévention, et toujours les 3 premiers symptômes: douleur, toux, fièvre, avec une nette prédominance de la toux chez les hommes. Les pathologies pneumologiques et de la sphère ORL prédominent (16% des cas) avec comme diagnostics les plus fréquents les bronchites et les rhinopharyngites.

Au fur et à mesure que l'on avançait dans cette enquête rétrospective, il devenait de plus en plus évident qu'au delà de la simple présentation de résultats, cette étude nous a fait entrevoir le vaste champ d'exploration que représente la médecine générale.

Par sa diversité, sa complexité, l'analyse de la consultation de médecine générale de ville nécessite d'être ouvert sur le monde, aussi bien hospitalo-universitaire, que le monde scientifique extramédical. Il a fallu avoir recours à des méthodes statistiques adéquates et à des moyens informatiques conséquents, pour mener à bien cette enquête. Mais n'oublions pas qu'il a fallu aussi avoir recours à la générosité et à l'ouverture d'esprit des médecins qui ont bien voulu ouvrir leur porte à la recherche médicale en ville. Il est indéniable que chaque item abordé dans cette étude peut constituer à lui seul l'objet d'une étude à part, qui pourrait être comparée aux études nationales et internationales.

Loin de se suffire à elle-même, nous espérons que cette étude, menée dans 3 arrondissements de Paris, n'est que le premier maillon d'une longue chaîne, qui pourrait concerner les 20 arrondissements de Paris.

Alors, tout en constituant un échantillon représentatif de la population parisienne, cela permettrait de faire communiquer les médecins généralistes entre eux, et avec les confrères spécialistes de ville ou hospitaliers.

Nous exposons cette étude à la critique générale et aux suggestions qui pourraient y apporter des améliorations.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Barberis P.;

La durée de consultation en médecine générale. Enquête portant sur 329 séances de 30 médecins de l'agglomération de Nantes,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris VI, Faculté de médecine Broussais-Hôtel Dieu, Paris 1998.

(2) Beckman H.B., Frankel R.M.;

The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data,

Ann. Intern. Med. 1984,101[5],692-696.

(3) Braun R.N.;

Pratique, critique et enseignement de la médecine générale,

Bibliothèque scientifique Payot, Paris 1997.

(traduit de l'allemand par J. Blonkowski;

titre original: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis)

(4) Braun R.N.;

Les possibilités d'un travail scientifique individuel en médecine générale.

Une introduction à la méthodologie de la recherche individuelle,

(traduit de l'allemand par U. Stein)

Rev. Prat. Méd. Gén. 1991,5[126],378-391.

(5) Brotherston J.H.F., Chave S.P.W. with Cledwyn-Davies A., Hunter A.S.,

Lindsay D.A., Scott A., Thomson C.B., Trimmer E.J.;

General practice on a new housing estate,

J. Epidemiol. Commun. Health, 1996,50[4],384-390.

(6) Chabrun-Robert C.;

La concentration des dépenses de santé,

Le Concours Médical, 1999,121[27],2119-2121.

(7) Charlette Limbe C.;

L'arrêt de travail en médecine générale. Le patient est-il satisfait du nombre de jours d'arrêt de travail proposé par son médecin traitant?

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris VII, Faculté de Médecine Xavier Bichat, mars 1999.

(8) CISP;

Classification Internationale des Soins Primaires, 1992.

(traduit de l'anglais et mis à jour par M. Jamouille et M. Roland)

Edité par A. Lacassagne, 162 av. Lacassagne, 69003 Lyon.

(9) Cittée J.,

Eléments méthodologiques concernant le codage des affections en médecine générale,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris VI, Faculté de Médecine Broussais - Hôtel-Dieu, 19 mai 1998.

(10) Cockburn J., Pit S.;

Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study,
Brit. Med. J. 1997, 315[7107],520-523.

(11) Com-Ruelle L., Dumesnil S.;

Concentration des dépenses de santé et grands consommateurs de soins médicaux,
CREDES 1999, numéro 1269.

(12) Donnan S.;

Health services information and health services research from the British Isles to Europe to Asia, over 40 years,

J. Epidemiol. Commun. Health, 1996, 50[4],383.

(13) Drapier Dorval V.;

Polyvalence de la consultation en médecine générale,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris V, Paris Ouest 1998.

(14) Elbaz Chaze H.,

Analyse descriptive du contenu de consultation en médecine générale: les décisions prises par le généraliste: résultats d'une enquête menée par 14 généralistes de l'A.B.C.D. de Paris avec recueil informatique des données de 6093 questionnaires,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris VI, Broussais 1992.

(15) Flesch Georgel G.;

Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville: une spécificité de la médecine générale. A partir d'une enquête prospective sur 1172 consultations dans le Bas-Rhin,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg, Strasbourg 1998.

(16) Gaume J.,

La dépression en médecine générale,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris XII, Faculté de Médecine de Créteil, 28 mars 1996.

(17) Gaume J.P., Massol J., Pazart L., Guerrun-Tran E.;

Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge l'obésité?,

Prat. Méd. Ther. 2000,1,29-31.

(18) Gribben B.,

The community services card and utilisation of general practitioner services,

New Zealand Med. J., 1996,109[1018],103-105.

(19) Harris C.M., Dajda R.,

The scale of repeat prescribing,

Br. J. Gen. Prat., 1996,46,649-653.

(20) Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale;

Recommandation sur le bon usage des médicaments dans l'hypertension,

Prescrire, 1990,10[93],p.68.

(21) Himmel W., Lippert-Urbanke E., Kochen M.M.;

Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice,

Scand. J. Prim. Health Care, 1997,15[3],118-122.

(22) Howie J.G.R., Heaney D.J., Maxwell M., Walker J.J., Freeman G.K., Rai H.;

Quality at general practice consultations: cross sectional survey,

Brit. Med. J. 1999,319[7212],738-743.

(23) IPSOS;

Enquête sur l'asthénie, janvier 2000; <http://www.canalipsos.com>

(24) Janin R.;

Arrêt de travail. Les médecins défendent leurs patients.

Impact Médecin, 1996,897,30-31.

(25) LEGI social;

La maladie du salarié, 1993, numéro 229.

(26) Lehmer D.H.;

Mathematical Methods in Large-Scale Computing Units,

Ann. Comp. Lab. Harvard Univ., 1951,26,141-146.

(27) Lincker M.;

Données pré-hospitalières sur l'infarctus myocardique aigu à Paris: Résultats de l'enquête SCARPA,

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université Paris VII, Faculté de Médecine Xavier Bichat, 17 novembre 1997.

(28) McNiece R., Majeed A.;

Socioeconomic differences in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohorte study,

Brit. Med. J. 1999,318[7201],26-28.

(29) Murdoch J.C., Silva P.A.;

The use of general practice services by 18 year olds in New Zealand,
New Zealand Med. J., 1996,109[1019],113-115.

(30) NAG Fortran Library Documentation (1999), subroutine G05CAF,

The Numerical Algorithms Group Ltd.,

Wilkinson House, Jordan Hill Road, Oxford OX2 8DR, UK.

(31) Parish P.;

Drug prescribing - the concern of all.

J. R. Soc. Health 1973,93,213-217.

(32) Pouchain D., Attali C., De Butler J., Clément G., Gay B., Molina J.,

Olombel P., Rouy J.-L.;

Médecine Générale. Concepts et Pratiques. Chapitre 2.

Collège National des Généralistes Enseignants, Masson, Paris 1996.

(33) Ripley B.D.;

Stochastic Simulation, chap. 2.4; Wiley, New-York 1987;

(34) Saint-Georges C.;

Enquête de pratique: identification de problèmes intercurrents lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale.

Thèse de Doctorat en Médecine Générale,

Université François Rabelais, Faculté de Médecine de Tours, Tours, 30 mars 1999.

(35) Saporta G.;

Probabilités, analyse des données et statistique.

Ed. Technip, Paris 1990 (ISBN 2-7108-0565-0).

- (36) Saxena S., Majeed A., Jones M.;
Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohorte study,
Brit. Med. J. 1999,318[7184],642-646.
- (37) Sermet C., Le Fur P.,
La clientèle et les pathologies en médecine générale,
enquête CREDES 1992,
Le concours médical, 1994,116[21],1834-1837.
- (38) SOFRES; Enquêtes sur l'obésité, 1996-8
- (39) Stoverinck M.J.M, MD, Lagro-Janssen A.L.M., MD, PhD, Van Weel C., MD, PhD,
Sex Differences in Health Problems, Diagnostic Testing, and Referral in Primary Care,
J. Fam. Pract., 1996,43[6],567-576.
- (40) Taifor Bencheikh F.;
Prise en charge de l'observance des traitements de l'hypertension légère à modérée en médecine générale. Enquête auprès de 74 médecins généralistes.
Thèse de Doctorat en Médecine Générale,
Université Paris VII, Faculté de Médecine Xavier Bichat, juin 1999.
- (41) Vaucel E.;
Les motifs de recours au médecin généraliste: Mise en jeu d'un système de codage des recours au médecin généraliste permettant d'apprécier la mise en jeu de sa compétence.
Thèse de Doctorat en Médecine Générale,
Université Paris VI, Broussais - Hôtel-Dieu, 1991.
- (42) Zermansky A.G.,
Who controls repeats?
Br. J. Gen. Pract., 1996,46,643-647.

ANNEXELISTE ALPHABETIQUE DES MOTIFS ET DIAGNOSTICS

La liste des motifs et diagnostics de consultation est donnée ci-dessous, avec leur code à deux lettres, et leurs occurrences dans le fichier. Au total, pour l'ensemble du fichier, cela correspond à un total de 4092 motifs et 3313 diagnostics.

Nm: Nombre d'occurrences dans le fichier, des symptômes, motifs et diagnostics signalés par le patient.

Nd: Nombre d'occurrences dans le fichier, des symptômes, résultats et/ou diagnostics établis par le médecin.

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: début)
AA	2	2	accident préservatif, pilule lendemain
AB	3	1	alimentation bébé
AC	7	7	acné
AD	22	25	adénopathies
AE	3	0	aérophagie
AF	1	1	ablation fils suture
AG	3	4	abcès
AH	6	8	anémie
AI	45	73	angine
AK	7	10	problème d'alcool, boit trop
AL	33	56	allergie
AM	6	4	amaigrissement
AN	48	58	angoisse, crise d'angoisse
AO	7	3	anorexie
AP	1	3	appendicite
AQ	24	2	aménorrhée secondaire, retard règles
AR	21	27	arthrose
AS	15	16	asthme
AT	6	6	veut arrêt de travail
AU	1	0	AEG (altération de l'état général)

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
AV	6	1	AVP (accident voie publique)
AW	4	4	demande ALD (affection longue durée)
AX	2	2	veut acupuncture
AY	2	5	aphtes
BA	2	15	bronchite asthmatiforme
BB	36	108	bronchite
BC	3	5	bronchiolite
BG	3	2	agressivité
BI	18	7	bilan biologique
BL	4	1	bouffées de chaleur
BM	14	0	brûlures mictionnelles
BO	2	0	bilan postopératoire
BP	44	43	bilan pilule, contraception
BS	2	2	bilan stérilité
CA	5	5	certificat aptitude travail
CB	4	4	certificat coups et blessures
CC	2	2	certificat colonie de vacances
CE	71	3	céphalées
CF	4	4	certificat arrêt scolaire
CG	9	9	autres certificats
CH	17	4	chute
CI	18	51	contage maladie infectieuse
CJ	9	10	conjonctivite
CL	1	0	claudication intermittente
CN	4	9	colique néphrétique
CO	39	15	courbatures, crampes, myalgies
CP	8	8	certificat pré-nuptial
CQ	3	9	conseils (sauf voyage)
CR	2	0	problèmes de croissance
CS	19	18	certificat sport

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
CT	28	19	constipation
CU	1	0	intoxication CO
CV	0	1	dossier pour compagnie d'assurance sur la vie
CW	24	18	chirurgie récente, opérée, post-pératoire
CX	2	2	canal lombaire étroit
CY	0	1	cystocèle
CZ	2	2	chalazion
DD	4	1	douleurs dentaires adultes
DE	8	10	dermatose, dermite séborrhéique, dermatite atopique
DF	1	3	déficit moteur (membres)
DI	51	5	diarrhée
DK	0	1	puberté
DM	7	1	douleur mammaire
DO	227	28	douleur non traumatique
DP	15	0	dysphagie
DR	1	1	doigt à ressort
DS	15	1	dyspnée
DT	26	5	douleur suite à traumatisme
DV	2	2	diverticulose sigmoïdienne
DX	16	1	dysphonie, aphonie
DY	5	5	dyslexie
EA	97	4	examen systématique
EC	1	1	ectopie testiculaire, problème testicule
EF	1	0	extrémités froides
EL	0	85	examen normal
EN	0	1	endométriose
EP	5	5	épilepsie, crise comitiale
ER	26	9	éruptions diverses
ES	1	1	érysipèle
ET	5	0	éternuement

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
EU	1	0	écoulement urétral
EX	3	2	épistaxis
EZ	7	9	eczéma
FA	2	3	fissure anale
FC	0	1	fièvre suite à chirurgie
FG	74	15	fatigue, asthénie
FI	148	17	fièvre, hyperthermie
FO	0	2	folliculite
FR	10	9	fracture
FS	22	0	frissons
FV	2	2	frottis vaginal
GA	25	7	gastralgies
GB	6	13	gastrite
GE	27	39	gastroentérite
GG	0	2	gingivostomatite
GI	21	21	grippe
GL	1	0	glaucome
GO	16	20	grossesse
GS	2	2	gerçures (lèvres,...)
GT	7	10	goutte
GX	1	0	GEU (grossesse extra-utérine)
GY	1	0	gynécomastie
HA	7	3	hypoacousie
HC	33	32	hypercholestérolémie
HD	0	1	hernie discale
HE	12	1	hématurie
HG	2	3	hyperglycémie
HH	4	4	hernie hiatale
HI	1	1	hernie inguinale
HM	9	13	hématome

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
HO	31	7	hospitalisée dernièrement
HP	5	11	hépatite
HR	8	12	hémorroïdes
HS	10	13	herpès
HT	3	3	hypertriglycémie
HU	3	2	hyperuricémie
HV	2	1	hydrocèle (vaginale)
IA	0	2	intoxication alimentaire
IC	3	7	ictère, subictère
ID	10	11	IDR (intradermo réaction à la tuberculine)
IF	11	19	infection cutanée
IG	4	4	IVG (interruption volontaire grossesse)
IJ	24	56	infection génitale
IM	5	5	impuissance, troubles sexuels, anéjaculation
IN	5	6	MST (maladies sexuellement transmissibles)
IO	1	3	impétigo
IP	2	1	IPLV (intolérance protéines lait de vache)
IQ	1	3	IDM (infarctus du myocarde)
IR	2	2	insuffisance respiratoire (chronique)
IU	18	38	infection urinaire basse (cystite)
IV	16	28	insuffisance veineuse
JL	3	0	jambes lourdes
KA	27	49	antécédent cancer
KI	2	2	demande kiné
LA	4	9	laryngite
LE	1	2	LED (lupus érythémateux disséminé)
LI	1	0	lipothymie
LL	4	3	lésion linguale
LP	0	1	lipome
LT	6	8	lettre pour médecin

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
LU	24	23	lumbago
MA	18	0	malaise, se sent mal
MC	19	24	maladie cardio-vasculaire
ME	26	27	ménopause
MG	87	2	mal de gorge
MI	22	23	migraines
MJ	0	1	maladie de Gilbert
ML	1	0	méléna, selles noires
MM	1	1	myélome
MN	0	1	maladie de Ménière
MO	4	4	mémoire (perte, problèmes), troubles mnésiques
MP	1	0	mictions impérieuses
MT	4	0	médecine du travail
MU	1	2	muguet buccal
MY	23	51	mycose
NB	21	0	nez bouché
NC	92	92	NON CONNU
NI	2	2	neuropathie (MI)
NT	3	4	névralgie (trijumeau, crurale)
NU	43	0	nausées
NZ	4	5	NCB (névralgie cervico-brachiale)
OB	4	5	oreille bouchée
OE	9	3	oedèmes
OF	6	10	oesophagite
OG	6	2	brûlures de l'oesophage, douleur
OI	2	3	ongle incarné
OP	13	28	problème orthopédique
OR	2	2	orgelet
OS	3	5	ostéoporose
OT	28	2	otalgie

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
OU	13	52	otite
OZ	1	1	prostatite
PB	3	4	prostate
PC	3	0	perte de connaissance
PD	1	6	poussée dentaire
PE	6	6	perte de cheveux
PF	1	1	paralysie faciale
PG	3	4	psoriasis
PH	19	48	pharyngite
PJ	16	21	problèmes psy
PK	11	1	pollakiurie
PL	0	2	pâleur
PM	1	0	personne âgée
PN	10	12	pneumopathie
PO	27	4	précordialgies, douleurs thoraciques
PP	3	2	problèmes oeil
PQ	2	1	piqûre
PR	18	106	prévention
PS	30	33	problèmes sociaux (divorce, chômage,...)
PT	1	1	prothèse
PU	18	2	prurit, démangeaisons
PV	9	3	pertes vaginales
PW	10	9	plaie post-traumatique
PX	1	0	photophobie
PY	4	7	pyélonéphrite
PZ	4	4	syndrome extrapyramidal
QA	0	1	pneumothorax
QO	3	0	acouphènes
RA	1	18	rachitisme
RB	126	7	résultats biologie

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: suite)
RC	8	2	rectorragies
RF	7	4	relux gastro-oesophagien
RG	16	23	régime
RH	1	3	RCH (rectocolite hémorragique), Crohn
RI	98	3	rhinorrhée
RK	12	2	retour d'un pays étranger
RO	302	301	renouvellement d'ordonnance
RP	32	128	rhinopharyngite
RQ	28	89	rhinite
RR	80	3	résultats radio
RU	0	2	rhumatismes
RY	23	3	résultats autres que radio et biologie
SA	7	5	saignement gynéco
SB	0	1	syndrome choréique
SC	1	0	demande prescription scanner
SD	54	60	syndrome dépressif
SE	2	3	semelles orthopédiques
SG	38	38	syndrome grippal
SI	16	53	sinusite
SK	1	1	surdosage AVK
SO	31	19	trouble sommeil
SP	17	17	surpoids, obésité
SQ	22	28	sciaticque
SR	2	2	problème stérilet
SS	13	13	suivi séropositif (HIV)
ST	10	11	surmenage travail
SU	9	0	sueurs
SV	6	6	sevrage drogue
SW	19	17	suivi diabète
SX	2	2	SAS (syndrome d'apnée du sommeil)

Code	Np	Nm	motifs ou diagnostics (liste alphabétique: fin)
SY	1	2	syndrome canal carpien
TA	80	89	HTA (problèmes TA)
TB	13	13	tabagisme
TC	2	2	traumatisme crânien
TE	8	8	tendinite
TH	14	15	thyrotoxicose, hypothyroïdie
TK	6	6	torticolis
TO	185	9	toux
TP	17	0	toux persistante
TQ	13	59	trachéite
TR	7	1	traumatisme
TT	2	0	tremblement
TU	12	10	tuméfaction (kyste)
TV	2	1	troubles visuels (flou,...)
TZ	12	13	troubles du rythme, arythmie, ACFA
UL	7	8	ulcère gastroduodéal
VA	106	105	vaccination
VE	22	7	vertiges
VI	1	1	AVC ischémique
VL	6	13	valvulopathie
VO	33	1	vomissements
VP	2	1	verruve plantaire, verrues mains
VR	7	7	varicelle
VY	15	15	conseils voyages
ZO	3	5	zona

RESUME:

L'étude de 1200 dossiers patients, 2140 consultations et visites, 40 tableaux originaux nous ont permis de dévoiler la complexité de la médecine générale.

Par une approche systématique, les dossiers ont été sélectionnés aléatoirement suivant la loi uniforme dans les fichiers patients de 4 médecins généralistes dans 3 arrondissements de Paris.

Le relevé des données a été fait sur une fiche de saisie spécialement conçue pour cette enquête rétrospective qui analyse la plupart des aspects de la consultation de ville: l'âge, l'adresse, la parité hommes/femmes, les délais interconsultations, les catégories socio-professionnelles, les urgences, les accidents, l'ordonnance, le certificat médical, l'arrêt de travail, les examens complémentaires biologiques, radiologiques et autres, le devenir des patients, les modes de paiement dont l'AMG, et la prévention.

En se démarquant des enquêtes habituelles par questionnaires, cette étude utilise les moyens modernes statistiques et informatiques d'extraction des connaissances et des données.

Les motifs de consultation ont nécessité l'établissement de classifications originales (classifications par symptôme dominant, par symptôme universel et les motifs gigognes). On a recensé en moyenne 1,23 motifs par consultation. Parmi les 5 motifs de contact les plus fréquents, nous notons le renouvellement d'ordonnance (surtout pour HTA, contraception, syndrome dépressif), la place importante de la prévention et les 3 premiers symptômes: douleur, toux, fièvre, avec une prédominance de la toux chez les hommes. Les diagnostics les plus fréquents sont les bronchites et les rhinopharyngites.

Après la première consultation, la moitié des patients reviennent en moins de 50 jours. Les femmes consultent plus souvent que les hommes (60%/40%) avec une tendance chez les adultes à préférer consulter chez le médecin du même sexe qu'eux.

Les patients ayant une affection de longue durée ou l'aide médicale gratuite consultent 2 fois plus souvent que l'ensemble de la population.

MOTS-CLES:

médecine générale; analyse multifactorielle; délais interconsultations; motifs de consultation; statistiques; classification; codage; fiche de saisie; Paris;

DISCIPLINE: MEDECINE GENERALE